



**Universidad de Granada**

**Departamento de Didáctica y Organización Escolar**  
**Programa de Doctorado: Currículum, Profesorado e Instituciones Educativas**

**TESIS DOCTORAL**

**LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN  
CONTEXTOS FAMILIARES Y ESCOLARES:  
ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE  
LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE “*ENTRE  
TODOS*”**

**María Belén Quintero Ordóñez**

Granada, marzo 2015

El doctorando María Belén Quintero Ordóñez y los directores de la tesis José Antonio Ortega Carrillo y Juan Antonio Fuentes Esparrell. Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, 6 de marzo de 2015

Director/es de la Tesis

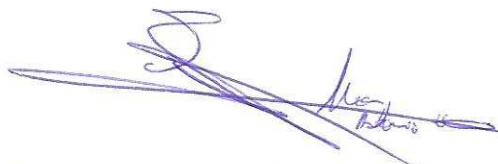


Fdo.: José Antonio Ortega Carrillo

Doctoranda



Fdo.: Belén Quintero Ordóñez



Fdo.: Juan Antonio Fuentes Esparrell

A todas las personas que quiero y han aportado su granito de arena para que este sueño se haga realidad. Principalmente a mi familia, por sus desvelos y ánimos incansables.





## Índice

Capítulo I: Las Drogodependencias y sus consecuencias personales y sociales .....	23
Introducción .....	23
1.1. Conceptualización y caracterización del fenómeno de las drogodependencias.....	27
1.2. Consecuencias de la adicción a las drogas.....	31
1.3. Consecuencias microsociales y macrosociales del fenómeno de la drogadicción.....	33
1.4. Drogodependencias y Educación: Prevención y Resocialización comunitaria .....	36
1.5. Evolución de las drogas a nivel social.....	38
Capítulo II: Regulación Legal de las Drogodependencias .....	43
Introducción.....	43
2.1. Normativa Internacional sobre Drogas .....	46
2.2. Legislación Española en Materia de Drogas .....	51
2.2.1. Clasificación de las drogas en España .....	57
2.3. Marco Institucional: El Plan Nacional sobre Drogas.....	60
Capítulo III: La Reeducción Social de personas con problemas de drogas	73
Introducción.....	73
3.1. La Pedagogía Social y la Atención Educativa a las personas Drogodependientes.....	73
3.1.1. Objetivos de la Pedagogía Social.....	74
3.1.2. La Pedagogía Social y la Resocialización.....	75
3.2. Modelos y Teorías de Intervención .....	78
3.2.1. Modelo evolutivo de Kandel.....	81
3.2.2. Teoría de la Socialización Primaria de Oetting y sus colaboradores .....	84
3.2.3. Teoría del Aprendizaje Social y Teoría Cognitiva Social de Bandura .....	87
3.2.4. Modelo del Desarrollo Social de Catalano y Hawkins.....	89
3.2.5. Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor y Teoría de la Conducta de Riesgo de los Adolescentes de Jessor .....	92

3.3. Estrategias de Reeducción para las personas con problemas de drogas .....	96
3.3.1. Asistencia y Programas de Tratamiento.....	97
3.3.2. Centros de Atención a la Drogodependencia (CAD).....	98
3.3.3. Recursos móviles de dispensación de metadona.....	101
3.3.4. Nivel de Tratamiento Residencial .....	101
3.3.5. Pisos .....	103
3.3.6. Nivel de intervención mínima.....	104
3.3.7. Recursos de Apoyo.....	104
3.3.8. Iniciativas Privadas .....	106
Capítulo IV: Prevención de Drogodependencias.....	109
Introducción .....	109
4.1. Prevención en Drogodependencias.....	110
4.2. Recorrido histórico sobre Prevención .....	111
4.3. Teorías que sustentan el trabajo en Prevención .....	114
4.4. Programas de Prevención.....	119
4.4.1. Clasificación de los niveles de prevención .....	124
4.4.2. Ámbitos de prevención.....	125
4.4.3. Agentes preventivos .....	127
4.4.4. Áreas de trabajo en prevención de drogodependencias... 128	
4.5. Prevención escolar.....	135
4.6. Programa de prevención universal escolar y familiar "Entre Todos" .....	138
4.6.1. Formación inicial del profesorado y supervisión .....	143
4.6.2. Programa de aplicación con el alumnado en el centro educativo .....	144
4.6.3. Programa familiar.....	147
4.6.4. Materiales de trabajo del Programa "Entre Todos" .....	149
4.7. Otros ejemplos de programas de prevención .....	152
4.7.1. Los programas de la FAD .....	152
4.7.2. Programas del grupo EDEX .....	154

Capítulo V: Asociación Proyecto Hombre .....	157
5.1. Origen de la Asociación.....	157
5.2. ¿Qué es Proyecto Hombre?.....	158
5.2.1. ¿Qué es la Asociación de Proyecto Hombre?.....	158
5.3. Modelos de Intervención Terapéutica en Proyecto Hombre .....	163
5.3.1. Fases del Modelo de Intervención .....	164
5.3.2. Programas de Tratamiento de Proyecto Hombre.....	166
5.4. Concepto de Reinserción en Proyecto Hombre.....	172
5.4.1. Áreas de influencia para el programa de Reinserción con personas adictas .....	174
5.5. Fundación Centro Español de Solidaridad de Córdoba "Proyecto Hombre".....	174
5.6. Relación de la investigadora con Proyecto Hombre.....	180
5.6.1. Llegada a la casa de proyecto hombre y vivencia personal... ..	181
5.6.2. Vuelta a la casa de proyecto hombre para trabajar en algo denominado prevención.....	197
5.6.3. La actualidad profesional y personal .....	205
Capítulo VI: Estudio Empírico .....	211
6.1. Objetivo de Investigación.....	212
6.2. Limitaciones de la investigación.....	213
6.3. Variables de Estudio .....	213
6.3.1. Variables del Primer Ciclo de ESO: 1º ESO y 2º ESO.....	214
6.3.2. Variables del Segundo Ciclo de ESO: 3º y 4º de ESO.....	215
6.4. Diseño de la Investigación .....	217
6.4.1. Fases de la investigación .....	220
6.5. Instrumentos de Recogida de Datos .....	224
6.5.1. El cuestionario .....	224
6.5.2. El grupo de discusión.....	229
6.6. Población y Muestra participante .....	236
6.6.1. Alumnado participante .....	236

6.6.2. Docentes y familias colaboradores.....	237
6.6.3. Técnico de prevención ayudante .....	238
6.7. Análisis e Interpretación de Datos.....	238
CAPÍTULO VII: RESULTADOS OBTENIDOS ANÁLISIS CUANTITATIVO .....	241
7.1. Curso académico 2006/2007 .....	241
7.1.1. 1º Educación Secundaria Obligatoria.....	241
7.1.2. 2º de Educación Secundaria Obligatoria .....	245
7.1.3. 3º Educación Secundaria Obligatoria.....	249
7.1.4. 4º Educación Secundaria Obligatoria.....	256
7.2. Curso académico 2007/2008 .....	265
7.2.1. 1º Educación Secundaria Obligatoria.....	265
7.2.2. 2º Educación Secundaria Obligatoria.....	268
7.2.3. 3º Educación Secundaria Obligatoria.....	274
7.2.4. 4º Educación Secundaria Obligatoria.....	281
7.3. Curso académico 2008/2009 .....	289
7.3.1. 1º Educación Secundaria Obligatoria.....	289
7.3.2. 2º Educación Secundaria Obligatoria.....	292
7.3.3. 3º Educación Secundaria Obligatoria.....	297
7.3.4. 4º Educación Secundaria Obligatoria.....	305
7.4. Curso académico 2009/2010 .....	311
7.4.1. 1º Educación Secundaria Obligatoria.....	311
7.4.2. 2º Educación Secundaria Obligatoria.....	316
7.4.3. 3º Educación Secundaria Obligatoria.....	322
7.4.4. 4º Educación Secundaria Obligatoria.....	330
7.5. Comparaciones de datos del análisis cuantitativo .....	337
7.5.1. Resultados generales 1º y 2º de ESO .....	337
7.5.2. Resultados generales 3º y 4º de ESO .....	341
CAPÍTULO VIII: RESULTADOS OBTENIDOS ANÁLISIS CUALITATIVO .....	351
8.1. Aspectos adecuados del programa actual .....	356
8.1.1. Bondades del programa según las familias .....	356

8.1.2. Bondades del programa según el alumnado .....	358
8.1.3. Bondades del programa según el profesorado.....	360
8.1.4. Herramientas adecuadas a continuar en el programa del alumnado y profesorado .....	363
8.1.5. Herramientas adecuadas a continuar en el programa de familias .....	364
8.1.6. Se informa adecuadamente sobre drogas .....	364
8.1.7. El alma del programa es la persona técnica de prevención de drogodependencias .....	365
8.2. Aspectos negativos del programa actual .....	366
8.2.1. Como padres y madres lo sabemos todo.....	366
8.2.2. A mí que me vas a contar si yo ya eso lo sé.....	367
8.2.3. Esto es una tontería, lo que hay que enseñar son más matemáticas .....	368
8.3. Mejoras a introducir en el nuevo programa .....	368
8.3.1. Incluir nuevos contenidos según el equipo docente.....	368
8.3.2. Incluir nuevos contenidos según las familias .....	369
8.3.3. Incluir mejoras a nivel organizativo según las familias ...	370
8.3.4. Incluir nuevos contenidos según el alumnado.....	370
8.4. Documentos que refutan estas mejoras en el programa "Entre Todos" .....	371
CAPÍTULO X: CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN Y PROSPECTIVA....	377
10.1. Conclusiones de la Investigación .....	377
10.2. Prospectiva investigadora .....	381
ANEXO 1: PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016.....	407
ANEXO 2: II ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS 2009-2016.....	409
ANEXO 3: CUESTIONARIOS DE INVESTIGACIÓN .....	411
Cuestionario pre-test 1º de ESO .....	413
Cuestionario post-test 1º de ESO .....	417
Cuestionario pre-test 2º ESO.....	419
Cuestionario post-test 2º ESO.....	421

Cuestionario pre-test 3º ESO.....	423
Cuestionario pre-test 3º ESO.....	425
Cuestionario post-test 3º ESO.....	429
Cuestionario pre-test 4º ESO.....	433
ANEXO 4: TRANSCRIPCIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN .....	441
ANEXO 5: MATERIALES DEL PROGRAMA .....	467
ANEXO 6: RESULTADOS PRUEBA JI CUADRADO 1º ESO.....	491
ANEXO 7: RESULTADOS PRUEBA JI CUADRADO 2º ESO.....	503

## Índice de tablas

Tabla 2.1. Organismos Internacionales en materia de drogodependencias .	48
Tabla 2.2. Resumen de las leyes actuales sobre drogodependencias .....	56
Tabla 2.3. Clasificación de las drogas según efecto farmacológico en el organismo .....	58
Tabla 2.4. Principios Rectores de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008.....	66
Tabla 2.5. Pilares y Objetivos del Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012	69
Tabla 3.1 Clasificación de Teorías y Modelos explicativos .....	79
Tabla 4.1. Contenidos didácticos del Programa “Entre Todos” .....	145
Tabla 4.2. Relación de técnicas de trabajo en grupo del Programa “Entre Todos”.....	145
Tabla 4.3. Resumen de las Sesiones Familiares y las fichas de trabajo en casa .....	149
Tabla 6.1. Distribución áreas de conocimiento, preguntas e ítems del cuestionario de análisis de 1º de ESO.....	225
Tabla 6.2. Distribución áreas de conocimiento, preguntas e ítems del cuestionario de análisis de 2º de ESO.....	226
Tabla 6.3. Distribución áreas de conocimiento, preguntas e ítems del cuestionario de análisis 3º de ESO .....	227
Tabla 6.4. Distribución áreas de conocimiento, preguntas e ítems del cuestionario de análisis 4º de ESO .....	228
Tabla 6.5. Preguntas estímulo del grupo focal.....	231
Tabla 6.6. División de la población objeto de muestra.....	237
Tabla 7.1. Estado de opinión sobre el consumo en el alumnado de 1º ESO, curso 06/07.....	242

Tabla 7.2. Hábitos del consumo, edad de inicio, frecuencia del consumo y aspecto social del consumo del alumnado de 1º de ESO, curso 06/07 .....	243
Tabla 7.3. Estado de opinión sobre el consumo de alcohol y cannabis del alumnado de 2º ESO, curso 06/07 .....	246
Tabla 7.4. Dimensiones hábitos de consumo, edad de inicio, frecuencia y aspecto social del consumo en el alumnado de 2º ESO, curso 06/07 .....	247
Tabla 7.5. Influencia Medios de Comunicación, Comentarios sobre las vivencias en el centro educativo, Apreciaciones sobre la familia y Percepción personal en el alumnado de 3º ESO, curso 06/07 .....	251
Tabla 7.6. Hábitos de consumo del alumnado de 3º de ESO, curso 06/07	254
Tabla 7.7. Edad de inicio y frecuencia del consumo del alumnado de 3º ESO, curso 06/07.....	255
Tabla 7.8. Media, desviación típica y prueba de t, 3º ESO curso 06/07 .....	255
Tabla 7.9. Influencia Medios de Comunicación, Influencia del grupo de iguales y Consideraciones sobre las actividades de ocio en el alumnado de 4º ESO, curso 06/07 .....	257
Tabla 7.10. Hábitos de consumo del alumnado de 4º de ESO, curso 06/07 .....	261
Tabla 7.11. Edad y frecuencia de consumo del alumnado de 4º de ESO, curso 06/07.....	262
Tabla 7.12. Media, desviación típica y prueba de t, 4º ESO curso 06/07...	263
Tabla 7.13. Estado de opinión sobre el consumo de sustancias del alumnado de 1º ESO, curso 07/08.....	265
Tabla 7.14. Hábitos, edad de inicio y frecuencia del consumo del alumnado de 1º ESO, curso 07/08.....	266
Tabla 7.15. Estado de opinión sobre el consumo de drogas del alumnado de 2º de ESO, curso 07/08.....	269
Tabla 7.16. Hábitos, edad de inicio, frecuencia y aspecto social del consumo del alumnado de 2º de ESO, curso 07/08 .....	270
Tabla 7.17. Influencia Medios de Comunicación, Comentarios sobre las vivencias en centro educativo, Consideraciones sobre la familia, Percepción personal del alumnado de 3º ESO, curso 07/08.....	275

Tabla 7.18. Hábitos de consumo del alumnado de 3º de ESO, curso 07/08 .....	278
Tabla 7.19. Edad de inicio y frecuencia de consumo del alumnado de 3º de ESO, curso 07/08.....	279
Tabla 7.20. Media, desviación típica y prueba de t, 3º ESO curso 07/08...	280
Tabla 7.21. Influencia de los medios de comunicación, del grupo de iguales y actividades de ocio del alumnado de 4º de ESO, curso 07/08.....	281
Tabla 7.22. Hábitos de consumo del alumnado de 4º de ESO, curso 07/08 .....	285
Tabla 7.23. Edad de inicio y frecuencia del consumo de cannabis en el alumnado de 4º de ESO curso 07/08.....	286
Tabla 7.24. Media, desviación típica y prueba de t, 4º ESO curso 07/08...	287
Tabla 7.25. Estado de opinión sobre el consumo de alumnado de 1º de ESO, curso 08/09.....	289
Tabla 7.26. Hábitos de consumo, edad de inicio, frecuencia y aspecto social del consumo del alumnado de 1º de ESO, curso 08/09 .....	290
Tabla 7.27. Estado de opinión sobre el consumo de drogas del alumnado de 2º de ESO, curso 08/09.....	293
Tabla 7.28. Hábitos de consumo, edad de inicio, frecuencia y aspecto social del consumo del alumnado de 2º de ESO, curso 08/09 .....	294
Tabla 7.29. Influencia de los medios de comunicación, Vivencias en el centro educativo, Consideraciones sobre la familia y Percepción personal del alumnado de 3º de ESO, curso 08/09.....	299
Tabla 7.30. Hábitos del consumo de drogas del alumnado de 3º de ESO, curso 08/09.....	301
Tabla 7.31. Edad de inicio y frecuencia del consumo de cannabis del alumnado de 3º de ESO, curso 08/09 .....	302
Tabla 7.32. Media, desviación típica y prueba de t, 3º ESO curso 08/09...	303
Tabla 7.33. Influencia de los medios de comunicación, del grupo de iguales y de las actividades de ocio y tiempo libre para el consumo de drogas en el alumnado de 4º de ESO, curso 08/09.....	306
Tabla 7.34. Hábitos de consumo de drogas legales e ilegales del alumnado de 4º de ESO, curso 08/09 .....	308
Tabla 7.35. Edad de inicio y frecuencia del consumo de drogas ilegales (cannabis) en el alumnado de 4º de ESO, curso 08/09 .....	309



Tabla 7.36. Media, desviación típica y prueba de t, 4º ESO curso 08/09...	310
Tabla 7.37. Estado de opinión sobre el consumo de drogas del alumnado de 1º de ESO, curso 09/10.....	312
Tabla 7.38. Hábitos de consumo de cannabis, edad de inicio, frecuencia del consumo y aspecto social del consumo de drogas del alumnado de 1º de ESO, curso 09/10 .....	313
Tabla 7.39. Estado de opinión sobre el consumo de drogas legales (alcohol) e ilegales (cannabis) del alumnado de 2º de ESO, curso 09/10 .....	316
Tabla 7.40. Hábitos de consumo, edad de inicio, frecuencia del consumo, aspecto social del consumo de drogas legales (alcohol) e ilegales (cannabis) del alumnado de 2º de ESO, curso 09/10.....	318
Tabla 7.41. Influencia de los medios de Comunicación, Vivencias del centro educativo, Consideraciones sobre la familia y Percepción personal del alumnado de 3º de ESO, curso 09/10 .....	323
Tabla 7.42. Hábitos de consumo de drogas del alumnado de 3º de ESO, curso 09/10.....	326
Tabla 7.43. Edad de inicio en el consumo de cannabis del alumnado de 3º ESO, curso 09/10.....	327
Tabla 7.44. Media, desviación típica y prueba de t, 3º ESO curso 09/10...	328
Tabla 7.45. Influencia de los Medios de Comunicación, del grupo de iguales y consideraciones sobre las actividades de ocio y tiempo libre del alumnado de 4º de ESO, curso 09/10 .....	331
Tabla 7.46. Hábitos de consumo de drogas legales e ilegales del alumnado de 4º de ESO, curso 09/10 .....	334
Tabla 7.47. Edad de inicio y frecuencia del consumo de cannabis en el alumnado de 4º de ESO, curso 09/10 .....	335
Tabla 7.48. Media, desviación típica y prueba de t, 4º ESO curso 09/10...	336
Tabla 7.49. Prueba ji-cuadrado para el nivel educativo de 1º de ESO, considerando resultados del post-test en los cuatro años de investigación.....	337
Tabla 7.50. Prueba ji-cuadrado para el nivel educativo de 2º de ESO, considerando resultados del post-test en los cuatro años de investigación.....	339
Tabla 7.51. Resultados significatividad cursos 3º ESO .....	341

Tabla 7.52. Resultados de la prueba post-hoc de Sheffé entre los cursos de 3º de ESO.....	342
Tabla 7.53. Resultados significatividad cursos 4º ESO .....	345
Tabla 7.54. Resultados de la prueba post-hoc de Sheffé entre los cursos de 4º de ESO.....	346
Tabla 8.1. Resultado de las sugerencias y modificaciones del programa "Entre Todos" para su reedición y actualización .....	372

## Índice de figuras

Figura 3.1. Proceso de socialización de los y las menores. ....	91
Figura 3.2. Representación gráfica de la Teoría de la Conducta de Riesgo de la adolescencia.....	94
Figura 4.1. Triángulo del proceso de cambio de un proceso adictivo en la persona. ....	118
Figura 4.2. Resumen Formación inicial y supervisión del programa "Entre Todos".....	144
Figura 4.3. Manual del Profesor 1º de ESO .....	150
Figura 4.4. Manual de Profesor 2º de ESO .....	150
Figura 4.5. Ficha de trabajo del alumnado.....	151
Figura 4.6. Libro de familia del programa "Entre Todos" de 2º de ESO.....	151
Figura 4.7. Estructura del Programa "Entre Todos".....	152
Figura 6.1. Ejemplo preguntas del cuestionario de 1º de ESO .....	214
Figura 6.2. Ejemplo preguntas del cuestionario de 2º de ESO .....	215
Figura 6.3. Ejemplo preguntas del cuestionario de 3º de ESO .....	216
Figura 6.4. Ejemplo preguntas del cuestionario de 4º de ESO .....	217
Figura 6.5. Planificación de las fases de investigación .....	221
Figura 7.1. Edad de inicio en el consumo de tabaco en 1º de ESO, curso 06-07 .....	244
Figura 7.2. Edad de inicio en el consumo de alcohol 2º ESO, curso 06/07	248
Figura 7.4. Edad de inicio del consumo de tabaco del alumnado de 1º de ESO, curso 07/08.....	267
Figura 7.5. Aspecto social del consumo de drogas del alumnado de 1º de ESO, curso 07/08.....	267
Figura 7.6. Edad de inicio en el consumo de alcohol del alumnado de 2º de ESO, curso 07/08.....	271

Figura 7.7. Alumnado que ha experimentado el consumo de tabaco en 1º de ESO, curso 08/09.....	291
Figura 7.8. Edad de inicio en el consumo de alcohol del alumnado de 2º ESO, curso 08/09.....	295
Figura 7.9. Edad de inicio en el consumo de tabaco de alumnado de 1º de ESO, curso 09/10.....	314
Figura 7.10. Edad de inicio en el consumo de alcohol en 2º de ESO, curso académico 2009/2010 .....	319
Figura 7.11. Edad de inicio en el consumo de cannabis en 2º de ESO, curso 09/10 .....	319
Figura 8.1. Representación gráfica de la clasificación de las 26 categorías y su representatividad.....	353



## Presentación

La presente tesis doctoral es el fruto de un quinquenio largo de trabajo en la Asociación Proyecto Hombre, especializada en rehabilitación y prevención de adicciones.

Su finalidad última ha sido evaluar las fortalezas y debilidades del Programa de Prevención Universal “*Entre Todos*” de la Asociación Proyecto Hombre, focalizando el trabajo de campo en la provincia de Córdoba y más concretamente en el centro educativo Santísima Trinidad-Trinitarios y teniendo en cuenta la opinión de todos los agentes implicados en la puesta en marcha del programa.

Se ha realizado un estudio longitudinal de cuatro años de duración en un centro educativo concreto, recogiendo información desde el inicio del programa hasta el último curso que finaliza; es decir desde 1º de ESO hasta 4º de ESO, durante los cursos académicos 2006/2007 hasta 2009/2010.

La investigación se encuentra dividida en tres partes diferenciadas:

- La fundamentación teórica redactada en cinco capítulos.
- El estudio empírico cuyo contenido se aborda en cuatro capítulos.
- Las conclusiones y prospectiva incluidas en un capítulo final.

El capítulo primero analiza el fenómeno de la drogadicción y sus consecuencias personales y sociales. En este capítulo se realiza un recorrido por los principales conceptos y las consecuencias derivadas a nivel macro y micro del uso de las drogodependencias descendiendo a la realización de un análisis de las drogodependencias en nuestro país.

El capítulo segundo estudia la regulación legal de las drogodependencias analizando comparativamente las normativas internacionales y nacionales estudiando los orígenes del Plan Nacional sobre drogas, como institución referente en nuestro país.

El capítulo tercero estudia el fenómeno de la reeducación social de las personas con problemas de drogas analizando los fundamentos de pedagogía que fundamentan la acción ante los fenómenos de rehabilitación y prevención, analizando las estrategias de reeducación de personas con problemas de drogodependencias.

El capítulo cuarto aborda conceptos claves sobre la prevención, analizando las principales acciones realizadas en nuestro país desde el inicio de los programas preventivos.

El capítulo quinto describe la Asociación Proyecto Hombre describiendo su fundación y sus ámbitos de trabajo.

La segunda parte recoge la *investigación aplicada* explicitando los objetivos del estudio de campo, las variables analizadas, la metodología empleada, el método de análisis e interpretación de datos y los resultados obtenidos y está estructurada en tres capítulos.

La tercera parte contiene las conclusiones y prospectiva resaltando las fortalezas, las debilidades y los aspectos a mejorar junto a las futuras líneas de investigación a proseguir tras la finalización de la tesis.

No nos atrevemos a muchas cosas porque son difíciles, pero son difíciles porque no nos atrevemos a hacerlas. Las cosas difíciles llevan mucho tiempo, lo imposible puede tardar un poco más...

(Lucio Anneo Séneca)

Las primeras personas a las que debo agradecer este trabajo, por su apoyo es a mi familia, y a las personas que me quieren y son como de mi familia que me han apoyado desde el primer momento y, me han animado a continuar el trabajo y no arrojar la toalla; ya que, han creído en mí sin descanso, incluso en ocasiones cuando yo no era capaz de hacerlo.

El centro educativo Trinitarios, para mí es y será mi casa, aunque ya no vuelva a él como técnica de prevención les debo dar las gracias con mayúsculas porque me han facilitado sus instalaciones para hacer la investigación, me han animado a llevarla a cabo. Dentro de este centro me llevo muy buenos amigos tanto de familias, de docentes, como de alumnos y alumnas. En especial debo nombrar a Pepe, sin sus consejos cuando terminábamos las sesiones familiares no hubiese podido convertirme en buena especialista y comunicadora.

Ni que decir tiene que mi reconocimiento va para Proyecto Hombre Córdoba, que confió en mi proyecto, y me permitió el poder acudir a las reuniones de la Comisión Nacional de Prevención para poder aprender todo lo que sé.

Dentro de la casa de Proyecto Hombre, tanto de Córdoba como de la Asociación de Nacional, debo nombrar a muchos amigos y amigas que me han ayudado día a día a conseguir este producto. Esta tesis lleva un poquito de cada uno de ellos.

Debo reconocer la ayuda prestada a mis "niñas de la comisión" (como cariñosamente las llamo). Es de recibo nombrar a Belén, Arantxa, Nella, Marilén (y más nombres que me dejo en el tintero), gracias a ellas por ofrecer la entrega, la ayuda, el apoyo, las tardes de conversación después de un duro día de trabajo, las risas, los buenos ratos, las discusiones técnicas, etc.; todas estas cosas me han ayudado a mejorar como persona y hacer crecer este proyecto que se inició con

muchas ilusiones y termina con muchas ideas nuevas , con muchas ganas de seguir trabajando e investigando a su lado.

Muchas gracias a todos los alumnos y las alumnas que han realizado el programa durante cuatro años, a todas las personas con las que me he cruzado y con las que he crecido como persona y como profesional.

Para finalizar, no puedo olvidar a las dos personas que han hecho posible este trabajo; su cariño, paciencia, empeño, atención han sido infinitas, mis directores de tesis, José Antonio Ortega Carrillo y Juan Antonio Fuentes Esparrell. Sin ellos, este trabajo no hubiese podido conseguir llevar a término, debido a la cantidad de altibajos, dificultades por el que hemos pasado para finalizar este trabajo. Más que directores de tesis han sido mis amigos, mis coach dando ánimos y aliento para conseguirlo. Solo tengo palabras para decir GRACIAS.



## **I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**



# Capítulo I: Las Drogodependencias y sus consecuencias personales y sociales

## Introducción

Las drogodependencias como fenómeno social, como acontecimiento establecido entre la población general, es relativamente nuevo (García del Castillo, López-Sánchez y García del Castillo-López, 2012). Se considera que es un proceso que lleva inmerso en nuestra sociedad alrededor de 50 años.

Sin embargo, como afirman estos autores:

La paradoja de esta juventud es que las sustancias adictivas son tan antiguas como la humanidad, pero se toma conciencia del problema hace relativamente pocos años.

La gran mayoría de las sustancias han estado tradicionalmente integradas en las diferentes culturas donde nace su uso y durante miles de años se han considerado como parte integrante de la propia, cultura, sin que por parte de la sociedad en su conjunto aparecieran planteamientos que cuestionaran su consumo, incluso teniendo consecuencias negativas o muy negativas para los usuarios. (p. 21).

También Álvarez sostiene que “las drogas son casi tan viejas como el mundo. Desde tiempos inmemorables cada cultura ha cultivado y usado las suyas, unas veces como medicina, otras con fines rituales y aun otras como medio de evasión y placer”. (2012, p. 35).

Precisamente ser medio de evasión y placer, explica en general y concretamente, entre la población adolescente, con el objetivo de evadirse y disfrutar de un momento placentero.

Como se expone en el Informe Europeo sobre las Drogas (2013), que ha editado el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: “el panorama europeo sobre el consumo de drogas sigue siendo alto, en términos históricos” (OEDT, p. 10).

El propio OEDT plantea la aparición de nuevas drogas sintéticas, y nuevos modos de consumo, provocando cambios fulgurantes en los procesos de tratamiento para la Salud Pública que faciliten la adaptación a estos cambios en los patrones de consumo.

En este contexto se puede afirmar junto a la OEDT que “la perspectiva de desempleo juvenil y los recortes de los servicios, favorecen la reaparición de viejos problemas” (2013, p. 10). Se refiere esta instancia a las actuaciones derivadas del consumo como delincuencia, mayor consumo de sustancias y disociación familiar, entre otros.

Ante este cúmulo de circunstancias, Álvarez sostiene que:

Los problemas sociosanitarios relacionados con las drogas, con el paso de los años, no han hecho más que crecer, y lo han hecho de forma exponencial, hasta alcanzar tintes dramáticos en muchos casos. En el último medio siglo el fenómeno ha desbordado el ámbito privado y ha adquirido unas connotaciones sociopolíticas y económicas a nivel global de dimensiones altamente preocupantes, hasta convertirse en lo que algunos expertos definen como la máxima expresión del capitalismo salvaje. Como problema global que es, la forma de abordar al fenómeno de la droga solo puede salir de un amplio consenso en el seno de la comunidad internacional. (2012, p. 36).

Conviene recordar que ya hace más de una década, Izquierdo (1992), pensaba que la drogodependencia era una enfermedad de la sociedad de su tiempo, provocado por el consumismo, la crisis de valores de la ciudadanía, y por el capitalismo que solo persigue el tener y el no ser persona.

En la sociedad actual, esta idea sigue vigente. Las cifras que ofrece el OEDT muestra que al menos 85 millones de europeos adultos han consumido alguna sustancia ilegal en su vida, lo que supone la cuarta parte de la población adulta.

Este cúmulo de hechos ha provocado que, en las últimas décadas del siglo XX el fenómeno de las drogodependencias se haya convertido en un tema de actualidad por su alta influencia negativa en un sector de jóvenes y adultos de la población mundial.

Sobre este tema se informa, se habla, se discute, si bien en una gran parte de las veces se esconden o disfrazan los motivos que inducen a los jóvenes a consumir estos productos una veces ilegales y otras veces legales para romper la monotonía diaria y dinamizar su vida.

Del mismo modo Álvarez (2012) afirma que, todo parece indicar que el uso individual de drogas ilegales en nuestra sociedad tiene más que ver con el contexto socioeconómico de la persona, que con el hecho de que el consumo sea legal o ilegal. Para este autor el uso o el consumo problemático de las mismas se deriva de la relación con problemas personales referidos a condiciones de vida o problemas emocionales, que con la propia oferta de las sustancias en el mercado.

Ante esta situación, se hace necesario implementar estrategias para dar cobertura y tratamiento a las personas que lo requieran para abandonar sus hábitos no saludables. Estas respuestas deben darse desde el ámbito estatal, provincial, local, etc.

También Blackman (1996), sostiene la necesidad de hacer consciente a la sociedad que la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los y las adolescentes de las sociedades desarrolladas.

Desde este enfoque complejo del patrón de consumo de la adolescencia se piensa que en la actualidad, la ingesta de sustancias estupefacientes se inicia a edades tempranas, tal como refleja la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), editada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En los datos extraídos del curso 2012-2013, sitúan la media de inicio de consumo en torno a los 16 años para el tabaco y alcohol y, a partir de los 18 para el consumo de cannabis y el resto de sustancias ilegales. Este estudio se realiza a la población española residente en hogares con el intervalo de edad comprendido entre los 15 y los 64 años.

Estos estudios tales como la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanza Secundaria (ESTUDES), que realiza el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, dirigida a la población estudiantil de 14 a 18 años, reflejan unas edades de inicio más tempranas. El inicio en el consumo de drogas como sustancias inhalantes, tabaco y alcohol se produce a los 13 años; y el inicio del consumo de hipnosedantes, cannabis y el resto de sustancias ilegales a los 14 años. Las drogas más consumidas según esta encuesta en el curso 2012-2013 son alcohol (81,9%), tabaco (35,3%), cannabis (26,6%), hipnosedantes (11,6%), cocaína (2,5%) y éxtasis (2,2%).

Esta temprana edad de inicio en el consumo que presentan los informes y las estadísticas del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) hace pensar que el perfil del consumidor ha variado con el devenir de los años. Como confirmación de la edad temprana en el inicio del consumo de drogas, la encuesta ESTUDES para el curso 2012-2013 sitúa la edad de inicio de sustancias inhalantes a los 13,4 años, el tabaco se comienza a consumir a los 13,6 años. Del mismo modo, el alcohol se comienza a introducir en la rutina de ocio de la adolescencia a los 13,9 años, seguido por hipnosedantes (14, 3 años), heroína (14,4 años) y cannabis (14,9 años).

En efecto, la historia muestra que la persona consumidora de los años ochenta tomaba sustancias estupefacientes pasados los 20 años, ocultando su dependencia para evitar el rechazo social e intentaba mantener una vida aparentemente normalizada, asumiendo responsabilidades familiares. Su adicción era mantenida a

través del sostén económico de su puesto de trabajo, llegando incluso a delinquir para conseguir dinero para su consumo propio.

Como bien apunta Vázquez (2012):

Aun en tiempo de crisis, nuestros jóvenes conservan una holgada disponibilidad de dinero para su ocio. Los menores de entre 15 y 25 años tienen una capacidad económica muy superior a la de sus mayores. Es suficiente con comprobar las ventas de dispositivos electrónicos de última generación destinado a dicho sector de consumo, los cuales por cierto no son baratos, o visitar los locales de ocio nocturno, para advertir que la cantidad de dinero que destinan a sus vicios, aun habiéndose moderado, sigue siendo alta.

Si a la capacidad económica de los jóvenes se une el populoso entorno social en el que se mueven, y frente al cual exhiben su dependencia sin pudor alguno, pues consumir estupefacientes es algo resaltado por todas las televisiones como bueno, surge una opción de financiación muy cómoda inicialmente para satisfacer la dependencia, cual es adquirir más dosis de las necesarias y distribuir éstas entre su entorno de estudio u ocio. (p. 26).

Profundizando en la temática Godoy y Martínez (2005) proponen que:

El fenómeno de las drogodependencias afecta, entre otros al sector más vulnerable de sociedad, la adolescencia. Esta etapa evolutiva es la más preocupante a nivel preventivo debido a que, los y las adolescentes se produce un proceso de independencia donde se comienza a rechazar y cuestionar las normas familiares, produciéndose una ruptura con el medio familiar que se manifiesta con la negativa ante las reglas sociales, familiares y el distanciamiento con los padres. En este momento se produce una marcada tendencia grupal. Se forman nuevas amistades, se integran en grupos afines. El grupo de compañeros cobra un papel muy importante en la vida del adolescente. Los intentos del adolescente por identificarse con el grupo de sus iguales e incorporarse en él pueden llevarlo a verse envuelto en la problemática de las drogas. (p. 15).

En definitiva, conviene no olvidar que la identificación con un grupo de iguales en la adolescencia puede llevar a los y las menores a realizar conductas de riesgo cercanas al consumo de drogas para ser aceptado en un grupo. Además de tener en cuenta, el hecho de que las sustancias están en los hogares, en la calle, en los medios de comunicación de masas. Es muy fácil obtener sustancias en cualquier lugar ya que,

no se puede olvidar que droga, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS, 2004) es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Ante todas estas circunstancias a nivel mundial y estatal se está trabajando para poder dar respuesta a las necesidades de las personas que necesitan tratamiento para salir de su adicción, ya bien sean menores o adultos. En nuestro país se cuenta con el organismo del PNSD que, entre otras funciones, crea la Estrategia Nacional sobre Drogas para que sea llevada a cabo en todo el territorio nacional con el resto de instituciones públicas y privadas que velan por abordar el fenómeno de las drogodependencias, que se irá esbozando en capítulos posteriores.

## **1.1. Conceptualización y caracterización del fenómeno de las drogodependencias**

El fenómeno de las drogodependencias en la adolescencia es relativamente joven, sin embargo, la relación de la persona con las sustancias es un vínculo antiguo, donde se usaban con fines curativos, recreativos y placenteros, según el caso y la sustancia.

Es necesario realizar una conceptualización a nivel general de droga para comprender los aspectos que influyen en el fenómeno de las drogodependencias.

El concepto de droga, como refleja Millán (2002) se refiere a:

Toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.  
(p. 9).

El PNSD (2008), recoge en el Glosario de términos elaborado por la OMS, el término de droga como:

Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término

suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos. (p. 34).

Además del término de droga, se estima oportuno definir adicción para analizar las diferencias entre ambos términos.

Del mismo modo que droga, el PNSD (2008) recoge como significado de la palabra adicción, haciendo hincapié en que puede ser a las drogas o al alcohol:

Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.

Por lo general, hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona; referido al consumo de alcohol, es equivalente a alcoholismo.

“Adicción” es un término antiguo y de uso variable. Es considerado por muchos expertos como una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitante arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia, que sigue una progresión implacable. Entre las décadas de 1920 y 1960, se hicieron varios intentos para diferenciar entre “adicción” y “habitación”, una forma menos severa de adaptación psicológica. En la década de los años 60 la OMS recomendó que dejaran de usarse ambos términos a favor del de dependencia, que puede tener varios grados de severidad. (p. 14).

Por lo tanto, en ambas definiciones se refleja la idea de que cualquier sustancia que provoque una alteración en el organismo de la persona que la consume puede ser



considerada droga. Sin embargo, la palabra adicción lleva consigo el modo y la forma de realizar ese consumo por el individuo, haciendo manifiestas las causas que provocan el consumo continuado de sustancias tanto para la persona como para su entorno.

El término adicción lleva asociado otro concepto como dependencia:

Estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. (OMS, 2008, p. 30).

En definitiva, cuando se habla de consumo de sustancias, debemos tener presente que droga es toda aquella sustancia que causa alteraciones en el organismo de la persona que la consume, desembocando el consumo en una adicción cuando la persona usuaria se intoxica de manera periódica, manifestando un deseo compulsivo de consumir la sustancia.

En la definición de droga no se hace diferencia entre si las sustancias que se consumen son legales e ilegales, debido a que, independientemente de su legalidad ambas causan alteraciones en el organismo, factor importante a tener en cuenta para abordar actuaciones preventivas en la población.

Relacionado con el término droga, la población en general hace alusión a las drogas ilegales principalmente (cannabis, heroína, cocaína, drogas de síntesis, anfetaminas, etc.), las drogas legales como el alcohol y el tabaco no se consideran drogas al estar permitido su consumo en nuestro país. Sin embargo, existe un grupo de sustancias consideradas drogas según la definición anteriormente expuesta, pero que la sociedad no contempla como tal; nos referimos a las sustancias hipnosedantes. Las cifras que se recogen en la encuesta ESTUDES del PNSD para el curso 2012-2013, sitúa el consumo de esta sustancia entre la población de 14 a 18 años en un 11,6%. Si se realiza la comparativa con el porcentaje de consumo de alcohol, tabaco y cannabis los porcentajes son de 81,9%, 35,3% y 26,6% respectivamente. Por lo que entre la población juvenil los hipnosedantes son la cuarta sustancia más consumida por delante de la cocaína, cuyo porcentaje de consumo es de 2,5%.

Si revisamos las cifras en la población adulta a través de los datos de la encuesta del PNSD EDADES, pasa a convertirse los hipnosedantes en la tercera sustancia más consumida por las personas adultas de 15 a 64 años, con un porcentaje de 11,4%.

En resumen, al hablar del consumo de drogas en el ámbito de la prevención se debe extender el concepto tanto a drogas legales (tabaco, alcohol e hipnosedantes)

como a drogas ilegales (cannabis, cocaína, heroína, etc.), para hacer consciente a la adolescencia y a la población adulta de la importancia de la información y la formación en esta materia para poder actuar y reducir el consumo de sustancias, junto al abordaje de conductas disruptivas asociadas a dichos consumos.

Las variables o las causas que inciden en el consumo de drogas por parte de la adolescencia son muchas y variadas, con el objetivo de dar respuesta porqué del consumo en los y las jóvenes.

Los autores Muñoz-Rivas, Redondo y Graña (2012, p. 78) realizan un resumen sobre los factores de riesgo y protección que pueden influir en el consumo de drogas.

- Factores ambientales/contextuales. Dentro de las variables relacionadas con el ambiente/contexto que rodean al adolescente, los factores de riesgo y protección que más evidencia empírica han acumulado son:
  - Leyes y normas favorables hacia la conducta de consumo, acceso a las sustancias.
  - Estatus socioeconómico.
  - Lugar de residencia.
  - Desorganización del barrio.
- Factores individuales. Factores que se encuentran asociados a mayor riesgo para el abuso de drogas:
  - Factores genéticos: componente genético familiar tanto para el alcoholismo como para el abuso de otras drogas.
  - Factores biológicos-evolutivos: sexo y edad.
  - Factores psicológicos: depresión y ansiedad, características de personalidad, búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial, actitudes favorables hacia la droga.
- Factores de socialización. Variables de socialización que más asociados al consumo de drogas en adolescentes. Se dividen en:
  - Familiares: estructura y composición familiar, disciplina familiar, relaciones afectivas y comunicación, actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.
  - Grupo de iguales: asociación con compañeros consumidores, identificación con grupos desviados, rechazo por parte de los iguales.
  - Escolares: abandono escolar, fracaso académico, tipo y tamaño de la escuela.

Isorna (2012) a este respecto, concluye que:

La masiva incorporación de adolescentes y jóvenes de ambos sexos, especialmente las chicas, como consumidores de drogas (principalmente bebidas alcohólicas, tabaco y derivados del cannabis) se está traduciendo no sólo en un importante incremento de las prevalencias de uso de estas sustancias, sino en la instauración de un imagen normalizada de las drogas y en la banalización de los efectos asociados a su consumo. (p. 187).

Este modo de actuar de la juventud parece estar modificando el estereotipo cultural donde hoy se es joven si se ocupa el tiempo de ocio durante el fin de semana consumiendo alcohol y otras drogas para divertirse y pasárselo bien con los amigos. Los y las jóvenes que no siguen ese patrón corren el riesgo de ser excluidos por su grupo de iguales.

Por lo tanto, se hace necesario “desarrollar programas que combinen la educación en habilidades para la vida con la educación normativa y la adquisición de conocimientos sobre sustancias” (Isorna, 2012, p. 188).

Este modelo de trabajo a nivel preventivo es fundamental implementarlo en los centros educativos para abordar la prevención de las drogodependencias en la población adolescente y juvenil.

## **1.2. Consecuencias de la adicción a las drogas**

Las consecuencias de la adicción en cualquier persona, se manifiestan sobre dos vertientes principales, como apunta Becoña (2004):

- Sobre la salud de los propios usuarios y sobre su entorno más inmediato.
- De carácter social, económico y laboral, que determinan el impacto socioeconómico de las drogas.

Se hace referencia a las consecuencias sobre la salud a las demandas de tratamiento:

Existe una diversificación de la demanda en función de la droga principal que la suscita. Esto significa que, de una presencia casi absoluta de la heroína, hemos pasado a una demanda compleja de tratamiento de diferentes sustancias. Siguiendo en la línea de las consecuencias sobre la salud, hablamos de las principales enfermedades asociadas al consumo. Las enfermedades son causadas no solo por los efectos directos que pueden producir las sustancias en

el organismo de las personas (según capacidad tóxica de la sustancia, cantidad, grado de pureza...), sino por las enfermedades derivadas de la administración y de los estilos de vida de los consumidores. (Becoña, 2004, p. 55).

Las principales enfermedades derivadas del consumo de sustancias (PNSD, 2007, p. 79; OEDT, 2006) y sobre todo de su forma de administración por vía parenteral, son enumeradas por De Andrés (1999), dichas enfermedades son:

- a) Sida (VIH)
- b) Hepatitis
- c) Tuberculosis

Dentro de las consecuencias para la salud, se consideran *trastornos duales*. El citado término es utilizado para designar a la comorbilidad entre los trastornos adictivos y los psicopatológicos. Es decir, hace referencia a la coexistencia en un mismo caso de trastornos mentales y trastorno por consumo de drogas.

Las consecuencias para la salud, también repercuten en las *urgencias hospitalarias*, reflejándose un incremento considerable en las mismas por problemas de drogas.

Para finalizar este aspecto, debe tratarse la *mortalidad, que se deriva del consumo de drogas*. No se ha podido comprobar, pero existe un gran número de consecuencias lo suficientemente graves para ponderar el impacto negativo de las drogas sobre la salud. El "Indicador de mortalidad" recogido por el Observatorio Español sobre Drogas (OED), en su informe de 2011, proporciona las cifras de 438 muertos por reacción aguda a drogas ilegales procedentes de un área de aproximadamente la mitad de la población española durante el año 2009. Sin embargo, en 2008 se recogieron 424 muertos en la misma área.

Según el OED (2011), los opioides continúan siendo la sustancia identificada en un mayor número de fallecidos en 2009 (81,0%), produciéndose un ligero repunte con respecto a 2008 (77,7%). La cocaína sigue ocupando el segundo lugar con respecto a la proporción del total de fallecidos relacionados con esta sustancia. Se registra un leve descenso pasando del 60,2% en 2008, a un 57,8% en 2009.

La proporción de muertes detectadas por hipnosedantes y sus metabolitos, reflejado principalmente por benzodiazepinas parece haber obtenido una estabilidad hacia el descenso, situándose en el 54,1% en 2005 hasta alcanzar el 43,6% en 2009. En este informe se detecta una proporción de muertes relativamente elevada con respecto al cannabis, pero nada permite suponer que el consumo de esta droga contribuye a la muerte.

Ante las cifras que aporta el OED, no solo se considera la muerte para atender el fenómeno de las drogodependencias, sino que es necesario tener en cuenta los ámbitos social, económico y laboral. Es dentro del seno familiar donde se producen el mayor número de conflictos derivados del consumo de drogas.

Siguiendo a Becoña (2004), la familia forma parte de sistemas más amplios de influencia que incluyen la familia extensa, el ámbito laboral o educativo, las amistades y la comunidad en general. Dentro de estos círculos de influencia se comienzan a recibir mensajes de incompreensión, rechazo y alienación que se combinan con el componente básico de culpabilidad presente en las familias de los afectados por el consumo de drogas.

Por lo que diversos autores, sostienen que las familias deben tomar un papel más activo en la vida y educación de sus hijos, llegando hablar con ellos de drogas, vigilando sus actividades, conociendo sus amistades y comprendiendo sus problemas y preocupaciones personales (González et al., 2004; NIDA, 2004; Isorna, 2012; Becoña, Fernández, Calafat y Fernández-Hermida, 2014; Sloboda, 2014; Foxcroft, 2014), para así poder convertirse en agentes preventivos de drogas en el seno familiar.

### **1.3. Consecuencias microsociales y macrosociales del fenómeno de la drogadicción**

Las consecuencias macrosociales y microsociales hacen referencia a los contextos de influencia de las personas que consumen sustancias o personas adictas (no solo a sustancias, sino también al juego, a las compras...). Los contextos principales de influencia a nivel macrosocial es la propia sociedad en la que conviven personas adictas, con el resto de ciudadanos. Sin embargo, el contexto microsociales hace referencia al entorno familiar y del grupo de iguales.

Con respecto al contexto macrosocial, las personas adictas tienen graves problemas para ser considerados personas, dentro de la sociedad en la que viven, “el drogodependiente, la persona afectada por las drogas, constituye una realidad de la sociedad de nuestro tiempo y tiene derecho a que se la considere, trate y ayude de acuerdo con sus exigencias y sus necesidades” (Izquierdo, 1992, p. 16).

Además de los problemas que deben sobrellevar para ser tratados como personas, se les estereotipa y se les juzga a todos los y las drogodependientes como tal, considerándolos como “despojos” de la sociedad en la que vivimos, sin derecho a nada.

Así mismo, Izquierdo (1992), expone que “la persona afectada por las drogas es un delincuente, es peligroso, contaminante y debe ser alejado del resto de la sociedad por los riesgos que crea” (p. 16), recogiendo el pensamiento de la sociedad. Este pensamiento es totalmente erróneo, es fundamental con una mejor educación e información, ya que, si este pensamiento se trasmite al resto de generaciones, la pregunta que surgiría sería qué valores se les está transmitiendo a la sociedad desde los ejes fundamentales de socialización primaria.

Es necesario que desde la escuela y la familia se realice una adecuada educación en este campo, además de desarrollar campañas de prevención del consumo de drogas para evitar el incremento del número de personas con problemas de adicción.

Del mismo modo, es imprescindible cambiar el concepto de delincuente en las personas con problemas de drogas. Debido a que, habrá drogodependientes que realmente lo sean, pero también existen otros que jamás han delinquido. Por tanto, se deben evitar las actitudes generalizadas de prejuizar a las personas por su aspecto o por su comportamiento, sin ni siquiera saber las causas del dicho comportamiento; llevando a cabo estas conductas evitaremos muchos problemas conductuales disruptivos.

Hasta este momento, queda claro que el consumo de drogas es una constante en toda sociedad, pero la estructuración que cada sociedad hace del consumo es lo que le confiere características particulares. Es indudable que la relación que una sociedad establece con las drogas que en ella son consumidas, evoluciona constantemente, inscribiéndose dentro de los procesos de transformación social.

Evidentemente, como sustenta Bilbao (2003):

El lugar que una sociedad asigna a las drogas, y la percepción que puede generar de estas últimas, es el resultado del propio funcionamiento social de una cultura, siendo incluso la consecuencia de cómo una sociedad se representa a sí misma. Ello apoya con cierta fuerza la hipótesis de que el carácter simbólico de los estados psicológicos provocados por las sustancias químicas, son desconocidos por las sociedades en las cuales esos consumos tienen lugar. Con relación a ello, mencionemos que las sociedades occidentales tienden a reforzar la representación patógena de la sustancia, ubicando al producto consumido como un agente exterior. Es la sustancia quien se considera agente de rupturas sobre el cuerpo social, sin considerar, las prácticas que por medio de la se llevan a cabo. Esta manera de comprender la relación que los tóxicos desarrollan con los organismos

consumidores, determina el lugar que la sociedad asigna a estas sustancias, determinando la sintomatología que las drogodependencias presentan a la totalidad del cuerpo social. A su vez, el lugar que la sociedad asigna a quienes consume estas sustancias, determina la etiología y la evolución que las propias farmacodependencias desarrollan. (p. 35).

Por tanto, analizadas las consecuencias macrosociales, deben estudiarse las consecuencias microsociales del consumo de drogas, en ellas se incluye el entorno familiar y el grupo de iguales. En estos entornos, el que más perjudicado queda a causa de las persona drogodependiente es la familia; ya que, en la mayoría de las ocasiones son las propias víctimas de las consecuencias derivadas del consumo de sustancias (evasión, agresividad, violencia...).

Es la propia familia la que se ve obligada en muchas circunstancias a tener que plantear un ultimátum a la persona con problemas de adicción, por la imposibilidad de mantener la situación de angustia por más tiempo. El ultimátum que les plantean a las personas drogodependientes es que se rehabiliten o que se vayan del hogar para no volver hasta que no estén curados.

En muchas ocasiones esta situación de tensión provoca que la persona drogodependiente se dé cuenta de la gravedad de su problema y sea capaz de “pedir ayuda” para poder rehabilitarse y escapar del mundo de las adicciones para desarrollar conductas prosociales, y convertirse en “una persona de provecho” (según palabras de residentes dentro del programa de rehabilitación de sustancias de Proyecto Hombre).

El protagonismo de la familia en el proceso de rehabilitación queda justificado porque es en el seno familiar donde se forma la personalidad, donde se adquieren los hábitos, y donde se produce la socialización de primer lugar como promulga Becoña (1999). Es por tanto, en la familia donde se originan una gran parte de los factores de riesgo y protección que posteriormente jugarán un papel crucial en el inicio o no del consumo de sustancias adictivas (Carcelén, Senabre, Morales y Romero, 2010, p. 92). Concretamente con respecto a estos factores, existen estudios que han demostrado que en las familias donde existen fuertes lazos entre sus miembros, relacionado con una buena comunicación, realización de ocio compartido, etc., tienen menos probabilidad de implicarse en el consumo de drogas. Sin embargo, un clima familiar con discusiones frecuentes, falta de afecto, no existe comunicación, etc., se puede favorecer la probabilidad de implicarse en el consumo de sustancias (Carcelén et al., 2010).

En definitiva, diferentes estudios de investigación concluyen que el papel de la familia es central en la prevención de uso y abuso de sustancias en los jóvenes (Velleman, Templeton y Copello, 2005).

Por lo tanto, queda claro que la familia como ya hemos comentado, juega un papel fundamental en el proceso de rehabilitación de las personas con problemas de adicción, ya que, las animan e incentivan cada día a continuar por dura que resulte la tarea de resocialización. Sin embargo, con el grupo de iguales no sucede lo mismo, ya que, en muchas ocasiones son los propios amigos y amigas los que incitan al consumo de sustancias, actividad que acaba por hacerse rutinaria. Debido a esa situación, son muchos los programas de prevención y tratamiento que exigen radicalmente el cambio de amistades para conseguir una reinserción social de la persona drogodependiente (palabras recogidas de las conversaciones mantenidas con familiares de personas drogodependientes, en fase de rehabilitación del Programa de Tratamiento de Proyecto Hombre). Por ese motivo, muchas de las personas resocializadas cambian de vivienda, de amistades, etc., para poder comenzar de cero y llevar una vida “normal” sin tener que necesitar depender de ninguna sustancia ni de ninguna máquina de juego, etc.

En definitiva, las consecuencias microsociales están relacionadas con el entorno cercano de la persona consumidora, como la familia y el grupo de iguales. Sin embargo, las consecuencias macrosociales responden a la sociedad en general en la que vive la persona.

#### **1.4. Drogodependencias y Educación: Prevención y Resocialización comunitaria**

El fenómeno de la drogadicción es un problema social, que por parte de organismos como la Administración Central, Autonómica y Local, se está intentando solucionar a través de las vías de prevención y de resocialización.

Los motivos que inducen a los y las jóvenes a recurrir a la experimentación y consumo de drogas. Según Izquierdo (1992, p. 36), se sitúan en:

- 1) La crisis de la convivencia familiar (conflictividad, escasa comunicación).
- 2) La pérdida de seguridad de cara al futuro y la falta de perspectivas.
- 3) La pérdida de credibilidad de algunos valores e ideales no sustituidos por otros.
- 4) La tendencia a resolver farmacológicamente problemas y conflictos.
- 5) Los modelos de consumo inducidos por la sociedad.



- 6) Las incoherencias de los adultos y los valores contradictorios en la sociedad.
- 7) La pérdida de función de la familia, que cada día es más incapaz de hacer el papel de guía.
- 8) Experiencias personales negativas.
- 9) El bienestar económico y la despersonalización.
- 10) Una educación demasiado permisiva.
- 11) Otras causas.

El conocimiento de los motivos del consumo de drogas por parte de los y las jóvenes, permite analizar las iniciativas de prevención creadas al efecto para disminuir el consumo de sustancias y reducir el número de adicciones.

En la prevención de las drogodependencias lo más importante es la educación en torno a este fenómeno para evitar, el inicio en el consumo. Por este motivo, la educación centra sus ejes fundamentales en la familia, la escuela, los medios de comunicación de masas, etc.; todos ellos juegan un papel fundamental en el proceso de educación sobre el fenómeno de las drogas.

En este sentido, Martín (2005) afirma que cuando se habla de prevención de drogodependencias, los programas más efectivos son aquellos que actúan simultáneamente en diferentes niveles, entre los que destacan la familia, el centro educativo y la comunidad. Y entre estos niveles, la familia tiene un peso decisivo.

Por tanto, la prevención debe considerarse como la educación que ayude al individuo a ser capaz de tomar decisiones por sí mismo con respecto al consumo de drogas y con respecto a las adicciones en general, intentando proporcionar conocimiento adecuado y preciso para conocer las causas, las consecuencias, los efectos ante el consumo de sustancias, siendo consciente en todo momento de lo que sucede tras su abuso (Izquierdo, 1992).

Como resumen, se muestra la definición de Prevención realizada por Comas y Arza (1999) “como el conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir de forma razonable la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas” (p. 237).

Además, podría sintetizarse la prevención como “toda medida o actuación que tiende a reducir, retrasar o evitar el consumo de determinada sustancia y los problemas derivados de su uso” (Cruz, 2013, p. 25).

En definitiva, la Administración no solo debe contemplar la prevención de drogodependencias, como pilar para la reducción de la demanda en el consumo, sino que también debe cultivar esfuerzos para sentar las bases de un entramado social que permita la resocialización de las personas con problemas de adicción. En este caso se

hace hincapié en la resocialización comunitaria como espacio donde la persona con problemas puede acudir para tratarse y volver a reincorporarse a la sociedad de la cual fue expulsado por su adicción.

A este respecto resocialización comunitaria, hace referencia a la inclusión de los drogodependientes en zonas habilitadas al uso, conviviendo con otras personas drogodependientes. Dichas zonas, son denominadas Comunidades Terapéuticas, donde se encuentran en régimen de internamiento de 24 horas, donde comparten y conviven con personas con los mismos problemas. En las citadas comunidades se realizan actividades educativas (grupos de encuentro, actividades de mantenimiento...) donde el fin último es volver a reeducar a los residentes dentro de la microsociedad creada, para después ser capaces de volver al mundo exterior y ser capaces de enfrentarse a las situaciones que en períodos pasados les llevaron a consumir.

La resocialización comunitaria permite a los usuarios y usuarias poder convivir en una misma comunidad y ser capaces de llevar una vida en comunidad, (poder compartir, ayudar, ser ayudado, ser solidario, recuperar valores perdidos...) para después plasmar esa vida de comunidad dentro de la microsociedad, extrapolando la intervención a la vida en sociedad (De León, 2004).

## **1.5. Evolución de las drogas a nivel social**

En la antigüedad, la droga se encontraba presente en todas las crónicas de la humanidad, convirtiéndose en sustancias de uso y abuso, bien como recurso del hombre contra la enfermedad física o corporal, bien como recurso de tipo psicológico para escapar de la monotonía diaria; por lo que las drogas han existido en todas las culturas. Además de los fines mencionados anteriormente, también se usaban con fines guerreros, intelectuales o místicos como ejemplo se plasma la mirada en Singapur que para estos fines se consumía opio y morfina; en Tailandia e Irak, heroína; en Brasil y África, el cáñamo; en Norteamérica y Europa, alcohol; y en Perú y Bolivia, hojas de coca.

En Europa, a finales del siglo XIX, los cambios que acompañaron a la Revolución Industrial y el desarraigo personal que propició, provocó la primera oleada de abuso de drogas. A partir de ese momento se inició un período en el que las drogas crearon un mercado exclusivo, movilizandando gran cantidad de dinero al margen de las leyes de los países. Con el tiempo se fueron produciendo “intercambios culturales” que hicieron posible la introducción de las distintas drogas en los distintos países. “La

historia de las drogas revela sorprendentes intercambios, puesto que nuestra civilización europea, donante de alcohol, será, a su vez, receptora de cáñamo indio” (Centro Didro, 1984).

Pasado el tiempo, entre 1857 y 1859 en Japón comienza a producirse un control de drogas; se iniciaba un problema social. Sin embargo, a finales del siglo XIX en ambientes de la alta burguesía y en núcleos aristocráticos de Europa, la toma de morfina se consideraba un detalle de buen gusto.

En estos años se buscaba la pureza de sus efectos, no como actualmente imperan las mezclas de drogas.

El 23 de enero de 1912 se dio el primer toque de alerta a la expansión de la droga en el Convenio Internacional de La Haya. En él se plantea la restricción del empleo y el tráfico del opio, morfina, cocaína y sus sales.

En 1909, se había reunido la “Comisión del Opio” con la pretensión de limitar el uso de las drogas para fines científicos y médicos.

En 1914 en Estados Unidos los adictos y traficantes de droga se les consideraban transgresores de la ley establecida. Se promulga la primera legislación contra los narcóticos, los motivos que llevan a ello es por el excesivo número de consumidores y la creciente relación entre drogas y crimen.

En 1919 España ratifica lo acordado en el Convenio Internacional de la Haya. El boom de las drogas se sitúa en los 60, más concretamente en 1966 con el fenómeno Hippies de San Francisco.

Las primeras Convenciones Internacionales sobre la lucha contra las drogas (Conferencia de la Haya en 1906, Liga de las Naciones en 1921, Convención Única de Naciones Unidas en 1961) prácticamente sólo hicieron mención a represión policial y judicial, estancación aduanera, etc. En estas Conferencias no se tuvo en consideración abordar la prevención de drogodependencias ni la rehabilitación de las personas con problemas derivados del consumo.

Mientras los gobiernos consideraban el problema solo desde la perspectiva de la disponibilidad de las drogas ilícitas producidas, transportadas y vendidas fuera de las reglas mercantiles aceptadas, el mercado se iba ensanchando, la demanda se iba afianzando y el problema cada vez era más grave. Aún las drogas se encontraban únicamente en la periferia de la sociedad.

Desde los años 60 y 70 un fenómeno nuevo surge en la juventud en su enfrentamiento con la sociedad. Con el proceso de decadencia de las ideologías juveniles, el “pasotismo” y el aburguesamiento hacía que se empezase a ver el “paraíso” en el mundo de las drogas. Aparece entonces una segunda oleada de

adicciones que van en dos sentidos nuevos: desde la periferia hasta el centro de la ciudad, y desde los adultos a los y las jóvenes.

Isaac Núñez (1994) califica de “fenómeno inédito” el hecho de que el consumo de droga se dé preferentemente entre jóvenes y adolescentes, mientras que antes era un atributo de los adultos.

Eduardo Cueto y Ricardo Bravo (2011) argumentan que debido a la constante evolución de la sociedad actual, se requiere un gran esfuerzo de actualización en los distintos contextos que existen, produciendo en muchos casos nuevos fenómenos sociales y una serie de consecuencias para las personas que conforma dicho contexto.

Su discurso atestigua que:

Los colectivos que se encuentran en situaciones de riesgo social son de los que más afectados se ven por estos fenómenos de cambio social, ya que los cambios estructurales, socioeconómicos y culturales son los que definen sus procesos de socialización.

Concretamente, en nuestra sociedad avanzada, se están dando importantes cambios y apareciendo situaciones hasta ahora desconocidas, que afectan directamente a la correcta socialización de nuestra adolescencia y juventud. El colectivo que se recoge bajo el título de jóvenes en situación de riesgo se suele definir como un grupo en proceso de desadaptación social por problemas económicos, culturales, de desestructuración familiar, conductas anómalas y otras circunstancias personales, familiares o del entorno un joven está en riesgo social si pertenece a un entorno que presenta factores de riesgo y la interacción de éste con el medio crea una menor adaptación del sujeto al mismo. En aquellos casos en los que la interacción sea negativa se pone en peligro el correcto desarrollo del joven y dará lugar a un posible inicio del proceso de inadaptación social; en uno o más de sus entornos como son la familia, la escuela, el barrio, las instituciones,... las situaciones de conflictos social son todas aquellas circunstancias sociales carenciales para el correcto desarrollo del joven. (Cueto y Bravo, 2011, p. 16).

Ante el panorama de cambios sociales, Godoy y Martínez (2005), apuntan que:

En el período de la adolescencia, el individuo aprende a controlar y tolerar los problemas emocionales pero, para muchos, el proceso se hace irresistible y procuran escapar del mismo. A menudo, las drogas se convierten en ese escape que busca el adolescente. (p. 16).

Por estos motivos, el consumo de drogas en la adolescencia y en la juventud debe ser tenido en cuenta, abordando desde las distintas instituciones estrategias preventivas que posibiliten la reducción o, incluso eviten su consumo, facilitando estrategias de afrontamiento.



## **Capítulo II: Regulación Legal de las Drogodependencias**

### **Introducción**

El conocimiento del aspecto jurídico que envuelve el fenómeno de las drogodependencias es fundamental para vislumbrar las medidas que se adopta para abordar este tema.

En el capítulo anterior se ha subrayado que en el consumo de drogas hay que diferenciar tres elementos esenciales: la sustancia o sustancias que se consumen, la persona que las consume y el contexto en el que se produce el consumo. Obviar este hecho, como señala Becoña y Martín (2004), provocaría una alteración a priori de cualquier análisis riguroso que se realizase sobre este problema de las drogodependencias y, alterar del mismo modo, cualquier solución que se le pretenda dar, debido a que, existen muchos tipos de sustancias capaces de generar adicción y múltiples combinaciones simultáneas de uso.

Los problemas relacionados con el consumo de drogas deben analizarse desde el punto de vista de la persona que consume, debido a que, cada persona tiene un grado de vulnerabilidad, unas motivaciones y unas expectativas puestas en el proceso de consumir diferentes. Por lo tanto, es necesario conocer el contexto donde se consume, los beneficios que obtiene la persona tras su consumo y, las consecuencias que provoca ese consumo.

El interés por investigar el fenómeno de las drogodependencias aumenta en nuestra sociedad. Esta situación se refleja en el hecho de que la drogadicción es considerada uno de los problemas sociales más apremiantes, provocando un elevado coste social y económico, afectando no solo a la sociedad en general, sino que está produciendo daños en los y las jóvenes y en los niños y niñas de nuestra sociedad; población más vulnerable a la experimentación, uso y abuso de drogas. Este acercamiento a las drogas puede asociarse a la inmadurez física, al desarrollo psicológico y al fácil acceso a las mismas (Naciones Unidas, 2004; Capo, 2011).

Con respecto a la evolución de las adicciones, se puede afirmar que han pasado de ser consideradas por la ciudadanía y las organizaciones competentes una

lacría social, a ser vistas, reconocidas y afrontadas como un problema de salud; es decir, ser tratadas como una enfermedad. (Medina, Moreno, Egea, Estévez y Rodríguez, 2010).

Este reconocimiento social, desencadena connotaciones económicas y jurídicas, referidas a la oferta y la demanda tráfico de drogas.

Medina et al. (2010), establecen que:

La prevención del tráfico y del consumo de drogas se puede plantear en doble sentido. Podríamos establecer que existe una retroalimentación: primero, se produce la problemática, las sociedades empiezan a organizarse de manera que puedan afrontarla; y, posteriormente, los estados y las organizaciones internacionales proceden a coordinarse y establecer políticas y estrategias de intervención. Esta visión global de la problemática permite que se definan estructuras más especializadas y coordinadas desde las organizaciones y los estados hacia la sociedad.

Aunque esta retroalimentación se repita con cierta fluidez o no, según se interprete, no deja de ser cierto que, dependiendo de cómo sean las visiones de los estados y las organizaciones, las políticas o estrategias suelen enfocarse en dos líneas básicas: la prevención de la demanda, más característica y avanzada en Europa; y la prevención de la oferta implementada con mayor o menor acierto en casi todo el mundo y con el liderazgo de EEUU. (p. 11).

En este sentido se comprende, el aunar esfuerzos para poder abordar el fenómeno de las drogodependencias a nivel social y estatal. Para ello, se debe considerar el carácter poliédrico de las drogas (Becoña y Martín, 2004); ya que, puede existir una gran variedad de manifestaciones del consumo y diversas formas de afrontar dicho proceso.

Tradicionalmente se ha venido hablando de modelos jurídicos, medicalizados, psicologizados, sociologizados, etc., dependiendo del énfasis que se ponga en cada una de las manifestaciones del problema de las drogodependencias.

A lo largo de muchos años se trabajó con la clasificación aportada por Nowlis (1982), que definía cuatro modelos de análisis e intervención, denominados:

- ético-jurídico
- médico-sanitario
- psico-social
- socio-cultural

Estos modelos de abordaje propuestos por Nowlis, centran su atención en distintos aspectos: en la sustancia que se consume (médico-sanitario), en el individuo



(ético-jurídico y psico-social), en el contexto (socio-cultural), aportando por tanto una visión sesgada del fenómeno de las adicciones.

Por lo tanto, se habla de abordar el tema de las drogas, como refleja Graciela Touzé (2005) desde un modelo multidimensional donde se plantea que en cualquier uso de drogas se produce siempre:

Una interacción entre tres subsistemas: la sustancia como elemento material, los procesos individuales del sujeto que toma posición ante la sustancia y, la organización social, incluso los componentes políticos y culturales, como marco en el que se produce la relación. (p. 44).

Esta forma de afrontar el fenómeno de las drogodependencias permite comprender el tratamiento que debe realizarse con las personas que presentan problemas de drogas y solicitan ayuda. Paralelo a este trabajo, se estima oportuno analizar bases normativas que sustenta el aspecto social de experimentación e inicio en el consumo de drogas: Es decir, consultar la legislación existente para la reducción de la oferta y la demanda, con el fin disminuir el número de personas con problemas de drogas. La intervención de los poderes políticos juega un papel relevante sobre el fenómeno de las drogodependencias, enmarcado en una transición de los Estados Contemporáneos desde una concepción abstencionista, como Estados de Derecho, a una concepción intervencionista como Estados Sociales de Derecho, con el reconocimiento de una serie de derechos sociales (como puede ser el reconocimiento del derecho a la salud), recogido en los textos constitucionales.

Esta intervención se fundamenta básicamente en la protección a la salud pública y en la protección de la libertad individual. El ordenamiento legal en el caso español, recogido en la Constitución Española (1978), reconoce en el artículo 43:

El derecho a la protección de la salud de la ciudadanía española, aportándoles además a los poderes públicos la obligación de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, así como la garantía de proteger la salud de los consumidores y usuarios mediante procedimientos eficaces. (p. 17).

Tanto el Derecho Administrativo como el Penal se ocupan de legislar las situaciones y conductas que rodean el consumo de drogas.

En el tema de las drogodependencias se parte de la legislación creada por las organizaciones internacionales, como de los organismos supranacionales, pasando por los organismos nacionales, y en el caso español, con competencias en las Comunidades Autónomas.

Por tanto, esto refleja que no existe un único texto legal sobre el tratamiento del fenómeno de las drogas, ya que, dependiendo de los aspectos que se quieran conocer, habrá que acudir a unas normativas u otras.

## 2.1. Normativa Internacional sobre Drogas

Al tratar la normativa internacional es consecuente tratar dos aspectos de gran relevancia, siendo estos:

- a. Los Tratados Internacionales
- b. Los Organismos Internacionales

### A) *Los Tratados Internacionales:*

Con respecto a los Tratados Internacionales existen una serie de ellos que corresponden a los estupefacientes y las sustancias psicotrópicas. En este sentido, el tratamiento jurídico sobre el fenómeno de la droga en el caso español, se encuentra en sintonía con la mayoría de los ordenamientos jurídicos del resto de países; ya que, han sido ratificados los principales Convenios Internacionales.

Por tanto, el control internacional de droga se basa, entre otros tratados en tres convenios auspiciados por las Naciones Unidas (Sequeiros, 2000):

***I. La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes***, enmendada por el Protocolo de 25 de mayo de 1972, la cual vino a derogar numerosos convenios internacionales anteriores.

En esta Convención se establecen diferentes medidas preventivas, represivas y de limitación del consumo, pero una de las iniciativas más importantes llevadas a cabo es la clasificación que realiza de drogas, divididas en cuatro categorías:

1. Sustancias con capacidad adictiva que representan un serio riesgo de abuso (cannabis y derivados, cocaína, metadona, morfina, opio, heroína, etc.). Su control debe ser muy restrictivo y estricto.
2. Sustancias usadas normalmente bajo control médico y que presenta un escaso riesgo de abuso (codeína, propiram...). Su consumo no precisa un control estricto.
3. Preparación de sustancias incluidas en la Lista II, así como preparaciones de cocaína, morfina u opio. Según la Organización Mundial de la Salud (1972), no presentan riesgos de abuso y no deben ser sometidas a control internacional.

4. Las sustancias más peligrosas que poseen un mayor potencial de daño y de extremada limitación médica y con mínimo valor terapéutico (heroína, cannabis y resina de cannabis, acetorfina, etc.). La Convención da la posibilidad de imponer un control absoluto de estas sustancias en aspectos como de la producción, manufactura, uso, posesión, etc.

## ***II. El Convenio sobre sustancias psicotrópicas, suscrito en Viena el 21 de febrero de 1971.***

Se establece un control sobre las sustancias psicotrópicas. El objetivo principal es realizar un control exhaustivo para asegurar su único uso médico y científico. Las sustancias psicotrópicas pueden tener un valor terapéutico, pero pueden reportar riesgo de daño en su abuso.

Se establecen cuatro categorías:

- I. Alucinógenos [LSD, DMT, Psilocibina, THC, MDMA (éxtasis), mescalina]. Tienen un alto riesgo de abuso, y pueden provocar graves repercusiones en la salud pública, y sin valor terapéutico.
- II. Anfetaminas de tipo estimulante. Riesgo de abuso. Bajo o moderado valor terapéutico.
- III. Barbitúricos. Riesgo de abuso. Moderado o alto valor terapéutico.
- IV. Tranquilizantes, analgésicos, narcóticos. Riesgo de abuso. Alto valor terapéutico.

***III. La Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas***, aprobadas en Viena el 20 de diciembre de 1988, que ha influenciado en la legislación penal y procesal de España, en materia de drogas operadas en los últimos años, incluyendo el Código Penal vigente.

Varias de las aportaciones de esta Convención han sido:

1. Refuerza los poderes de los órganos de las Naciones Unidas de cara a la represión contra las drogas.
2. Amplía la noción del tráfico ilícito incluyendo el blanqueo de capitales, el control de los precursores químicos, así como el cultivo, la adquisición y la presión para el consumo personal.
3. Invita a los Estados a agravar las penas en función de ciertas circunstancias (reincidencia, participación en asociaciones de traficantes, etc.).

4. Una importante innovación consiste en el sistema de control de los precursores utilizados en la fabricación de drogas.

Además de los convenios comentados, los autores Arana, Montañés y Urios mencionan como paso importante el “Tratado de Amsterdam, significando un impulso en el proceso de la Unión Europea y del fenómeno de las drogas” (2012, p. 5). Este impulso se debió al protagonismo que se le daba a la Comunidad Económica Europea para completar políticas estatales, encauzándolas hacia el abordaje de la salud pública. Este tratado entró en vigor en 1999.

Otro tratado fundamental se firmó en diciembre de 2009, denominado Tratado de Lisboa, donde según el informe elaborado por el OEDT en 2010 se “refuerza la capacidad de la Unión Europea para actuar en diversos ámbitos de la política sobre drogas” (p. 24).

*B) Los Organismos Internacionales:*

Los principales organismos internacionales con competencia en materia de drogas y de los que España forma parte se exponen en la tabla adjunta (tabla 2.1):

Tabla 2.1. Organismos Internacionales en materia de drogodependencias

ORGANISMO		WEB
Naciones Unidas	Oficina contra la Droga y el Delito	<a href="http://www.odccp.org">www.odccp.org</a>
	Junta Internacional de Fiscalización de estupefacientes (JIFE)	<a href="http://www.incb.org">www.incb.org</a>
	Organización Mundial de la Salud (OMS)	<a href="http://www.who.int">www.who.int</a>
Unión Europea	Observatorio Europeo de la Droga y toxicomanías	<a href="http://www.emcdda.org">www.emcdda.org</a>
	Información general políticas E, SCAD plus	<a href="http://www.europa.eu.int/sacdp plus">www.europa.eu.int/sacdp plus</a>
Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas, (CICAD-OEA)		<a href="http://www.cicad.org">www.cicad.org</a>
Grupo Pompidou		<a href="http://www.pompidou.org">www.pompidou.org</a>
Grupo de Acción Financiera internacional (GAFI)		<a href="http://www.oecd.org/fatf">www.oecd.org/fatf</a>
Otros	National Institute on Drug Abuse (NIDA):	<a href="http://www.nida.nih.gov">www.nida.nih.gov</a>
	National Institute on Alcohol Abuse and alcoholism:	<a href="http://www.niaaa.nih.gov">www.niaaa.nih.gov</a>
	Institute for de Study on Drug Dependence (ISDD):	<a href="http://www.isdd.uk">www.isdd.uk</a>

Fuente: Adaptado de Comisión Europea, 2002

Las funciones y el objetivo de cada una de estas organizaciones creadas a nivel internacional para el tratamiento de las drogas, se exponen a continuación.

- En el seno de las Organización de Naciones Unidas:
  - Comisión de Estupefacientes. Creada en 1946 como una de las seis comisiones del Consejo Económico y Social, es el órgano normativo central del sistema de Naciones Unidas para tratar en profundidad las cuestiones derivadas de la fiscalización del uso indebido de drogas.
  - Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID). Fundado en 1991 y con sede en Viena, se trata de un programa único que coordina y dota de dirección efectiva a todas las actividades de las Naciones Unidas con respecto al fenómeno de la fiscalización de drogas. Analiza todos los aspectos relacionados con las mismas, incluyendo actividades como el desarrollo integrado rural y la sustitución de cultivos, la aplicación de las leyes de fiscalización, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de drogodependientes, así como las reformas legislativas que ayuden a los Estados a combatir el uso indebido de drogas.
  - Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Organismo especializado de la ONU, creado en 1968, conforme a lo dispuesto en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. La función del JIFE es el de tratar de limitar el cultivo de drogas, la producción, la fabricación y el uso de estupefacientes a la cantidad necesaria para su utilización a nivel médico y científico; además de asegurar su utilización para los citados fines e impedir su cultivo, su producción, su fabricación, su tráfico y el consumo ilícito de las mismas.
  - Organización Mundial de la Salud (OMS). Con sede en Ginebra (Suiza), entró en vigor el 7 de abril de 1948, cumple la función de determinar las sustancias que deben someterse a fiscalización internacional. La OMS debe evaluar el nivel de dependencia, la utilidad terapéutica de las diferentes sustancias, la gravedad de los problemas sociales y de salud pública derivados de su uso indebido.
- En el Seno de la Unión Europea:
  - Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Fundado en 1994, con sede en Lisboa, es un órgano informativo de la Comunidad Europea cuya misión es la de proporcionar la información

- necesaria de forma objetiva, fiable y comparable en Europa sobre el fenómeno de las drogas y las toxicomanías, así como sus consecuencias.
- Comité Europeo de Lucha Antidroga (CELAD), cuya misión consiste en coordinar las actividades en materia de drogas de la Unión Europea, específicamente la colaboración con los estados productores y de tránsito, la vigilancia de las sustancias químicas necesarias para crear estupefacientes y el sector sanitario. (Arana, Montañés y Urios, 2012, p. 9). Dicho comité ha ido designándose con otras siglas conforme han ido avanzando los años, denominándose actualmente “Grupo Horizontal de drogas”, dependiente del Comité de Representantes de la Unión Europea (MacGregor y Whiting, 2010).
  - Otros organismos internacionales:
    - Grupo Pompidou. Creado en 1971 e integrado en el seno del Consejo de Europa en 1980, su sede se localiza en Estrasburgo (Francia). Es un grupo de cooperación internacional que aborda los temas de la reducción de la oferta y la demanda de las drogas ilegales. En cada país existe un corresponsal permanente que difunde los trabajos del Grupo y coordina a los expertos nacionales.
    - Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI). Surgida en la Cumbre de París de 1989 por los siete países más industrializados del mundo (Canadá, Francia, Alemania, Italia, Japón, Reino Unido y Estados Unidos). Su sede se localiza en París. Su objetivo es el de combatir el blanqueo de capitales, agrupando a los principales centros financieros mundiales: 26 Estados (entre ellos España), la Comisión Europea y el Consejo de Cooperación del Golfo, así como otras organizaciones internacionales con competencias en la materia [Fondo Monetario Internacional, Consejo de Europa, etc.].
    - Comisión Interamericana para el Control del abuso de Drogas (CICAD) Integra a 32 miembros, fue creada por la Organización de Estados Americanos (OEA) en 1986, con el fin de fomentar la cooperación multilateral entre los países miembros en el control del tráfico, la producción y el consumo de drogas. España se encuentra como país observador dentro del CICAD.

## 2.2. Legislación Española en Materia de Drogas

Para el conocimiento de la legislación española sobre el fenómeno de las drogas, se realiza un resumen de los datos ofrecidos por el PNSD (2014a, 2014b, 2014c) en materia legislativa relativa a drogas.

El Estado Español, como queda reflejado en la Constitución (1978), que es el primer texto legislativo de consulta en materia de drogas, hace alusión a velar por la salud pública de los ciudadanos y ciudadanas. Para conseguir este fin, según Becoña y Martín (2004), el Estado dispone de instrumentos jurídicos acordes al planteamiento inicial de procurar la salud pública de la ciudadanía, en este caso se cuenta con el Código Penal (1995) y sus modificaciones, la Ley de Estupefacientes (1967) y la Ley del Medicamento (1990).

A nivel social las medidas o sanciones penales son las identificadas por la ciudadanía, sin embargo, para abordar el tema de las drogodependencias es necesario tomar en consideración otras medidas preventivas, administrativas, educativas, etc. Ante esta visión represiva, los poderes públicos se ven obligados a elaborar normas administrativas de carácter prioritario para que el Derecho Penal sea el encargado de imponer las sanciones o infracciones más graves en materia de drogas.

La Ley de Estupefacientes persigue como objetivos (Becoña y Martín 2004):

- La especial actuación del Estado sobre los estupefacientes, caracterizada por un grado singular de intervención y vigilancia en todos los campos posibles, desde su producción a su consumo.
- La configuración de la cooperación internacional, estrecha y directa, como único medio para orientar y obtener un rendimiento satisfactorio de la acción interna.
- La articulación de una organización especializada, aunque integrada en los cuadros administrativos ordinarios, capaz de responder con sensibilidad y agilidad a las peculiares necesidades administrativas y policiales inherentes a la materia.
- Creación y puesta en funcionamiento de centros asistenciales especializados por toxicómanos.

Con posterioridad a la Ley de Estupefacientes, se han aprobado dos nuevas leyes de gran relevancia para el ámbito administrativo:

- Ley 25/1990, de 20 de diciembre de 1990, del Medicamento. Reconoce los estupefacientes y las sustancias psicotrópicas como medicamentos y somete su intervención a lo establecido en ella.
- Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero de 1991, de Protección de la Seguridad Ciudadana. Incide sobre el régimen legal español sobre drogas y sobre todo, en el tratamiento del consumo.

El resumen que se realiza sobre la legislación estatal en materia de drogas, de relevancia para esta investigación, sería el siguiente (PNSD, 2014a):

- Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016. Dicha estrategia modifica el Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas, para el período 2000-2008.
- Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 6/2011, de 30 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 12/1995, de 12 de diciembre, de represión del contrabando.
- Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas.
- Ley Orgánica 15/2007, de 30 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal en materia de seguridad vial.
- Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los menores.
- Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio, de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas.
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los menores.
- Ley Orgánica 12/1995, de 12 de diciembre, de represión del contrabando.



- Ley Orgánica 13/1985, de 9 de diciembre, del Código Penal Militar.
- ley 209/1964, de 24 de diciembre, penal y procesal de la Navegación Aérea.
- Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, de Protección de la Seguridad Ciudadana (artículos 23 h; 25; 26 d y 28).
- Ley 5/1998, de 22 de marzo, por la que se crea la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas.
- Ley 61/1997, de 19 de diciembre, de modificación de la Ley 36/1995, de 11 de diciembre, sobre la creación de un Fondo procedente de los bienes decomisados por el tráfico de drogas o tras delitos relacionados.
- Ley 19/1993, de 28 de diciembre, sobre determinadas medidas de prevención del blanqueo de capitales.
- Ley 3/1996, de 10 de enero, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas como susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas.
- Ley 36/1999, de 18 de octubre, de concesión del subsidio por desempleo y de integración de garantías de integración sociolaboral para los delincuentes toxicómanos que hayan visto supeditada la ejecución de su pena, de conformidad con lo previsto en la legislación penal.
- Real Decreto 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas.
- Real Decreto 5/1996, de 15 de enero, sobre la modificación del real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y de ampliación de su anexo.
- Real Decreto 783/1998, de 30 de abril, por el que se modifica el real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, estableciendo en el Ministerio del Interior el Observatorio Español de Drogas.
- Orden INT/2437/2002, de 4 de octubre, por la que se regula la composición y el régimen de funcionamiento del Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas.
- Decreto de 6 de octubre de 1977, sobre sustancias y preparados psicotrópicos.
- Orden de 14 de enero de 1981, por la que se desarrolla el real decreto 2829/1977, que regula las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos.

- Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, prescripción y dispensación.

Después de presentar el breve resumen de la normativa española, es necesario ciertas normas administrativas, importantes para el abordaje del fenómeno de las drogas, éstas serían:

1. La Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo, deroga a la anterior Ley 19/1993, de 28 de diciembre, sobre determinadas medidas de prevención del blanqueo de capitales. Conocido es por todo el mundo, las consecuencias del tráfico ilícito de drogas, reside en el manejo de importantes cantidades de dinero y de bienes inmuebles que se genera. Estos bienes pasan a incorporarse al circuito económico financiero legal, por distintas vías o métodos, lo que se denomina entre la jerga del mundo de las drogas como “blanqueo de dinero”. Es en esta ley, donde se regulan diversas obligaciones y actuaciones tendentes a impedir la utilización del sistema financiero con estos fines. Así, se encuentran sometidos a las obligaciones impuestas por esta ley un conjunto de entidades y actividades tales como: las entidades de crédito, las entidades aseguradoras autorizadas para operar en el ramo de vida, las sociedades y agencias de valores, los casinos de juego, las actividades de promoción o compraventa inmobiliaria, etc. Las obligaciones que les son exigidas son: identificación de clientes, el examen exhaustivo de aquellas operaciones que por su naturaleza puedan vincularse al “blanqueo de dinero o de capitales”, la conservación de documentos acreditativos de las operaciones y la identificación de sujetos durante cinco años, la comunicación al Servicio Ejecutivo de la Comisión de Prevención del Blanqueo de capitales e Infracciones Monetarias de operaciones sospechosas y la abstención de ejecución de esas operaciones sin haber efectuado previamente licitada comunicación.
2. Ley 36/1995, por la que se crea el Fondo procedente de los bienes decomisados por el tráfico de drogas. El objetivo de esta ley es el de posibilitar que de forma inmediata, los perjudicados de forma directa por el fenómeno de las drogas puedan beneficiarse (del cincuenta por ciento de los recursos) de los bienes decomisados por sentencia firme a los responsables de ese tráfico ilícito. Los recursos existentes en el fondo monetario serán destinados a: programas de prevención, asistencia a

drogodependientes e inserción social y laboral de los mismos, actividades relacionadas con la persecución, la represión del tráfico de drogas y la cooperación internacional en estas materias.

3. Ley 3/1996, de 10 de enero, de control de sustancias químicas catalogadas como susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas.

Establece el control administrativo sobre toda clase de operaciones que tengan por objeto las sustancias químicas catalogadas como susceptibles de ser desviadas para la fabricación ilícita de drogas (denominados precursores). Ante esta circunstancia, se ha creado un Registro General de Operaciones que se gestionan en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas.

4. Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986. No contempla referencias concretas referidas al consumo de drogas, pero tiene condición de norma básica tratando cuestiones fundamentales como: los derechos de los ciudadanos y las ciudadanas con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias (intimidad, confidencialidad), la autorización administrativa previa para la instalación y el funcionamiento de establecimientos sanitarios y la realización de programas sobre grupos de población de mayor riesgo, etc.

5. Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, sobre tratamiento con opiáceos de personas dependientes de los mismos y Real Decreto 5/1996, de 15 de enero, que reforma el anterior. Se regulan con estas normas los aspectos de que el régimen jurídico es aplicable solo cuando los tratamientos de la dependencia de opiáceos sean prescritos en pautas cuya duración sea superior a veintiún días; que en los tratamientos pueden ser utilizados distintos principios activos, no sólo la metadona sino también otros como el LAAM (agonista opioide), la buprenorfina, etc.; que los tratamientos solo pueden ser realizados por centros o servicios sanitarios públicos o privados, sin ánimo de lucro, acreditados por la Comunidad Autónoma correspondiente, también de manera excepcional pueden ser autorizadas por facultativos no integrados en aquellos centros o servicios que lo soliciten, y que basta únicamente con tener un diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos para poder acceder a estos tratamientos.

Cabe considerar, el realizar una mención al tratamiento del fenómeno de las drogas en sus distintas manifestaciones a través del Código Penal vigente, aprobado

por la Ley Orgánica, de 8 de noviembre de 1995 (González, 2000). Es de recibo, resaltar dos aspectos de importancia, que le conceden mejoras sustanciales respecto al Código Penal anterior, estos aspectos son: el tratamiento que se le otorga al consumidor de drogas, al tener en cuenta su situación entre las causas de exención y atenuación de la responsabilidad criminal y a través de la aplicación de las medidas de seguridad. Sin embargo, quedan algunos cabos sueltos, como son la ausencia de un tratamiento específico del consumidor-trafficante o de una declaración expresa sobre la exención de responsabilidad penal en los supuestos de posesión de drogas para el propio consumo.

Además de todas las leyes comentadas, se presenta una tabla resumen para comprender mejor toda la normativa existente al respecto de las drogodependencias.

Tabla 2.2. Resumen de las leyes actuales sobre drogodependencias

ÁREAS	OBJETO	LEGISLACIÓN
<b>A) Constitución Española</b>	Constitución española de 27 de diciembre de 1978.	
<b>B) Normas administrativas básicas</b>	Resolución de 2 de febrero de 2009, de la delación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la estrategia nacional sobre drogas 2009-2016.	
1. Drogas	Ley 17/1967 de 8 de abril, normas reguladoras de que la normativa sobre estupefacientes se actualizan según la convención de las naciones unidas (1961).	
2. Sustancias psicotrópicas	Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, para la regulación de las sustancias medicinales psicotrópicas, y de auditoría y control de la fabricación, prescripción y dispensación	
	Orden de 14 de enero de 1981, que desarrolla el real decreto 2829/1977	
3. Bienes decomisados	Ley 17/2003, de 29 de mayo de regulación del fondo de los bienes incautados por el narcotráfico y otros delitos conexos	
<b>C) Ajuste de la producción, uso, consumo y tráfico legal</b>	Orden de 7 mayo 1963 en la planta cultivo y cosecha para su uso en la fabricación de estupefacientes	
1. Cultivo		
2. Fabricación, el comercio, la prescripción, la dispensación y la inspección	Ley 29/2006, de 26 de julio, garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios	
3. Reglamento del tratamiento con opioides	Real decreto 75/1990, de 19 de enero, reguladora de las opiáceos	
4. Farmacovigilancia	Ley 29/2006, de 26 de julio, garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios	

ÁREAS	OBJETO	LEGISLACIÓN
D) <b>Reglamento de venta, consumo y la publicidad de alcohol y tabaco</b>		Real Decreto 1100/1978 de 21 de mayo, de regulación de la publicidad de bebidas alcohólicas en el estado de medios de comunicación
		Ley 28/2005 de 26 de diciembre medidas de salud contra el tabaco y regulación de la venta, la entrega, el consumo y publicidad de los productos de tabaco.
		Ley 42/2010, de 30 diciembre, por el que modifica la ley 28/2005 de 26 de diciembre medidas de salud contra el tabaco y regulación de la venta, la entrega, el consumo y publicidad de los productos de tabaco

Fuente: Elaboración propia

### **2.2.1. Clasificación de las drogas en España**

En torno a este fenómeno de las drogodependencias, existen multitud de clasificaciones, pero se contempla la clasificación que rige en nuestra legislación estatal.

El gobierno español no dispone de una definición concreta de lo que debe concebirse por “droga”. En la práctica solo se distinguen dos grupos de drogas, legales e ilegales, aunque existen otros muchos tipos de clasificaciones; destaca la clasificación de carácter farmacológico (tabla 2.3).

La ley jurídica española considera drogas ilegales a todas las sustancias estupefacientes incluidas dentro de la Lista I, II y IV anexas al Convenio Único de las Naciones Unidas de 30 de marzo de 1961, así como a las sustancias psicotrópicas contenidas en las Listas I, II, III y IV de la Convención de las Naciones Unidas de 21 de febrero de 1971.

Al igual que sucede con las drogas ilegales, en España no existe una definición clara de lo que se considera droga legal. Sin embargo, se identifican las citadas drogas, como aquellas que no están contenidas dentro de las citadas listas de la ONU, pero que desde un punto de vista científico, responde a los criterios que se utilizan para definir una droga. Estos criterios son: la capacidad de influir en el organismo modificando su funcionamiento natural, y la capacidad para generar adicción o dependencia, física o psíquica. Entre estas drogas se encuentran el alcohol y el tabaco.

Tabla 2.3. Clasificación de las drogas según efecto farmacológico en el organismo

<b>I. DROGAS ILEGALES</b>	<b>DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO</b>
a. Estupefacientes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cannabis: hojas, resina (hachís), aceite, derivados.</li> <li>• Coca: cocaína, estovaína, novocaína, butelina, pantocaína, crak.</li> <li>• Opio: morfina, heroína, codeína.</li> </ul> b. Alucinógenos: LSD 25, mescalina, psilocibina.           c. Estimulantes: Khat, anfetaminas y derivados, drogas de síntesis (D.M.A., M.D.M.A., M.D.E.A./MDE).           d. Psicotrópicos (susceptibles del tráfico ilegal): barbitúricos, depresores, sedativos, somníferos, otros fármacos.	1- Opioides (morfina, heroína) 2- Alcohol 3- Hipno-sedantes (benzodiazepinas, barbitúricos y otros depresores) 4- Inhalantes <hr/> <b>PSICOESTIMULANTES</b> <hr/> 1- Anfetaminas y cocaína 2- Metilenedioxianfetaminas o drogas de síntesis (MDMA, MDA, MDEA...) 3- Catinona 4- Cafeína 5- Tabaco y nicotina <hr/> <b>PSICOMIMÉTICOS</b> <hr/> 1- L.S.D. 2- Cannabis (hachís, marihuana) 3- Fenciclidina
<b>II. DROGAS LEGALES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabaco (nicotina)</li> <li>• Alcohol</li> <li>• Café (cafeína)</li> <li>• Te (Teína)</li> <li>• Disolventes orgánicos</li> <li>• Poppers</li> <li>• G.H.B.</li> <li>• Alcaloides de la belladona y otras solanáceas</li> <li>• Psicótropos no fiscalizados.</li> </ul> <p style="text-align: right;">Squeiros (2000)</p>	<p style="text-align: right;">Camí y Ayesta (1997)</p>

Fuente: Adaptado de Sequeiros (2000) y Camí y Ayesta (1997)

Para poder aclarar la clasificación de las drogas expuesta en el tabla 2.3, se explica brevemente el efecto que causan en el Sistema Nervioso Central:

- √ Drogas depresoras: Producen una disminución del funcionamiento del Sistema Nervioso Central. Se suelen caracterizar por provocar relajación, sedación e inducir el sueño, dificultar la coordinación motora y resultar analgésicas. Se incluyen en este apartado el alcohol, los opiáceos (como la codeína, la morfina, la heroína y la metadona) y las benzodiazepinas y barbitúricos.
- √ Estimulantes: Aumentan el funcionamiento del Sistema Nervioso Central. Suelen producir euforia y energía, a la vez que taquicardia o insomnio, disminución de las sensaciones de cansancio, hambre,... y un aumento de

la actividad motora. Estamos hablando de drogas como la cocaína, la nicotina y las anfetaminas.

- √ Perturbadoras: Alteran la percepción de los sentidos y pueden llegar a producir alucinaciones visuales, auditivas o sensoriales. Su principal característica es que tienen la capacidad de crear cuadros psicóticos. Nos referimos a sustancias como el LSD o la mescalina. Son las que producen una disminución del funcionamiento del Sistema Nervioso Central. Se suelen caracterizar por provocar relajación, sedación e inducir el sueño, dificultar la coordinación motora y resultar analgésicas. Se incluyen en este apartado el alcohol, los opiáceos (como la codeína, la morfina, la heroína y la metadona) y las benzodiazepinas y barbitúricos (Proyecto TOI, 2012; Camí, citado en Tuozé, 2005).

Esta clasificación es la más usada en la comunidad científica; ya que, se considera la clasificación más completa. Hace referencia a los efectos que causan cada droga en el organismo y, para el abordaje del fenómeno de las adicciones en el ámbito preventivo se propone como la más completa.

Para poder comparar con la clasificación comentada, otras variables a tener en cuenta para clasificar a las distintas drogas son:

- Atendiendo a su estatus jurídico. Se puede hablar de legales e ilegales, teniendo en cuenta el país en el que nos situemos.
- Según su origen. Se refiere a drogas naturales o sintéticas, según sean extraídas directamente del producto del que se obtienen o si existe algún tipo de proceso químico que haga que la sustancia original varíe sustancialmente su composición.
- Atendiendo a la peligrosidad de las sustancias, considerando la toxicidad de la sustancia y la rapidez para ocasionar dependencia. Desde este punto de vista aparecen en primer lugar el opio y sus derivados, posteriormente los barbitúricos y el alcohol. La cocaína y anfetaminas son consideradas en tercer lugar, y por último los derivados del cannabis y el LSD. Esta clasificación es eminentemente médica y, por lo tanto, susceptible de reducir la percepción de riesgo en las “menos peligrosas”, por lo que se podría fomentar su consumo.

Para concluir el tema de la normativa legal de la drogadicción, debe resaltarse que de diecinueve Comunidades y Ciudades Autónomas con las que cuenta el Estado Español solo catorce disponen de leyes específicas sobre drogas; de entre estas se destaca la Comunidad Autónoma de Andalucía, por situarse este estudio dentro de su

ámbito geográfico. En dicha comunidad la Ley de Regulación de la Drogadicción es la Ley 4/1997, de 9 de julio, referida a prevención y asistencia en materia de drogas. Esta ley surge para dar respuesta a los problemas derivados del consumo de drogas y para mejorar todas las actuaciones que en dicha materia se venían realizando. Desde la Junta de Andalucía, se vio la necesidad de definir un instrumento normativo unitario que, desde un enfoque global de las drogodependencias, aborde la regulación de determinadas materias desde las distintas dimensiones que presenta la atención a dicho problema en la sociedad andaluza. Por ello, esta Ley plantea el modelo de atención a las drogodependencias, incluyendo la prevención y la integración social, y dispone, asimismo, de un conjunto de actuaciones orientadas a dar respuesta a las consecuencias sociales derivadas del consumo de drogas, en el ámbito competencial andaluz. Para ello, la mayor colaboración de las distintas Administraciones Públicas y el conjunto de la sociedad se considera en la Ley un objetivo preferente.

A modo de resumen, las normativas administrativas más importantes en la Comunidad Autónoma de Andalucía, recogido por el PNSD (2014c) son:

- Ley 12/2003, de 24 de noviembre, para la reforma de la Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de drogas, modificada por la ley 1/2001, de 3 de mayo.
- Orden de 13 de junio de 1994, que desarrolla la oficina de Andalucía para la colaboración en las medidas contra el narcotráfico.
- Decreto 68/1994, de 22 de marzo, por el que se establecen medidas especiales en materia de drogodependencia.

### **2.3. Marco Institucional: El Plan Nacional sobre Drogas**

El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) es una iniciativa gubernamental destinada a coordinar y a potenciar las políticas que se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España en materia de drogas.

El establecimiento de la línea de acción coordinada constituye la base y el eje fundamental del PNSD. Las razones que justifican este modelo de actuación basado en la coordinación son: por una parte la multiplicidad de factores que influyen en el fenómeno de la drogadicción, tanto por las innumerables causas que las provocan como por las diversas consecuencias que produce; por otra, no resulta concebible la existencia de un centro directivo de la Administración Pública capaz de satisfacer todas las necesidades que provoca el fenómeno de la droga. Las innumerables



actividades tanto a nivel educativo, sanitario, policial, etc., que se llevan a cabo con respecto a los campos de la prevención, la asistencia, el control de la oferta y la reinserción social de las personas adictas moviliza a un número infinito de recursos humanos, técnicos y materiales. A todas estas actividades se le añade la distribución de competencias que existen en torno a esta temática por parte de la Administración del Estado, la Autonómica y la Local.

El PNSD se sustenta de la participación de distintos departamentos de las administraciones reseñadas anteriormente y de la iniciativa social, lo que produce una estructura organizativa muy compleja. Por tanto, dicha estructura se articula en tres grandes ejes:

- a) En el ámbito de la Administración Central y dirigida a garantizar la coordinación horizontal, existe un Grupo Interministerial, al que se le atribuye la adopción y la propuesta al Gobierno de las medias y actuaciones concernientes a esta temática, cuya competencia corresponde al Estado.

Este Grupo Interministerial está presidido por el Ministro del Interior (en cuyo ministerio se ubica la Delegación del Gobierno para el PNSD desde el año 1993), y forman el mismo los Ministros de Justicia, Educación, Cultura y Deportes, Sanidad y Consumo, y de Trabajo y Asuntos Sociales, así como los Secretarios de Estado de Hacienda, de Economía de relaciones con las Cortes. La secretaria de este grupo la realiza el Delegado del Gobierno para el PNSD. La Delegación del Gobierno para el PNSD constituye el eje vertebrador e impulsor de las políticas que se puedan realizar en el campo de las drogodependencias, actuando también como coordinador de las estructuras organizativas que se han ido creando al efecto.

En el organigrama interno de la citada Delegación existen tres Subdirecciones Generales:

- De carácter técnico; dedicada a desarrollar los programas que se llevan a cabo en las áreas de prevención, asistencia e investigación.
- Responsable de los temas económicos y presupuestarios.
- De relaciones internacionales.

Así mismo, cuenta con dos gabinetes, uno de evolución y otro de coordinación, que ejercen funciones de análisis y valoración del narcotráfico, y de coordinación de las investigaciones que se llevan a cabo dentro de dicho ámbito. Finalmente, se encuentran adscritos al Ministerio del Interior a través de esta Delegación del Gobierno, los Consejos Superior y Asesor de lucha contra el tráfico de drogas y blanqueo de capitales, donde se encuentran

integradas autoridades y funcionarios de diferentes órganos con competencias en esta materia.

b) En lo referente a la relación entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas, hay que recordar que estas cuentan con personalidad jurídica propia y ejercen sus competencias autonómicas a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas. La relación entre ambas administraciones se realiza a través de dos órganos:

- La Conferencia Sectorial: órgano de decisión política, presidida por el Ministro del Interior, constituida por los miembros del Grupo Interministerial y los Consejos responsables de la política de drogodependencias de las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA).
- La Comisión Interautonómica: presidida por el Delegado del Gobierno para la PNSD, forman parte de esta los responsables directos de los Planes Autonómicos sobre Drogas existentes en las CCAA, que eleva propuestas de carácter técnico a la Conferencia Sectorial y ejecuta las directrices emanadas de la misma.

c) La participación de la sociedad civil; esto significa, que las organizaciones no gubernamentales, fundaciones, etc.; se articulan mediante varias fórmulas de cooperación [comisiones mixtas de coordinación, comités técnicos del Observatorio Español sobre Drogas...] para el desarrollo de diferentes programas de prevención, formación e investigación sobre esta temática. Esta actividad de coordinación es complementada con otra de fomento a través de órdenes de ayudas económicas.

El PNSD establece como líneas de actuación las siguientes:

- Promover una política de prevención que haga posible una disminución de la oferta y de la demanda de drogas.
- Impulsar y fortalecer una red de centros y servicios para asistencia y la rehabilitación de personas con problemas relacionados con el consumo de drogas, promoviendo su incorporación a la vida social.
- Desarrollar las reformas legales necesarias para afrontar con éxito los aspectos relacionados con el consumo y tráfico de drogas.
- Coordinar la actuación conjunta y eficaz de todos los organismos del Estado destinados al control de la oferta.

- Impulsar los programas y actividades que las distintas instituciones autonómicas, locales y las organizaciones no gubernamentales realizan en este ámbito.
- Fomentar la responsabilidad y la participación de todos los ciudadanos.

La Estrategia Nacional sobre Drogas recoge un conjunto de metas y objetivos que las administraciones públicas plantean alcanzar, en un periodo de 8 años, en diferentes ámbitos de actuación, como son: prevención, reducción de daños, asistencia, reinserción social, control de la oferta, cooperación internacional, legislación, investigación, formación, evaluación y sistemas de información.

Finalmente, los principales componentes del PNSD son:

- Delegación del Gobierno para el PNSD, que es el órgano de impulso y coordinación desde la Administración Central.
- Planes Autonómicos sobre Drogas, que tienen la mayoría de las competencias en el ámbito de la reducción de la demanda.
- Planes Municipales, que impulsan muchos grandes ayuntamientos.
- Organizaciones no Gubernamentales y la iniciativa privada, que desempeñan un imprescindible papel en este campo (dentro de esta línea se localiza la Asociación Proyecto Hombre, que en capítulos posteriores será comentado).

El apartado que realmente interesa en este trabajo es el referido a la prevención de las adicciones; por tanto, el PNSD aborda entre otros aspectos la Prevención, Reinserción y Reducción de las consecuencias de las adicciones tomando como objetivos los siguientes:

- Sensibilizar y movilizar a la sociedad para generar una cultura de rechazo a las drogas mediante el fomento de sus propios valores y recursos.
- Informar y educar a la ciudadanía, especialmente menores y jóvenes, para que desarrollen estilos de vida positivos, saludables y autónomos.

En la consecución de estos objetivos deberán trabajar de forma coherente e integrada las distintas Administraciones, las Organizaciones Sociales, las familias, los educadores y las educadoras, los medios de educación y, en suma, la sociedad en su conjunto. Las acciones y programas a impulsar se aplican en los siguientes ámbitos de intervención: escolar, comunitario y de los medios de comunicación.

El apartado referido a la Prevención de drogodependencias se desarrollará más ampliamente en el capítulo correspondiente.

Además de las directrices generales comentadas, la aprobación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, el 17 diciembre de 1999, además de marcar un avance en la respuesta institucional por parte de España ante las drogas, representa el comienzo de un nuevo Plan Nacional. Este documento realiza una redefinición de las políticas nacionales para adecuarlas a la realidad del fenómeno de las drogas (PNSD, 2000a).

En este período, se encuentra en vigencia la II Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (véase anexo 2), que mejora lo aportado por la Estrategia anterior, incluyendo novedades para tratar el tema de las adicciones a nivel nacional; tomándose como referente de trabajo para el resto de administraciones autonómicas y locales.

Como notas características con respecto a la anterior Estrategia se señala la inclusión de la perspectiva de género, por un planteamiento integral de todas las intervenciones, sin perjuicio del énfasis en la prevención, que tiene que ser privilegiada en el área de la reducción de la demanda, en todos los ámbitos, y por el llamamiento a la implicación de toda la sociedad para que tome parte activa en la respuesta al fenómeno de las drogas.

Realizando un repaso sobre los logros obtenidos por la I Estrategia Nacional en el período comprendido entre 2000 y 2008, se resumen en los siguientes puntos (PNSD, 2009):

- Se ha continuado con la disminución progresiva del número de usuarios que consumían drogas por vía parental.
- Siguen estando presentes entre las personas usuarias de drogas por vía parental a los niveles de infección por VIH y virus de la hepatitis, así como conductas sexuales y hábitos de inyección de riesgo; sin embargo, se ha disminuido el incremento de nuevos diagnósticos por infección de VIH, por los propios usuarios con estos patrones de consumo.
- Durante un período prolongado de tiempo se ha frenado el consumo de cannabis y cocaína entre la población adolescente. Los datos apuntan a que se está produciendo un proceso de estabilización o incluso de descenso en el consumo de estas sustancias entre los jóvenes con edades entre los catorce y dieciocho años.
- Se ha producido un descenso progresivo de forma discreta de la mortalidad por consumo de drogas ilegales, aunque los datos reflejan que los muertos por esta causa en 2004 fueron de 800.

- El proceso de descenso del consumo de heroína se ha paralizado, ya que se considera que existe una estabilización o incluso un incremento en el consumo, principalmente de esta sustancia en su proceso fumada.
- Hemos conseguido un descenso en el consumo de tabaco, pero la proporción de personas fumadoras sigue siendo alta. Se estima que se ha producido un descenso de consumidores de bebidas alcohólicas, aunque ha aumentado la frecuencia de episodios de consumos abusivos “borracheras”.

Una vez conocidos los logros de la I Estrategia Nacional sobre Drogas, se realiza un repaso sobre los datos actuales que apunta el PNSD para poder explicar la nueva Estrategia Nacional.

El PNSD, a través de la Encuesta Bienal Domiciliaria sobre Alcohol y drogas en España, denominada EDADES, que realiza Observatorio Español sobre Drogas para las personas adultas con edades comprendidas entre los 15 y 64 años, presenta las cifras de consumo de drogas. Los resultados de la citada encuesta exponen que la droga ilegal más consumida en nuestro país es el cannabis con un porcentaje del 27,4%, iniciándose alguna vez en la vida seguida de la cocaína en polvo con un 8,8%.

Con respecto a las drogas legales más consumidas siguen siendo alcohol, tabaco. En este año 2011, se observa un incremento en el consumo de hipnosedantes; concretamente el 17,1% de la población encuestada afirma haber consumido tranquilizantes alguna vez en su vida, produciéndose así un incremento de 6.1 puntos porcentuales con respecto al año 2009. El nivel de prevalencia en los últimos doce meses de los hipnosedantes se sitúa entono al 9,8%. Por lo que, estos datos nos muestran que el consumo de hipnosedantes supera la prevalencia del consumo de cannabis, pasando a ser la tercera sustancia legal más consumida por la población española. El alcohol se sitúa en un porcentaje del 76,6% y el alcohol en un 40,2%.

Revisando la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES), de carácter bianual, destinada a la población con edades comprendidas entre los 14 y 18 años, se observa para el curso 2012-2013, que las drogas legales consumidas por mayor porcentaje sigue siendo alcohol (81,9%), tabaco (35,3%); con respecto a las drogas ilegales se encuentra el cannabis (26,6%), los hipnosedantes (11,6%), la cocaína (2,5%) y el éxtasis (2,2%).

Según los datos de la encuesta realizada por el Observatorio sobre Drogas, las drogas legales son más consumidas por las mujeres y las ilegales por los hombres. La edad media del consumo de drogas se sitúa sobre los 13 y los 16 años. Las

principales sustancias en las que se inician a los 13 años son tabaco, alcohol e inhalantes; a los 14 años hipnosedantes, heroína y cannabis. La cocaína y el resto de drogas del mercado se inician a partir de los 15 años.

Atendiendo al consumo de cannabis, en 2012 se frena la tendencia del consumo descendiente iniciada en 2004. Un dato muy importante a considerar en la prevalencia del consumo de riesgo en el último año, se pasa de un 13,3 en 2006 a un 16,1% en 2012. El rendimiento escolar en el consumo de cannabis, tanto en las calificaciones como a repetir curso, se sitúa en el 44% del alumnado encuestado que ha repetido curso siendo consumidor.

Los y las adolescentes perciben el alcohol (90%), el cannabis (69,4%) y los hipnosedantes (53,4%) como sustancias de fácil disposición. Junto a este dato, el riesgo percibido sobre el consumo, sitúa al alcohol como la sustancia menos peligrosa, y la más peligrosa el tabaco, incluso más que el cannabis.

Se destaca que el consumo abusivo de alcohol en los jóvenes se produce, en relación a bebidas alcohólicas destiladas de alta graduación.

Vista la panorámica actual con respecto al consumo oficial de sustancias legales e ilegales en nuestro país, según las encuestas registradas por el PNSD del año 2008, se detallan los principios rectores que rigen esta nueva Estrategia Nacional sobre Drogas.

Tabla 2.4. Principios Rectores de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008

La consideración de la evidencia científica.	En función de la misma y de los criterios objetivos de efectividad y eficiencia se definirán, priorizarán y desarrollarán las intervenciones.
La participación social	Mediante la sensibilización y concienciación de la sociedad en su conjunto, a fin de que se involucre de forma directa en este tema. Se prestará una especial atención a la identificación, motivación e implicación activa de los grupos poblacionales que se hallan en situaciones de mayor vulnerabilidad.
La intersectorialidad	Ofrece un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar, y aspira a una optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes.
La integralidad	Comprende tanto el objeto de la Estrategia, que contempla las drogas legales e ilegales, como el ámbito de las intervenciones, que incluye la reducción de la demanda y el control de la oferta.
La equidad	Garantiza la igualdad efectiva de todos los ciudadanos en el acceso a los diferentes programas y servicios, contemplando la resolución o reducción de las desigualdades que afectan a las personas.
El enfoque de género	Asume la responsabilidad de incorporar esta perspectiva en todos los objetivos señalados en la Estrategia, y de hacer posible su efectividad en las acciones desarrolladas para conseguir los mismos.

Fuente: Adaptado del PNSD, 2000a

Los objetivos generales que plantea la II Estrategia Nacional, recogidos en el documento creado al efecto por el PNSD (2009, p. 46) son:

- Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de la sociedad en su conjunto para que se convierta en parte activa en su solución.
- Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos.
- Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas.
- Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.
- Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas.
- Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.
- Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.
- Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a regular y controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.
- Aumentar los mecanismos de control económico sobre los procesos de blanqueo de dinero, profundizando la colaboración con las autoridades administrativas competentes en materia de prevención del blanqueo de capitales y de acuerdo con los criterios establecidos con carácter general en este ámbito por la Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias.
- Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.
- Incrementar y mejorar la investigación con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento.

- Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas.
- Optimizar la coordinación y cooperación, tanto en el marco del Estado Español como en el marco europeo e internacional en general.

Continuando con la II Estrategia Nacional sobre Drogas su finalidad es la de actualizar el PNSD, orientando, impulsando y coordinando las diferentes actuaciones en materia de drogas y drogodependencias que se desarrollen durante el período 2009-2016; sirviendo de eje conductor para coordinar, colaborar y cooperar entre las diferentes administraciones públicas y las organizaciones no gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias.

Por tanto, la II Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (PNSD, 2009) es un documento fruto de la reflexión colectiva, de la Administración del Estado y las Administraciones de las Comunidades y Ciudades Autónomas, la de los agentes sociales y la de los expertos, ante la forma y dimensiones que presentan hoy el fenómeno de las drogas en España. Dicho documento formula propuestas consensuadas entre todos los agentes sobre la manera en que este fenómeno debe ser abordado.

Es a partir de estas propuestas, cuando desde la Delegación del Gobierno para el PNSD se elabora el primer Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012, que la Comisión Interautonómica ha adoptado, en el que se contienen las acciones que se están desarrollando para alcanzar los objetivos que marca la Estrategia para el año 2009 hasta 2016.

Todas estas estrategias y planes de actuación en materia de adicciones necesitan de una concienciación general acerca del riesgo tanto para la salud como para el bienestar personal de la población general; necesitando del mismo modo la implicación de toda la ciudadanía para dar solución a esta situación.

En definitiva, este es el reto que se le plantea al PNSD donde a través del Plan de Acción está dando respuesta a los objetivos que se proponen en la II Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016.

En palabras de la Carmen Moya, Delegada del Gobierno para el PNSD en el período que se da a conocer este II Plan, explica la importancia de incorporar en este Plan la dimensión de la salud pública como un componente social en las políticas de drogas. Sostiene que el Plan de Acción persigue apostar por las mejoras de las intervenciones y garantizar su calidad, utilizando para ello la coordinación de actividades entre todas las Administraciones, contando a su vez, con las



organizaciones no gubernamentales para poder poner en marcha las medidas que se exponen en dicho Plan.

Los principales pilares sobre los que se asientan los objetivos del Plan de Acción se dividen tres puntos fundamentales (PNSD, 2010):

- 1- Coordinación
- 2- Reducción de la demanda. Subdividido en:
  - 2.1- Prevención
  - 2.2- Disminución del riesgo y reducción del daño
  - 2.3- Asistencia e integración social
- 3- Reducción de la oferta

En cada uno de los pilares comentados anteriormente el Plan presenta una serie de objetivos en los que está trabajando para desarrollar las actividades y acciones en todos los ámbitos de la sociedad. Para facilitar la comprensión se presentan dichos objetivos en la siguiente tabla.

Tabla 2.5. Pilares y Objetivos del Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012

PILARES		OBJETIVOS
Coordinación		Optimizar la coordinación y cooperación en el marco del Estado español.
Reducción de la demanda	Prevención	Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos, y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.
		Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados.
		Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas.
		Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.
	Disminución del riesgo y reducción del daño	Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.
Asistencia e integración social		Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas. Normalizar la asistencia sanitaria a los drogodependientes en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.
		Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de reparación e inserción laboral.

PILARES	OBJETIVOS
Reducción de la oferta	Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.
	Aumentar los mecanismos de control económico sobre los procesos de blanqueo de dinero, profundizando la colaboración con las autoridades administrativas competentes en materia de prevención del blanqueo de capitales, y de acuerdo con los criterios establecidos con carácter general en este ámbito por la Comisión de Prevención del Blanqueo de capitales e Infracciones Monetarias.
	Incrementar y mejorar la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento.
	Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas.

Fuente: Adaptado del PNSD, 2010

En definitiva, lo que persigue en Plan de Acción sobre Drogas es unificar criterios y actuaciones desde las Administraciones nacionales, autonómicas y locales, para generar un mayor efecto en la sociedad y, evitar en la medida de lo posible actuaciones contrarias que impidan cumplir la II Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016.

Todos los objetivos presentados en el tabla 2.5, pueden conseguirse si desde cada administración se trabaja para obtener una redes de comunicación fluida, si se apuesta por la reducción de la demanda buscando el desarrollo personal de habilidades de afrontamiento ante la experimentación del consumo de drogas, proponiendo alternativas, hacer hincapié en la reducción del daño derivado del consumo y trabajando para reducir el riesgo. Además de garantizar y facilitar la asistencia a aquellas personas que necesitan ser tratadas. Junto a todo esto no se puede olvidar la reducción de la oferta; en este caso en concreto, es la legislación y los agentes encargados de su cumplimiento los que deben realizar una ardua labor. La investigación en materia de drogodependencias, es primordial para diseñar actuaciones acordes a las necesidades, basándonos en los ámbitos de la prevención, el tratamiento y la reinserción.

Para finalizar, se presenta el segundo Plan de Acción sobre drogas 2013-2016 (véase anexo 1), que se integra dentro de la II Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016. En este Plan se mantienen las acciones que se iniciaron en el Plan 2009-2012. Como novedad, este Plan se enmarca dentro de la reciente aprobada Estrategia de la

Unión Europea (U.E.) en materia de lucha contra la droga 2013-2020 (DOUE 29/12/2012). Esta estrategia europea pretende contener el marco político general y las prioridades de actuación de la U.E. en materia de lucha contra la droga de todos los países miembros y las instituciones de la U.E. para el período 2013-2020. Los principales objetivos que se persiguen son:

- Contribuir a reducir de forma cuantificable la demanda de droga, la dependencia de la droga y los riesgos y perjuicios sociales y para la salud relacionados con la droga.
- Contribuir a la desorganización del mercado de las drogas ilegales y a una reducción cuantificable de la disponibilidad de estas
- Fomentar la coordinación mediante un discurso y análisis activos de la evolución y los retos que se plantean en el ámbito de la droga a nivel internacional y de la U.E.
- Seguir reforzando el diálogo y la cooperación entre la U.E. y terceros países y organizaciones internacionales en materia de drogas.
- Contribuir a una mejor difusión del control, investigación y evaluación de los resultados y a una mejor comprensión de todos los aspectos del fenómeno de la droga y del impacto de las intervenciones a fin de promover datos empíricamente contrastados, sólidos y generales que fundamenten las medidas y acciones.

Este nuevo Plan de Acción 2013-2016 contempla 36 acciones, en 6 ejes fundamentales. Los principales ejes son:

- 1- Coordinación: Referida a la coordinación nacional entre las Administraciones central, autonómica y local.
- 2- Reducción de la demanda: Centrándose en la Conciencia Social, el aumento de las habilidades y capacidades, retrasar la edad de inicio, reducir el consumo y los daños asociados al consumo, asistencia de calidad e inserción sociolaboral.
- 3- Reducción de la oferta: Abordando el control de la oferta sustancias ilegales y el Blanqueo de capitales.
- 4- Mejora del conocimiento: Atendiendo la Investigación y mejora del conocimiento, junto con la Evaluación.
- 5- Formación.
- 6- Coordinación internacional.

Para concluir, se expone una síntesis de la evaluación de la I Estrategia Nacional sobre drogas 2000-2008, para poder comprender las acciones emprendidas en la II Estrategia Nacional 2009-2016.

En esta evaluación nos centraremos en el eje referido a Prevención, ya que son los principales factores que nos interesan para nuestra investigación.

Las principales conclusiones registradas son:

- Se han mejorado los sistemas de coordinación entre el sector educativo y el de las drogas mediante la creación de comisiones mixtas y la elaboración de criterios de calidad que se aplican a los programas y filtros que seleccionan los programas que llegan al aula.
- Algo más de la mitad de los Planes Autonómicos de drogas acreditan los programas y los materiales que implementan en el aula. La mayoría de los programas que se acreditan son de prevención universal y se dirigen a estudiantes a partir de 11 a 12 años.
- Ha aumentado el porcentaje de profesorado que trata el tema de las drogodependencias en el aula, aunque la mayoría lo hace de manera puntual y muchos no han recibido formación para ello, lo que indudablemente afecta a la efectividad de sus intervenciones.
- Se ha incrementado el porcentaje de alumnos que reciben información sobre drogas en el aula, aunque la escuela no parece la fuente de información más relevante para ellos.

En definitiva, ha habido indudables avances en prevención escolar en los aspectos relacionados con los sistemas y mecanismos de acreditación de programas de prevención y la coordinación con el sistema educativo para alcanzar un desarrollo satisfactorio. Del mismo modo, se disponen de programas que han demostrado su eficacia y que pueden ser tomados como modelo de trabajo. Sin embargo, la aplicación de programas en el aula y la formación de profesorado deberían intensificarse. La cobertura de los programas es mayor en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria, pero deben intensificarse los esfuerzos para el resto de ciclos educativos y para los grupos en situación de mayor riesgo.

A tenor de estas conclusiones, esta investigación pretende servir de punto de partida para continuar el trabajo en prevención escolar, en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria con un programa evaluado, con el objetivo de iniciar el proceso de diseño de nuevos programas para el resto de las etapas educativas que actualmente se encuentran sin opciones para desarrollar programas fiables de prevención escolar como en educación infantil, primaria y entornos prelaborales, etc.

## **Capítulo III: La Reeducción Social de personas con problemas de drogas**

### **Introducción**

Para atender al fenómeno de las drogodependencias es necesario conocer la pedagogía social y analizar las causas del problema de consumo de drogas de las personas que acuden a un centro especializado en busca de ayuda.

Además, deben las teorías y modelos en los que se basa el tratamiento de las adicciones tanto en adolescentes como en personas adultas.

Del mismo modo, se esbozan las alternativas existentes para el tratamiento de la persona usuaria, partiendo de una base incuestionable, sin voluntad de la persona ningún tratamiento conseguirá desintoxicar y rehabilitar a una persona.

### **3.1. La Pedagogía Social y la Atención Educativa a las personas Drogodependientes**

Para poder abordar la atención educativa a las personas adictas, es necesario realizar actividades educativas en los distintos programas de tratamiento y rehabilitación.

Antes de exponer las teorías que sustenta el tratamiento de las drogodependencias, se esboza el significado de la ciencia que hace posible que se aborde el método de rehabilitación de las personas drogodependientes, esta ciencia es la Pedagogía Social.

Por Pedagogía Social, se entiende como apunta Quintana (1994, p. 19), “como la ciencia de la Educación Social, que tiene por objeto conseguir la madurez social del individuo, es decir, su capacidad de contribuir al bien común”.

Chouinard, Milley y Bradley (2014, p. 142) consideran que la Pedagogía Social “se ocupa de la enseñanza y los aprendizajes que ocurren fuera del sistema educativo formal..., se interesa distintivamente por el fomento de mejores condiciones y oportunidades sociales para la gente y grupos marginados y sin privilegios”.

En definitiva, la Pedagogía Social, debe ir más allá de saber qué cosa debe hacer la educación para la sociedad, educando al sujeto; además debe definir qué debe hacer la sociedad para poder ser educadora.

Por tanto, la Pedagogía Social se convierte en pilar fundamental tanto para tratar a las personas adictas, como para tenerla en consideración a la hora abordar iniciativas y actividades para llevar a cabo de forma global en la sociedad; es decir, para prevenir el consumo de drogas, junto con el tratamiento y resocialización de la persona con problemas de adicciones.

### **3.1.1. Objetivos de la Pedagogía Social**

Los objetivos de la Pedagogía Social que presenta Quintana (1994, p. 24) son:

- Del ciudadano, referido a una correcta socialización de los individuos.
- De la intervención pedagógica, convirtiéndose en el remedio de ciertas necesidades humanas que aquejan a nuestra conflictiva sociedad.

El primer objetivo se centra en la Educación Social en general, realizando una adecuada socialización de los individuos que componen nuestra sociedad.

Sin embargo, el segundo objetivo se refiere al trabajo que deben realizar los asistentes sociales, psicólogos, pedagogos, sociólogos, etc.

Hämäläinen (citado por Chouinard et al., 2014, p. 147) establece que la Pedagogía Social se centra diversamente en:

- Mejorar las condiciones de la sociedad relacionadas con la educación y el desarrollo humano para promover la ciudadanía activa, la democracia, la inclusión y la participación, y para prevenir la desintegración social, la exclusión y la opresión;
- Fomentar acciones comunitarias de educación y desarrollo humano para promover habilidades sociales, cultura comunicativa y para prevenir el aislamiento, la soledad, y malas relaciones entre las personas; y
- Mejorar el bienestar social, a través de medios educativos, sobre todo para promover la inclusión y el bienestar social y prevenir la exclusión, la pobreza, la miseria, y los problemas psicosociales.

Concluyendo, los principales elementos que se abordan desde la Pedagogía Social, es la atención a los ciudadanos y la reeducación de personas en situación de riesgo y conflicto. En este sentido, estos objetivos hacen que cobre fuerza la hipótesis de introducir las orientaciones de la Pedagogía Social, para afrontar los tratamientos

de rehabilitación y resocialización existentes en nuestro entorno, además de considerarlos a la hora de elaborar intervenciones preventivas y de educación a la ciudadanía.

### **3.1.2. La Pedagogía Social y la Resocialización**

Las sociedades occidentales están consiguiendo importantes avances que permiten alto niveles de bienestar para segmentos concretos de la ciudadanía. Sin embargo, persisten colectivos que se encuentran en la frontera de la inadaptación, la marginación y la exclusión social. Estos colectivos se pueden aglutinar en transeúntes, inmigrantes, internos procedentes de prisión, personas drogodependientes, refugiados, discapacitados sin recursos, familias monoparentales con cargas, minorías étnicas, etc. (López Noguero, 2005).

Por este motivo, se hace necesario abordar el término de la inadaptación social dentro de la perspectiva de la Pedagogía Social, para conseguir una resocialización adecuada y duradera de estos colectivos. Es por eso que, el estudio se centra en el colectivo de personas drogodependientes.

López Noguero (2005), entiende por inadaptación aquellas circunstancias que:

Implican la separación de una persona o grupo respecto a la sociedad global y que suelen aplicarse connotaciones diferentes a variedad de grupos. Debido a la No aceptación de los valores y normas dominantes en la sociedad o por un trato discriminatorio respecto a la participación en los bienes materiales y simbólicos. (p. 63).

En este sentido, Quintana (1994) expone que la inadaptación social se deriva de diferentes orígenes:

De origen constitucional (heredada), existencial (condicionada psicológicamente por carencias afectivas básicas que han ocasionado en el individuo una inmadurez emocional), social (cuando constituye en el sujeto una reacción al rechazo con que lo ha tratado la sociedad) o cultural (cuando se lleva un tipo de vida o de costumbres que apartan de las establecidas y aceptadas por la gran mayoría). (p. 417).

La inadaptación supone un apartarse de las normas establecidas por la sociedad. La sociedad crea dificultades de adaptación a las personas que realizan conductas antisociales, provocándoles problemas de ajuste personal, de convivencia y de educación.

Como se ha comentado anteriormente, dentro del término inadaptado, se incluyen todas las personas que realizan conductas antisociales contrarias a las normas establecidas por la sociedad, como puede ser el consumo y abuso de drogas.

Zavalloni y Parente (1973), nos comentan lo que debe hacer el educador ante la adolescencia y juventud inadaptada; su trabajo no consiste en “soportarlos” sino procurarles una inserción satisfactoria en la vida del grupo. A esta conducta se le denomina “reinserción”.

En esta línea, Izquierdo (2001), señala que para poder hacer frente a los problemas de conducta de colectivos desfavorecidos:

No se trata de encontrar en el individuo un virus maligno, como hace la medicina y eliminarlo, ni tampoco de descubrir las causas intrapsíquicas. Es la conducta la que debe cambiar. Las causas deben buscarse más bien en la relación del sujeto con su familia, ambiente cercano, etc. (p. 385).

Sin embargo, como expone López Noguero (2005), la educación en estas situaciones conflictivas es un arma poderosísima que permite transformar la realidad. Por lo que, es “a través de la Educación Social Especializada desde donde se puede actuar facilitando estrategias socioeducativas concretas para solucionar los problemas de la inadaptación, introduciendo la pedagogía al trabajo social y asistencial con los sectores más desfavorecidos de la comunidad” (p. 65).

Las estrategias socioeducativas permiten en la intervención terapéutica, la modificación de conductas para conseguir una reinserción social adecuada y satisfactoria para la persona. La acción terapéutica denominada reinserción “conlleva una dimensión interdisciplinar, refiriéndose a los campos médicos, psicológicos, pedagógicos, sociales” (Quintana, 1994, p. 419).

Se tiende a reestructurar la personalidad del individuo a través de una doble vertiente (Op. Cit.1994, p. 423):

- a) De tipo psicológico sobre la personalidad del individuo.
- b) De orden sociológico sobre el entorno social en que vive.

La *vertiente psicológica* aborda los siguientes objetivos para conseguir cambiar en el individuo:

- Intentar restablecer el equilibrio perdido.
- Reestructurar el “yo” débil y deteriorado.
- Mejorar la capacidad relacional del individuo.
- Ayudar al joven para que se forme una comprensión del mundo y una visión crítica de la sociedad.



Con respecto a la vertiente sociológica, la reeducación tiene como fines:

- Establecer contacto con la familia del joven, que ha sido para él la principal retransmisora de los conflictos de la sociedad.
- Establecer contacto con los otros grupos sociales que constituyen el entorno social del chico: el lugar de trabajo, el centro de diversión, la calle, lugares de encuentro...

Por tanto, la reeducación persigue que la persona sea capaz de restablecer su personalidad acorde con las normas sociales. Lo que interesa es que la persona comprenda los comportamientos que debe cambiar, debido a que no son correctos y, convertirlos en prosociales.

La metodología que se sigue, según establece Mercedes Serrano (2005) para alcanzar ese cambio en la persona en el proceso de reinserción, consiste en:

- a) La recuperación o adquisición de pautas de conducta que permitan establecer relaciones positivas y adecuadas con su medio social. Esto se refiere a hacerse responsable de sus actos, desarrollar estrategias para tomar sus propias decisiones, aumentar la tolerancia la frustración y a la aceptación abierta de los problemas y, por último, aceptar responsabilidades.
- b) Normalización de la convivencia familiar. Posibilitando el desarrollo y la recuperación de hábitos, costumbres y normas de convivencia en general.
- c) Potenciar la formación y capacitación laboral. Haciendo hincapié en el entrenamiento en habilidades sociales para la búsqueda de empleo.
- d) Construir y recuperar la faceta de ocio y cultura. Consistente en volver a recuperar el disfrute por actividades y hobbies personales, contando con los recursos comunitarios al alcance.
- e) Recuperar el sentido de pertenencia al barrio/ciudad. Para lo que debe involucrarse y participar tanto en las áreas de esparcimiento y ocio que proporciona la ciudad, como en los distintos servicios públicos. (p. 304).

En definitiva, los recursos existentes para el tratamiento de las personas inadaptadas por problemas de consumo de drogas, como pueden ser los centros de día, los pisos de acogida, etc., utilizan estas estrategias para la reinserción.

## 3.2. Modelos y Teorías de Intervención

El tratamiento de la drogodependencias se ha considerado siempre como un problema de difícil solución, debido a que, requiere tiempo y paciencia por parte de la persona con problemas de drogas. Por otro lado, la actuación del personal especializado, apoyándose en multitud de teorías y técnicas terapéuticas es fundamental, teniendo la incertidumbre de si el trabajo en equipo facilitará la recuperación de la persona; ya que, las recaídas durante el proceso de rehabilitación pueden producirse.

Como expresan los propios usuarios de los programas de tratamiento, “del mundo de la droga es muy difícil salir”. Esta frase se deriva de las circunstancias a las que llegan al centro. Principalmente los y las jóvenes que acceden al centro, de Proyecto Hombre en este caso, se ha comprobado “in situ”, no creen en sí mismos, están desmoralizados, no confían que puedan liberarse de esa carga y su escala de valores se encuentra alterada por el consumo continuado de drogas.

Para la rehabilitación de las personas que solicitan ayuda, se necesita de la voluntad del individuo para querer iniciar el cambio, además de una línea de trabajo terapéutico claro, acorde a sus necesidades, firme y progresivo.

Según los datos del Informe nacional al OEDT (2013), se refleja que:

En 2011, se registraron en España 5.0281 admisiones a Tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco). El perfil de las admisiones a tratamiento ha sufrido cambios notables a lo largo del tiempo, manteniéndose, en los últimos años, un nivel bajo de las admisiones por heroína y observándose un aumento de las admisiones por cocaína y por cannabis.

En cuanto al peso que cada droga ha representado, en 2011, en el número total de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, [...] la cocaína es la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (40,4% del total), seguida de los opioides (29,7%) y el cannabis (25,6%). Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones por primera vez en la vida (primeras admisiones), las diferencias a favor de la cocaína son aún mayores. En este caso, la cocaína es la droga que causó más primeras admisiones (42,5%), seguida del cannabis (38,9%) y los opioides (13,2%). El consumo de cánnabis es el responsable de la mayoría (93%) de las admisiones a tratamiento en menores de 18 años de edad. Para los

nacidos fuera de España, en el año 2011, la cocaína se consolida como la sustancia para la que hay mayor número de demandas de tratamiento (36,5%), seguida de los opioides (31%). (p. 132).

El informe (OEDT, 2013) presenta que la edad media de admisiones a tratamiento es de 33 años y, de 30,3 años para las primeras admisiones. La edad media de personas admitidas a tratamiento varía en función de la droga consumida, así por heroína es de 39,3 años, por hipnosedantes es de 38,6 años, por cocaína 33,9 años y por cannabis 25,3 años.

Por lo tanto, el problema de las drogas es complejo, tanto por los factores que incitan a su consumo, como por los procesos terapéuticos que deben seguirse, pero los avances de la ciencia nos auguran que contamos con mejores medios para afrontarlo, además de la favorable disposición social.

Las teorías que se exponen resumen el conjunto de evidencias empíricas, que pueden ser derivadas de las hipótesis que explican las leyes o construyen los modelos teóricos. Mitchell y Jolley (1992) señalan que un modelo se considera una teoría o un grupo de teorías que se aplican a un área específica o se usan para una situación concreta.

La mayoría de las Teorías y Modelos explican el fenómeno del consumo de drogas, por lo que se orientan a arrojar luz como punto de partida y base para diseñar y aplicar programas preventivos en la sociedad actual.

Utilizando la revisión de las teorías y modelos realizada por Becoña y Martín (2004), podemos clasificarlas en tres grandes grupos:

- 1) Teorías y modelos parciales o basados en pocos componentes.
- 2) Teorías y modelos de estadios evolutivos
- 3) Teorías y modelos integrativos y comprensivos

Estos autores plantean en la siguiente tabla las teorías y modelos englobados en cada una de las tres categorías anteriormente citadas.

Tabla 3.1 Clasificación de Teorías y Modelos explicativos

<b>Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas</b>	
I-TEORÍAS PARCIALES O BASADAS EN POCOS COMPONENTES	1- Teorías y modelos biológicos
	2- Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia
	3- Teorías del Aprendizaje

1.1- La adicción como un trastorno con sustrato biológico.
1.2- La hipótesis de la automedicación
3.1- Condicionamiento Clásico
3.2- Condicionamiento Operante
3.3- Teoría del Aprendizaje

<b>Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas</b>	
	Social
	4- Teorías actitud-conducta
	4.1- Teoría de la acción razonada 4.2- Teoría de la conducta planificada
I-TEORÍAS PARCIALES O BASADAS EN POCOS COMPONENTES	5- Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales
	5.1- Del modelo de mejora de la estima de Kaplan et al., a la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan. 5.2- Modelo basado en la afectividad de Pandina et al.
	6- Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico
	7- El modelo social de Peele
	8- Otros modelos teóricos
	8.1- Modelo de Becker 8.2- Modelo de Burgess 8.3- El modelo de afrontamiento del estrés de Wills.
II. TEORÍAS DE ESTADIOS Y EVOLUTIVAS	1- Modelo evolutivo de Kandel.
	2- Modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente.
	3- Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al.
	4- Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie.
	5- Teoría de la Pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb.
	6- Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz.
	7- Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chartlos.
	8- Teoría de la socialización primaria de Oetting et al.
III. TEORÍAS INTEGRATIVAS Y COMPRENSIVAS	1- Modelo de promoción de la salud
	2- Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura.
	3- Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.
	4- Teoría interaccional de Thornberry.
	5- Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor.
	6- Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor.
	7- Modelo integrativo general de la conducta de consumo de drogas de Botvin.
	8- Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et al.
	9- Teoría de la influencia triádica de DeFlay y Petraitis.
	10- Modelo de autocontrol de Santacreu et al.

Fuente: Becoña y Martín, 2004, p. 100

Dada la imposibilidad para analizar exhaustivamente cada una de las teorías y modelos explicativos expuestos en el tabla 3.1, debido a la gran cantidad de teorías y modelos existentes, se describirán las cinco teorías y modelos de mayor relevancia y, que resultados están obteniendo en el complejo mundo de la rehabilitación de las personas con algún tipo de adicción (Becoña y Martín, 2004, p. 117):

- 2.1. Modelo Evolutivo de Kandel.
- 2.2. Teoría de la Socialización Primaria de Oetting y sus colaboradores.
- 2.3. Teoría del Aprendizaje social y cognitiva social de Bandura.
- 2.4. Modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins.
- 2.5. Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor.

Seguidamente pasamos a explicar cada una de ellas.

### **3.2.1. Modelo evolutivo de Kandel**

Este modelo se ha centrado en el conocimiento de la progresión en el consumo de drogas. Se basa en que el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales, donde se comienza por unas primeras sustancias de iniciación (drogas legales) que sirven de elemento facilitador para el posterior consumo de otras sustancias, especialmente marihuana, en un segundo paso, y luego se pasa a las drogas ilegales, en los llegan a consumir finalmente éstas.

Los estudios realizados por Kandel, tanto de tipo longitudinal como transversal, indican la existencia de cuatro etapas por las pasan los consumidores de drogas ilegales:

- i. cerveza o vino
- ii. cigarros o licores
- iii. marihuana
- iv. otras drogas ilegales

Por tanto, el consumo de drogas legales es el elemento intermedio que está entre la ausencia total de consumo y el consumo de marihuana, antes de pasar a consumir otras drogas ilegales. No es necesario que la secuencia anterior se dé en todos los sujetos por igual. El consumo de una sustancia en una fase incrementa el paso a consumir sustancias en las fases posteriores. Lo que significa que, el uso de una droga en la primera parte de la secuencia es una condición necesaria pero no suficiente para la progresión desde una etapa inferior a otra superior de consumo.

Para Kandel, (citado por Becoña y Martín, 2004, p. 118) hay varias influencias básicas que se relacionan con el consumo o no de las drogas ilegales:

Las dos principales son la familia y los iguales, y a estos dos grupos ha dedicado la mayor parte de sus estudios. Junto a estas influencias se contemplarían los factores propios del individuo y otras conductas desviadas. Al mantener el contacto con las distintas sustancias también se tendrían dos tipos de influencia: la interpersonal y la intrapersonal o de características personales.

La asunción básica de la que parte la teoría de Kandel es que la adquisición de conductas y valores está en su mayor parte determinada por las relaciones sociales en las que los individuos viven, siendo imprescindible considerar simultáneamente a todos los miembros que están presentes en esta interacción para así poder conocer los procesos de socialización de cada individuo. En esta línea, consideran Kandel y Davies (1992) que el uso de drogas es una más de las muchas conductas que resultan de la interacción entre las características del individuo y las influencias en competición de los múltiples grupos sociales. De ahí que cobra gran relevancia el papel de los iguales y el de los adultos, especialmente de los padres. Esta teoría considera que hay dos procesos a través de los cuales las personas más significativas para el individuo lo influyen: la imitación y el reforzamiento social.

En la imitación el joven observa y retiene las conductas de otros en función de su modelo de conducta o actitudes, tanto de los iguales como de la familia, de ahí que la influencia sea de ambos.

Coincidiendo con Kandel (1980), el reforzamiento social, los adolescentes responden a la familia o iguales que definen conductas y valores apropiados en relación con temas específicos. Por tanto, las conductas y los valores son aspectos muy significativos de la influencia interpersonal. Igualmente se estima igual de importante la relación familia-menor, partiendo de la noción de compromiso de la teoría del control de la delincuencia. Su importancia reside en la calidad de la relación familia-menor, teniendo ésta un efecto protector en la implicación de las conductas desviadas o actividades ilegales, sin tener en cuenta las actitudes y los valores de los padres. En todo este proceso los factores sociales desempeñan un papel más importante en las primeras etapas, mientras que los factores psicológicos lo hacen en las últimas.

Después de experimentar su teoría con personas jóvenes hasta su edad adulta, teniendo en cuenta sus conductas, podemos concluir diciendo que los y las jóvenes en riesgo de iniciar el consumo de marihuana realizan más conductas desviadas que sus iguales y vienen de familias donde los padres padecen algún problema de tipo psicológico. Un factor que se encuentra muy patente es dependiendo

del nivel de expectativa educativa, dado que si existe una gran expectativa educativa mayor es el riesgo de iniciarse en el consumo de marihuana.

El consumo regular de marihuana viene derivado según el propio autor que define su teoría por una serie de factores como son:

- la edad de comienzo o prueba de la marihuana
- la historia familiar de psicopatología (trastornos emocionales), dependencia del alcohol
- bajo rendimiento académico años antes

Atendiendo a la participación en conductas delictivas al comienzo del consumo de marihuana y de altas aspiraciones educativas, nos habla de dos tipos de jóvenes. El primero, buscaría nuevas experiencias pero que no progresa hacia patrones de uso peligroso. Sin embargo, el segundo grupo, serían los jóvenes más delincuentes y menos capaces de seguir la formación académica, por lo que se convertirán en consumidores regulares y con patrones de uso de la marihuana más perjudiciales.

Por tanto, cuanto más temprano se realiza el primer consumo de marihuana mayor es el riesgo de progresar hacia un patrón regular de consumo de dicha sustancia. Sin olvidar que, la situación se agrava si existe una historia familiar de trastornos mentales o del uso abusivo del alcohol por parte de algún miembro de la familia.

Las conclusiones obtenidas por Kandel (1996) con respecto a la influencia de la familia y de los iguales sobre el adolescente varían de unos aspectos a otros. Los iguales tienen una mayor influencia en la conducta desviada y en las cuestiones inmediatas sobre los estilos de vida, como beber y consumir otras drogas, mientras que los padres son más influyentes en los objetivos a largo plazo, como las aspiraciones educativas.

Los padres ejercen efectos directos e indirectos sobre las conductas desviadas de sus hijos. El efecto directo se realiza a través del modelado y de la calidad de la relación padre-hijo. La influencia indirecta, se refiere a la influencia ejercida sobre los iguales con los que salen, dependiendo de la calidad de las interacciones del padre con él. Los motivos encontrados para asociarse los jóvenes con los iguales con conductas desviadas, son que el padre realice conductas desviadas, que tenga escasas técnicas de manejo del hijo, prácticas inapropiadas de disciplina y carencia de intimidad entre padre e hijo.

El proceso por el que la familia y los iguales influyen a los y las adolescentes difiere de unos a otros. Mientras que los padres influyen a sus hijos mediante los modelos de rol y las normas apropiadas, los iguales lo harán a través del modelado

como indirectamente a través de las normas del modelamiento para el uso de las drogas. La influencia relativa de los padres y de los iguales puede variar en diferentes etapas de la adolescencia. Mientras que los padres tienen una mayor influencia en edades tempranas, los iguales tienen mayor influencia conforme aumentan en edad.

La conclusión final del trabajo del Kandel (1996) se sintetiza así:

La vinculación con la familia parece ser especialmente importante en la fase de iniciación con la marihuana. El compromiso con la escuela parece ser un factor especialmente importante de protección y contención para la escalada al uso regular e intensivo de la marihuana. La gente joven que rinde bien en la escuela tendría más que perder y, correlativamente, aquellos que rinden mal tendrían menos que perder, implicándose más intensivamente en el uso de drogas ilícitas. (p. 237).

### **3.2.2. Teoría de la Socialización Primaria de Oetting y sus colaboradores**

La teoría de la socialización de Oetting y sus colaboradores (Oetting y Donnermeyer, 1998; Oetting, Deffenbacher y Donnermeyer, 1998a; Oetting, Donnermeyer y Deffenbacher, 1998b; Oetting, Donnermeyer, Trimble y Beauvais, 1998c) se centra en las conductas problema, entre ellos el consumo de drogas.

La premisa fundamental de esta teoría consiste en que todas las conductas del ser humano son aprendidas, incluidas las conductas desviadas, como son el consumo de drogas, el delito y la violencia. Dichas conductas desviadas no son únicamente la causa de la ruptura con las normas prosociales, sino que son conductas aprendidas en el proceso de socialización primaria.

La socialización primaria hace referencia al aprendizaje de normas sociales y conductas de comportamiento, aprendidas en la sociedad a través de la familia, la escuela, los iguales. Por tanto, es en la interacción entre el individuo y las fuentes de socialización mencionadas las que determinarán las conductas normativas y desviadas del individuo. Pero el mayor riesgo de aprender conductas desviadas se encuentra en el período de la adolescencia.

La teoría de la socialización primaria se centra en el aprendizaje de normas. La familia es el primer eslabón de socialización para el niño. Si en este entorno se encuentran conductas desviadas como consumo de drogas, delincuencia, etc., se tiene la posibilidad de que el niño pueda repetir conductas vividas en la familia.

La escuela es el segundo elemento de socialización primaria del niño, en este elemento también existen problemas, ya que si no se encuentran patrones de disciplina, la escuela es muy grande, los roles se encuentran poco definidos, el



profesorado no está preparado adecuadamente, existen pocos recursos, etc., serán factores que provocarán el aumento de las conductas desviadas en el niño y en los adolescentes.

El grupo o clúster de iguales, como denomina el autor, es la tercera fuente de socialización primaria, junto con la familia y la escuela.

Esta teoría evidencia que los vínculos entre el niño, la familia y la escuela son fuertes, éste desarrollará normas prosociales; si las relaciones son débiles, la socialización primaria durante la adolescencia estará dominada por el grupo de iguales. Si no se realiza una adecuada internalización de las normas prosociales, y se han escogido a los iguales más desviados, existe una probabilidad mayor de tener conductas derivadas por parte del adolescente.

Los rasgos de la persona, es decir, sus características físicas, emocionales y sociales de los jóvenes también son factores a tener en cuenta dentro del proceso de socialización primaria. Provocando que el compendio de ambas derive en factores de riesgo o de protección con respecto al consumo de drogas y a la conducta desviada.

Con respecto al paso de la socialización primaria al consumo de drogas, esta teoría indica que se puede realizar a través de dos vías:

- 1) La adicción a las drogas aparece como el resultado de la socialización.
- 2) Por la dependencia de un estilo de vida basado en el consumo de drogas.

En este factor se incluye el tipo de drogas, su accesibilidad y su grado de aceptación.

Atender cuando, además de la socialización, el consumo de drogas está presente en el estilo de vida, suele ser debido a la vinculación con el grupo de iguales desviados. También se debe tener en cuenta, que pueden existir individuos susceptibles al consumo de drogas desde el punto de vista biológico. Es decir, se utiliza la droga para aliviar problemas emocionales, que en principio no tienen solución, pero esta fase nos lleva del uso biológico a la dependencia.

Las características de la comunidad, como fuente de socialización secundaria, permite aumentar o disminuir las oportunidades para la socialización primaria se lleve a cabo, mejorar o empeorar la vinculación con las fuentes de ésta e influenciar las normas que son comunicadas a través de ella.

Como fuentes de socialización secundaria Oetting, Donnermeyer y Deffenbacher (1998b) consideran las características de la comunidad, la familia extensa, los grupos que forman asociaciones, la religión e instituciones religiosas, el ambiente de los iguales en general y los medios de comunicación.

Oetting et al. (1998b) analizan el peso de la cultura en relación con el consumo de drogas. Dicha cultura influye directamente en la socialización del individuo, es decir, influye en la socialización primaria. Determinan cuáles son las fuentes de socialización y las normas que se van a transmitir. Pero la socialización también ejerce influencia sobre la cultura, como los cambios que se producen de generación en generación. La cultura tiene una gran importancia en determinar de las normas para el consumo de las distintas drogas.

Los conocimientos y las habilidades culturales son las actitudes, creencias, valores y conductas que son necesarias para que el individuo pueda hacerle frente a su ambiente físico y social, pasando de una otra persona de generación en generación. La cultura es transmitida a través de la familia, la escuela y los iguales en la socialización primaria. También contribuyen a ello los factores que se incluyen en la socialización secundaria. El problema surgirá cuando existan subculturas, que se rigen por normas distintas a la cultura oficial. Aspecto muy importante a tener en cuenta para el abuso de drogas y un elemento característico de nuestro sistema social.

Por tanto, para resumir la teoría de Oetting et al. (1998b), podemos decir que los elementos fundamentales para llevar a cabo la teoría de la socialización primaria son:

- Fuentes de la socialización primaria que influyen sobre el individuo:
  - Familia
  - Escuela
  - Grupo de Iguales
- Influencias indirectas en la socialización primaria:
  - Rasgos de la personalidad
- Fuentes de socialización secundaria:
  - Características de la comunidad: vecindario, ciudad, área geográfica; urbanización; tamaño; tipo de ocupación; el nivel de movilidad de población; la distribución de la población por edades; oportunidades sociales para participar en distintos grupos; pobreza.
  - Familia Extensa
  - Grupos que forman asociaciones: profesionales, sociales, deportivas, políticas, etc.
  - Religión e instituciones religiosas.
  - Ambiente de los iguales en general.

### **3.2.3. Teoría del Aprendizaje Social y Teoría Cognitiva Social de Bandura**

La teoría del Aprendizaje Social, conocida también por Teoría Cognitiva Social, es una de las más importantes teorías dentro del ámbito de las drogodependencias. Es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en el que lleva a cabo la conducta.

Esta teoría ofrece un modo idóneo de conceptualizar el problema de las dependencias a las distintas sustancias, considerando los diferentes elementos que llevan a su inicio, al mantenimiento o al abandono de las mismas.

La Teoría del Aprendizaje Social fue propuesta por Bandura (1977b y 1986), que realizó la aportación de incluir a la teoría del aprendizaje social, vicario o de modelos, la técnica del modelado, que como elemento práctico que permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas. Actualmente el propio Bandura ha redenido a la teoría del aprendizaje social como la teoría cognitiva social (Bandura, 1986, 1995 y 1997), en la cual el elemento principal es la autoeficiencia, como elemento para poder explicar la conducta, sin olvidar el resto de variables indicadas.

Dicha teoría se fundamenta en datos empíricos, sobre todo los principios del aprendizaje, clásico, operante y vicario, las cogniciones, las características de la persona y la cultura, así como los elementos básicos que explican la conducta de un individuo.

Bandura, diferenciándose de la conducta humana basada en el condicionamiento clásico y operante, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta (Bandura, 1977b):

1. El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos del condicionamiento clásico.
2. El segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos del condicionamiento operante o instrumental.
3. El tercero lo constituirían los procesos cognitivos que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

Junto a los procesos de aprendizaje mediante el condicionamiento clásico y el operante Bandura introduce el aprendizaje vicario o mediante modelos. Dicho aprendizaje se define como “el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo (modelo) actúa como estímulo de pensamientos,

actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la acción del modelo” (Perry y Forukawa, 1987, p. 167). Para que pueda producirse el aprendizaje por observación necesitamos que adquiera esa conducta simbólica. El elemento básico que facilita la adquisición y la ejecución de la conducta son las consecuencias que recibe el modelo al llevar a cabo la conducta. Si estas son positivas para el modelo se incrementa la probabilidad de ejecutar la conducta por parte del observador, sin embargo, si son negativas esta probabilidad desciende.

Con respecto a los procesos cognitivos mediacionales, como expone Bandura (1986) red denominó a la teoría del aprendizaje social como teoría cognitiva social. Dicho autor sostiene una concepción de interacción basada en una reciprocidad triádica. Su modelo de determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos y otros personales, y las influencias ambientales señalan que cada uno de estos elementos opera de modo interactivo como determinante de los demás. En este determinismo recíproco triádico el término recíproco se refiere a la acción mutua entre los factores causales. El término determinismo es utilizado para hacer ver que ciertos factores producen los efectos y no provocan causas que operan independientemente en el individuo. Varios factores pueden ser necesarios para que se induzca un efecto; al mismo tiempo el mismo factor puede ser parte de diferentes combinaciones de condiciones que producen efectos distintos.

La relativa influencia ejercida por los tres tipos de factores interactuantes variará en función de las actividades, de los individuos y de las circunstancias.

Una segunda característica de la teoría cognitiva social implica la definición de la naturaleza humana, especificándola el autor (Bandura, 1986) en función de las capacidades básicas de la persona, incluyendo:

- 1) Capacidad de simbolización: Capacidad de utilizar símbolos para poder adaptarse a su ambiente.
- 2) Capacidad de previsión: Adaptación de las conductas a la previsión para el ambiente en el que se desenvuelve.
- 3) Capacidad vicaria: El aprendizaje puede ocurrir de manera vicaria observando las conductas de otras personas y las consecuencias derivadas de ellas.
- 4) Capacidad autorreguladora: Regulación de la conducta a través de patrones internos y reacciones autoevaluativas de las propias acciones de la persona.
- 5) Capacidad autorreflexiva: Análisis de las experiencias y reflexión sobre los propios procesos de pensamiento.

- 6) La naturaleza de la naturaleza humana: Se caracteriza por una vasta potencialidad, formada por la experiencia directa y observacional integrada en una variedad de formas dentro de los límites biológicos.

Un tercer aspecto de esta teoría es la importancia que se da a los factores cognitivos, sin olvidar el ambiente y la conducta en relación recíproca entre ambos.

Como última característica destacable de la citada teoría es la importancia que tiene el sujeto en dirigir su propio cambio de conducta y en su autocontrol. Bandura (1995) ha insistido en el concepto de autoeficiencia, como el elemento central de la adquisición mantenimiento y cambio de conducta. Dicha teoría de la eficiencia reside en las percepciones de los propios individuos acerca de su capacidad para actuar.

Como conclusión de la Teoría Cognitiva Social podemos exponer que como dice el Schippers (1991) la conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo. Estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo, por un lado, y a partir de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo, por el otro. Los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas.

Los hábitos de consumo se desarrollan, donde cada episodio de consumo puede ponderar la formación del hábito por el incremento del estrés, y por limitar las opciones conductas alternativas. La recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativo.

#### **3.2.4. Modelo del Desarrollo Social de Catalano y Hawkins**

El modelo del desarrollo social, expuesto por Catalano, Hawkins y sus colaboradores (1996), es una teoría general de la conducta humana cuyo objetivo es el de explicar la conducta antisocial a través de la especificación de relaciones predictivas del desarrollo, dando gran relevancia a los factores de riesgo y protección.

El fin del presente modelo es el de explicar y predecir el comienzo, la escalada, el mantenimiento, la desescalada y el abandono o desistir de llevar a cabo aquellas conductas que causan un preocupación para la sociedad, como la delincuencia y el uso de drogas ilegales. Se denominan conductas antisociales, porque se consideran fuera del marco normativo de lo que se considera la conducta social establecida, o también se la ve como la violación de los códigos legales, incluyendo los relativos a la

edad. Se engloban dentro de las conductas antisociales tanto las relativas a las ofensas violentas como a las no violentas, así como el uso ilegal de las drogas.

La ventaja observada en este modelo es la capacidad de predecir tanto las conductas prosociales como las conductas antisociales, tanto en la infancia como en la adolescencia, así como el mantenimiento o abandono en la adultez.

Los citados autores proporcionan mucha importancia a los factores de riesgo en el desarrollo de la conducta antisocial. Ellos asumen que la conducta antisocial es el resultado de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales en diferentes dominios sociales, como dentro del individuo, en la familia, en la escuela, en el grupo de iguales y en la comunidad. El motivo de proporcionar tanta importancia a los factores de riesgo está en el hecho de que un gran número de los citados factores de riesgo hacen que se incremente la probabilidad de que la persona consuma drogas.

Los tres elementos fundamentales que incorpora el modelo de desarrollo social son la inclusión tanto de la conducta delictiva como la del uso de drogas en un mismo modelo; una perspectiva de desarrollo, lo que lleva a submodelos específicos para las distintas edades: Educación Infantil, Educación Primaria y Secundaria; y la inclusión de los factores de riesgo y protección para la delincuencia y el uso de drogas.

Por tanto, el elemento fundamental de este modelo es que los seres humanos son buscadores de satisfacción y que la conducta humana depende del interés percibido por la persona de sus actos. Es decir, los seres humanos se implican y participan en actividades a partir del beneficio de satisfacción que puedan conseguir de ellas. Dicho elemento fundamental está derivado de la teoría del aprendizaje social. Además, las experiencias proporcionan información empírica que sirve para las acciones futuras. Esto se basa en la teoría de la asociación diferencial. El segundo elemento fundamental del citado modelo es la existencia del consenso normativo que está presente en nuestra sociedad.

El modelo de desarrollo social centra su hipótesis en que el niño aprende los patrones de conducta, tanto prosociales como antisociales, de los agentes de socialización como son la familia, la escuela, el grupo religioso, el grupo de iguales y otras instituciones comunitarias. Los niños según este modelo, son socializados a través de un proceso que implica cuatro constructos:

- a) Oportunidades percibidas para implicarse en actividades e interacciones con otros.
- b) Grado de implicación e interacción.
- c) Las habilidades para participar en estas implicaciones e interacciones.

d) El reforzamiento que ellos perciben como próximo desde la ejecución en las actividades e interacciones.

Así cuando el proceso de socialización es consistente, se desarrolla un vínculo entre su agente social y el propio individuo. Al estar dicho vínculo fuertemente establecido tiene el poder suficiente para afectar a la conducta del individuo.

Si dicho vínculo es débil se pierde todo poder de influencia sobre el individuo llevando a conductas disruptivas.

Catalano y Hawkins (1996), esquematizan de este modo el proceso de socialización de los y las menores.

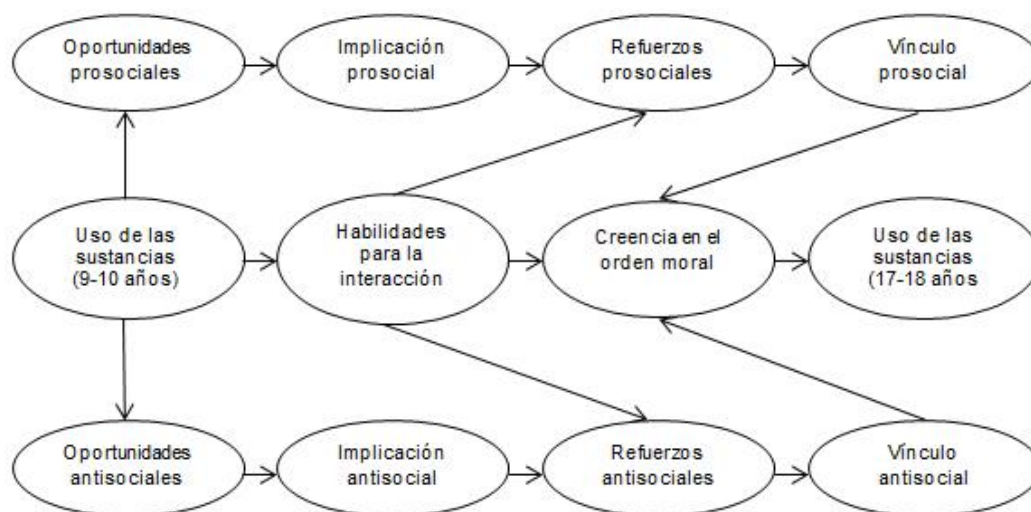


Figura 3.1. Proceso de socialización de los y las menores.  
Fuente: Catalano y Hawkins, 1996

Como resumen podemos decir que la conducta antisocial resulta cuando:

1. La socialización prosocial se rompe, bien porque a la persona se le niega la oportunidad de participar en la vida prosocial o sus habilidades son inadecuadas para llevar a cabo conductas antisociales.
2. Incluso ante la presencia de vínculos prosociales, cuando el cálculo de costes y beneficios por parte del individuo, con bajo interés para uno mismo, muestra una ganancia para la acción ilícita.
3. Cuando un niño está vinculado a una unidad de socialización inmediata como la familia, la escuela, la comunidad o los iguales que tienen creencias o valores antisociales. Esto le llevará a creer en las normas y valores de estos grupos.

El citado modelo no asume que la conducta del individuo sea estática, que se deba a rasgos de personalidad, dado que la estabilidad conductual no es tal a lo largo

del tiempo, ya que es posible que los eventos vitales y el ajuste a contextos sociales durante la adolescencia y la adultez puedan modificar el curso de las conductas antisociales a lo largo del tiempo, por tanto se centran en la hipótesis de que los tipos de eventos y los contextos sociales pueden llevar a la continuidad o al cambio de la conducta desde periodos de desarrollo previos.

La ventaja de la utilización de este tipo de modelo es que partiendo de los componentes del mismo se pueden diseñar programas preventivos de drogas. Interviniendo en los puntos que causan el consumo de drogas, se puede interrumpir con dichas medidas preventivas lo que se consideran procesos causales que desembocarán en el consumo de sustancias. Las implicaciones que tiene este modelo según Catalano y Hawkins (1996) son:

- Cada uno de los elementos causales en el modelo de desarrollo social es un campo potencial de intervención.
- Puede ser necesario tener que utilizar intervenciones múltiples debido a que hay infinidad de caminos directos e indirectos que llevan a la conducta antisocial.
- Las intervenciones para interrumpir los procesos causales en el desarrollo de la conducta antisocial deberán incluir componentes que busquen el fomento de los procesos que promuevan la conducta prosocial así como la interrupción de aquellos componentes que lleven a la conducta antisocial.
- La influencia del vínculo previo y la conducta sobre la futura actitud sugiere la importancia de intervenir tempranamente en el desarrollo.
- Las intervenciones deberían ser apropiadas a cada etapa del desarrollo.
- Las transiciones pueden potencialmente interrumpir los pasos causales.

Otra ventaja encontrada en el modelo presentado es que pueden potenciarse elementos prosociales y al mismo tiempo interrumpir los procesos que llevan a la conducta antisocial con las intervenciones adecuadas. Además, dado que la conducta previa se relaciona con la posterior cuanto antes se intervenga en la previa de manera adecuada mejor resultado se obtendrá en la conducta posterior.

### ***3.2.5. Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor y Teoría de la Conducta de Riesgo de los Adolescentes de Jessor***

La Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor (1977) ha sido punto de referencia en el campo de las drogodependencias y recientemente ha realizado



algunas reformulaciones, a partir de las cuales ha elaborado una nueva teoría, la de la Conducta de Riesgo de los adolescentes (Jessor, 1992 y 1993).

La teoría de la conducta problema es una de las más comprensivas e integradoras de los conocimientos sobre el comportamiento tanto normal como desadaptado o problema, entre el que se encuentra el consumo de drogas.

Por conducta-problema se entiende aquella que está socialmente definida como un problema, como un tema de preocupación o que es indeseable según las normas de la sociedad convencional o las instituciones de la autoridad adulta. Es decir, se refiere a aquella conducta que se sale de la norma establecida por la sociedad, ya sea de tipo social o legal.

La teoría de la conducta problema se basa en tres sistemas explicativos: la personalidad, el ambiente y la conducta; todos ellos interrelacionados y organizados entre sí para explicar la propensión a este tipo de conducta o la probabilidad de que esta ocurra (Jessor y Jessor, 1977). Para ellos, los conceptos que constituyen la personalidad como valores, expectativas, creencias, actitudes, orientaciones hacia sí mismo y hacia otros, son cognitivos y reflejan el significado y la experiencia social. Por ambiente consideran los apoyos, influencias, controles, modelos y expectativas de otros, y que tiene como característica que pueden ser conocidos o percibidos, adquiriendo así significado para la persona. Por conducta entienden los propósitos aprendidos socialmente, funciones o significados más que sus parámetros físicos. La conducta es, además, el resultado de la interacción de la personalidad y la influencia ambiental.

La teoría de la conducta problema ha sido aplicada al consumo de marihuana y otras drogas ilícitas junto al consumo de alcohol y otras conductas de los adolescentes, como fumar cigarrillos, sexualidad precoz, etc., dado que todas ellas son definidas como conductas problema para la mayor parte de la sociedad (Donovan,1996).

A partir de la teoría conducta problema surge la teoría de la conducta de riesgos de los adolescentes. Se basa en la ciencia conductual del desarrollo (Jessor, 1993), la cual está cambiando todos los aspectos de la comprensión de los y las jóvenes, exigiendo también la inclusión de un gran número de elementos y variables que se obviaban o no se tenían en cuenta hasta el momento.

La teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes se caracteriza por su complejidad. Considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados también de riesgo.

Jessor (1992) propone el siguiente marco conceptual para la Teoría de la conducta de riesgo en adolescentes, considerando los factores de riesgo y protección, las conductas de riesgo y los resultados del riesgo.

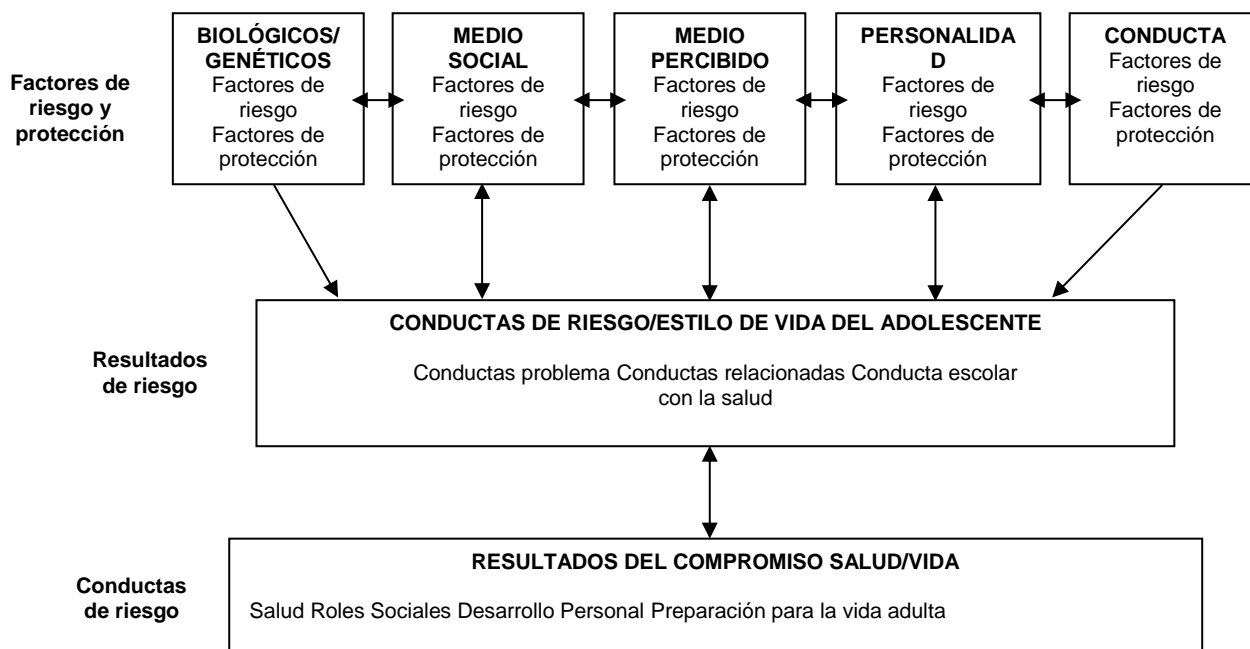


Figura 3.2. Representación gráfica de la Teoría de la Conducta de Riesgo de la adolescencia.  
Fuente: Adaptada de Jessor y Jessor, 1977

Se le otorga un gran peso a la aparición de conductas de riesgo de los adolescentes, a la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación, los cuales son un elementos fundamental para mantener a una parte de la población adolescente en lo que se ha denominado “en riesgo” (Jessor, 1991). Se basa para esta afirmación en los datos proporcionados por dos fuentes: La epidemiología conductual y la psicología del desarrollo y social, especialmente en su aplicación a la conducta problema de los adolescentes (Jessor y Jessor, 1977).

En el modelo que Jessor propone lo importante es diagnosticar los factores de riesgo para las conductas de riesgo. Se considera por tanto cinco grupos de factores de riesgo o protección que sirven de marco conceptual para la conducta de riesgo de los adolescentes. Estos grupos son los siguientes:

- Biológico/genético: Se considera la historia familiar de alcoholismo para los factores de riesgo y la alta inteligencia para los factores de protección.
- Medio social: Hace referencia como factores de riesgos la pobreza, la anomia normativa, la desigualdad racial y las oportunidades ilegítimas; como factores de protección se consideran las escuelas de calidad, la

familia cohesionada, disponer de recursos vecinales y contar con adultos interesados.

- Medio percibido: Dentro de los factores de riesgo son los modelos de conducta desviada y los conflictos normativos entre padres y amigos; sin embargo como factores de protección se tienen en cuenta los modelos de conducta convencional y los altos controles de la conducta desviada.
- Personalidad: Como factores de riesgo se considera la percepción de pocas oportunidades, la baja autoestima y la propensión a correr riesgos; como factores de protección se consideran la valoración de los logros, la valoración de la salud y la intolerancia a la desviación.
- Conducta: Como factores de riesgo se consideran los problemas con el alcohol y el bajo rendimiento escolar. Sin embargo, como factores de protección se incluyen la asistencia a la iglesia, y la participación en clubes escolares y de voluntarios.

Lo que queda claro en lo expuesto anteriormente es la complejidad para explicar la conducta de riesgo en adolescentes, la interrelación entre los distintos factores entre sí, puede suceder que uno de ellos por sí solo tenga un efecto directo en la conducta de riesgo del adolescente, indirecto o mediador a través de las distintas conductas de este tipo.

La implicación que tiene esta teoría tanto para la prevención como para la intervención (Jessor, 1991) es que se basa en un abordaje comprensivo, que resulta más eficaz que un abordaje parcial. Además, con un abordaje comprensivo es más probable que sea exitoso y que los efectos se mantengan a largo plazo. En ellos, se deben reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos jóvenes que viven en ambientes sociales adversos. Uno de los principios que subyace a la teoría de Jessor es no cargar toda la responsabilidad en el individuo, ya que también es de gran importancia la responsabilidad del contexto social en causar y mantener muchas conductas de riesgo, con lo que se exige también un cambio en el mismo. En concreto para el autor los factores que están en la base de las conductas problema son la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación.

### 3.3. Estrategias de Reeducción para las personas con problemas de drogas

Las estrategias de tratamiento reeducativo para las personas con problemas de drogas, varía del perfil de consumo. Es decir, depende de las sustancias consumidas, patrones de consumo realizados, y de los factores de riesgo y protección que poseen personal y familiarmente.

El tratamiento pasa por dos fases: desintoxicación rehabilitación.

La OMS (2008, p. 32) define la desintoxicación como:

- 1) El proceso por el cual una persona deja de sufrir los efectos de una sustancia psicoactiva.
- 2) Procedimiento clínico, proceso de retirada (abstinencia) de la sustancia que se lleva a cabo de forma segura y eficaz, de manera que se reducen al mínimo los síntomas de la abstinencia. Las instalaciones en las que se lleva a cabo reciben varios nombres, como centro o unidad de desintoxicación y centro de rehabilitación.
- 3) La desintoxicación como procedimiento clínico exige la supervisión del paciente hasta que se recupera completamente de la intoxicación o del síndrome de abstinencia física. En ocasiones se emplea el término “auto desintoxicación” para denotar la recuperación sin ayuda de un episodio de intoxicación o de los síntomas de abstinencia.

Del mismo modo, la OMS (2008, p. 55) considera la rehabilitación como:

Proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de sustancias alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos.

La rehabilitación tiene lugar después de la fase inicial de tratamiento (que puede requerir desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico). Engloba diversas estrategias, tales como la terapia de grupos, terapias conductuales específicas para evitar la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica o un piso protegido, formación profesional y experiencia laboral. Se espera lograr la reinserción social en la comunidad.

La asistencia, rehabilitación e inserción de los y las drogodependientes es una tarea muy compleja y difícil, ya que lograr la deshabitación y la superación de la dependencia psíquica y física es un camino largo que no siempre se consigue.

Por tanto, la educación y la prevención juegan un papel crucial en el ámbito de las drogodependencias, ya que pretende preparar a la sociedad para convivir con las drogas sin necesidad de consumirlas (Izquierdo, 1992).

Existen diferentes Programas de Tratamiento y Readaptación para hacer que las personas drogodependientes se conviertan en personas libres, para ello es necesario conocer las situaciones vitales que les han llevado al consumo (Becoña y Cortés, 2011). Estos programas pretende dar la respuesta educativa que necesita la persona drogodependiente con dos funciones (Nieva, 1986):

- 1) A largo plazo. Capacitar al drogodependiente para continuar su proceso de socialización, lograr su plena inserción en la sociedad.
- 2) A corto plazo. Mantenerle en la abstinencia, así como prevenir recaídas con los recursos adecuados: nuevos valores, nuevas perspectivas en el trabajo, en la formación, en las relaciones personales.

En definitiva, se persigue con los programas de tratamiento ayudar al individuo que tiene problemas de consumo, mejorar la relación familiar, y preparar al individuo para reincorporarse a la sociedad.

Estos programas se corresponderán con un trabajo exterior en la sociedad, de forma que pueden tener su plasmación en la realidad social. En este sentido, Nieva (1986) señala una serie de pasos a tener en cuenta:

- Detectar los recursos sociales existentes adaptados a las necesidades del sujeto: escuelas, talleres..., en colaboración con otros servicios comunitarios.
- Conectar directamente con la familia del paciente para ver cómo se puede apoyar en el proceso de inserción.
- Incidir directamente en los profesionales: profesores..., con los que el drogodependiente entrará en contacto para informarles y orientarles en su intervención.
- Establecer cauces de coordinación y seguimiento.
- Incidir directamente en la familia con acuerdo de actuación y apoyo en el proceso de reinserción.

### **3.3.1. Asistencia y Programas de Tratamiento**

La asistencia a la persona drogodependiente debe adaptarse a las circunstancias de cada uno. A este respecto, Becoña y Cortés (2011) establecen que:

No es posible establecer de la misma forma una adherencia al tratamiento con un paciente en situación de calle que con otro que

todavía conserva su trabajo, su domicilio y sus relaciones familiares. Tanto su entrada en el sistema de atención, como el tratamiento y el objetivo terapéutico van a ser distintos en los dos casos. (p. 214).

Ante estas situaciones se desarrollan diferentes recursos para cubrir las necesidades de las personas que lo necesitan. Existen tres niveles de atención sanitaria: tratamiento ambulatorio, tratamiento residencial e intervención mínima. Además, existen otros recursos que no forman parte de la red de servicios asistenciales de la red en drogodependencias pero que intervienen coordinadamente en el tratamiento (Atención Primaria, Salud Mental, etc.). Los autores Becoña y Cortés (2011, p. 215) exponen los servicios asistenciales, que se resumen a continuación.

### **3.3.2. Centros de Atención a la Drogodependencia (CAD)**

Los Centros de Atención a la Drogodependencia (CAD) constituyen el eje del tratamiento de la persona toxicómana en la mayoría de las Comunidades Autónomas de nuestro país, al ser el recurso desde el que se establece el diseño del programa de tratamiento adaptado a las características del paciente, tanto personales como sociales. Desde el CAD se toma la decisión de la necesidad o no de ingreso en un recurso residencial, en función de las necesidades e idiosincrasia del paciente.

El acceso a estos servicios se realiza de forma directa, aunque generalmente con un criterio de sectorización, es decir, el CAD en el que se atiende al paciente suele ser el de mayor cercanía a su domicilio habitual.

El CAD consta de un equipo multidisciplinar en el que suelen incluirse Médicos, Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Trabajadores Sociales, Educadores, Auxiliares de Enfermería y, en ocasiones, otros profesionales como Farmacéuticos o Maestros.

Una vez que la persona drogodependiente accede a un CAD, recibe información de los servicios disponibles en el centro y, si acepta ser atendido, es citado con los diferentes profesionales. Estos recaban información sobre el caso, tanto de aspectos personales, como familiares y sociales, hasta que los datos permitan establecer el recorrido del tratamiento, así como los factores facilitadores y los obstáculos que pueden surgir en el mismo.

En este proceso se utilizan pruebas diagnósticas médicas y psicológicas, cuestionarios y cualquier instrumento estandarizado o no, que contribuya a completar una evaluación biopsicosocial, permitiendo realizar la planificación del tratamiento.

Una vez realizada la evaluación y si se ha decidido como objetivo el abandono total, se valora por el equipo si es necesario el ingreso en algún recurso convivencial para conseguir interrumpir el consumo o, si es posible, realizar una desintoxicación

ambulatoria. En el primer caso se decide el tipo de recurso (unidad de desintoxicación hospitalaria, piso de apoyo a la desintoxicación, seguido de comunidad terapéutica, piso de apoyo al tratamiento, piso de apoyo a la estabilización, etc.), se prepara al paciente para el ingreso y para las normas que deberá seguir en el recurso y se redacta el informe de solicitud, razonando los motivos y los objetivos para ese paciente.

Tanto si la desintoxicación ha sido ambulatoria como en recurso residencial, a partir de ese momento se inicia la rehabilitación funcional del paciente, pasando progresivamente de un control externo inicial a un autocontrol del paciente, tanto en rutinas diarias, como en planificación del tiempo y del dinero. También se trabajan diferentes áreas en función de las necesidades de cada caso, y que suelen incluir, entre otras, la mejora de las relaciones familiares, el establecimiento de nuevas relaciones fuera del ambiente de la droga, la prevención de recaídas, el reciclaje profesional y la búsqueda de empleo.

Para efectuar el recorrido descrito, los CAD ofertan una serie de servicios dirigidos a las personas drogodependientes y a sus familias, incluyendo en la mayoría de los casos los que se indican a continuación.

#### *3.3.2.1. Atención sanitaria*

Consistente en realizar la evaluación y tratamiento del proceso de abandono del consumo (desintoxicaciones ambulatorias, prescripciones de antagonistas, etc.), así como de otros aspectos sanitarios del paciente (análisis, vacunaciones, deterioro de la salud asociado al consumo,...).

#### *3.3.2.2. Atención psiquiátrica*

Se encarga de la evaluación y tratamiento de los trastornos mentales que tan frecuentemente acompañan al consumo de sustancias psicoactivas y que necesiten el manejo especializado de medicación que hay que prescribir al paciente, bien por la patología mental previa o inducida por el uso de las sustancias, o bien por la complejidad de la interacción de los fármacos utilizados como apoyo al abandono del consumo con los prescritos para el trastorno mental.

#### *3.3.2.3. Atención psicológica*

Incluye todo lo concerniente a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los procesos y fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el proceso adictivo, así como del asesoramiento y orientación de los comportamientos de

los familiares, parejas o personas que convivan con el paciente (incluido el personal de los recursos residenciales). El tratamiento que realiza el Psicólogo Clínico en un CAD puede materializarse en sesiones individuales o de grupo y conlleva así mismo la interconsulta y coordinación con otros recursos no específicos del tratamiento de la drogodependencia.

#### *3.3.2.4. Atención social*

Los problemas de tipo social, económico y legal que suele acarrear la drogodependencia son evaluados por los Trabajadores Sociales del CAD, quienes posteriormente realizan la intervención en los mismos, en algunos casos orientando y facilitando las gestiones a realizar por el paciente, y en otros realizándolas ellos mismos.

#### *3.3.2.5. Rehabilitación funcional y reinserción social*

En este programa participan todos los profesionales del CAD en mayor o menor medida, dependiendo de las características del paciente, pero habitualmente los Educadores y los Trabajadores Sociales tienen actuaciones más intensas, especialmente en las áreas de gestión del tiempo, del dinero y en el área laboral.

#### *3.3.2.6. Reducción de daños*

Lo constituyen todas las acciones de carácter individual o grupal, se realicen en el ámbito social o terapéutico, encaminadas a reducir las consecuencias adversas para la salud del paciente toxicómano. En los CAD se llevan a cabo, entre otras actuaciones, las dos que a continuación se describen brevemente, si bien se debe señalar que ambas están presentes en otros recursos, como los recursos móviles de administración de metadona o los existentes en el nivel de intervención mínima, con las características apropiadas a cada recurso.

##### *3.3.2.6.1. Intercambio de jeringuillas*

Se trata de facilitar a la persona drogodependiente el material estéril (jeringuillas, agua destilada, desinfectante,...) necesario para minimizar la posibilidad de infecciones asociadas al consumo de drogas (VIH, sida, hepatitis,..). También se facilitan preservativos para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual.



#### **3.3.2.6.2. Administración de metadona**

En el CAD la administración de metadona se lleva a cabo como forma de evitar el consumo de opiáceos y los perjuicios que suele llevar asociados. Al incluir al paciente en el programa de administración de metadona, se lleva a cabo una primera fase de prescripción y ajuste de la dosis, para pasar después a una fase de mantenimiento en la que se facilita y motiva al paciente hacia la normalización de diversas áreas de su vida (reducción o abandono del consumo de otras sustancias, relaciones familiares, formación prelaboral,...), y posteriormente se pasa a una tercera fase en la que se va reduciendo la dosis de metadona hasta su abandono.

#### **3.3.3. Recursos móviles de dispensación de metadona**

Se trata de vehículos que tienen como misión acercar la metadona a las personas drogodependientes que están en tratamiento, con prescripción por un médico de un CAD, y que por algún motivo justificado no les es posible acceder a un centro dispensador. La principal diferencia con los recursos de intervención mínima que dispensan metadona es que la población que atienden estos últimos no está en tratamiento en ningún CAD.

#### **3.3.4. Nivel de Tratamiento Residencial**

##### **3.3.4.1. Unidades de Desintoxicación Hospitalarias**

Son dispositivos asistenciales sanitarios dentro de un servicio hospitalario, habitualmente ubicados en Salud Mental o Psiquiatría, aunque en algunos casos pueden pertenecer a Medicina Interna. En ellos se realizan ingresos, de carácter voluntario y programado, que tienen como objetivo general la realización de tratamientos de desintoxicación. Dicha intervención ha de enmarcarse dentro de un plan terapéutico individualizado y, por tanto, ha de programarse desde los CAD, dispositivos que constituyen el eje central de toda intervención y a donde ha de regresar el paciente tras el alta hospitalaria, que suele producirse tras una estancia breve (10-15 días).

La desintoxicación en el ámbito hospitalario se valorará cuando las condiciones de la persona usuaria y de su contexto dificulten de forma significativa su realización de forma ambulatoria.

Así, la existencia de fracasos repetidos, un importante desarraigo familiar, un ambiente familiar y/o social de elevado riesgo y la coexistencia de trastornos orgánicos o psicopatológicos relevantes para la desintoxicación, son factores que pueden aconsejar el ingreso en este dispositivo.

En ocasiones, el ingreso hospitalario puede estar motivado por la existencia de una posible patología dual, buscándose un mejor diagnóstico y tratamiento en un entorno controlado y en condiciones de abstinencia de sustancias.

En algunos hospitales existen unidades específicas para la desintoxicación del alcohol.

#### 3.3.4.2. *Comunidades Terapéuticas*

Son centros de carácter residencial, cuyo objetivo es la deshabitación, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de drogodependencias. Dentro de las mismas se lleva a cabo un tratamiento integral, que comprende intervenciones psicológicas, médicas y educativas, dirigidas, en último término, al desarrollo de un estilo de vida adecuado a un entorno social normalizado.

Este dispositivo está dirigido a pacientes que habitualmente presentan una importante desestructuración psicológica, familiar y/o social que dificulta de forma notable el desarrollo de un tratamiento exitoso en su medio habitual y que han fracasado de forma repetida en el ámbito ambulatorio. Hay que señalar que se requiere un elevado grado de motivación por parte del usuario, debido a la amplitud y profundidad del cambio planteado, dirigido no solo al abandono del consumo de sustancias, sino a la modificación de un estilo de vida a través de las experiencias que proporciona el contexto interpersonal de la propia comunidad terapéutica.

La prevención de recaídas será un punto fundamental a trabajar, de cara al mantenimiento del cambio una vez el sujeto regrese a su medio habitual.

Siguiendo a Comas (citado por Becoña y Cortés, 2011, p. 219) se puede señalar como rasgos fundamentales de las comunidades terapéuticas los siguientes:

- Son centros de carácter residencial, con atención las 24 horas y presencia continua del equipo de profesionales.
- El tiempo de estancia es limitado, en función de acuerdos establecidos previamente o de la evolución del paciente.
- El ingreso en el dispositivo es voluntario, aunque en ocasiones puede haber usuarios sujetos a medidas judiciales (menores, tratamientos alternativos u obligatorios a personas con trastorno mental).
- Presencia de un equipo multidisciplinar: psicólogos, trabajadores sociales, educadores, médicos, etc.
- Se pretende que la vida cotidiana en la comunidad terapéutica, así como las dinámicas de la misma, se constituyan en un entrenamiento para el regreso al medio habitual. A este objetivo responde la existencia de unas

normas que los residentes han de asumir previamente a su entrada en el dispositivo, y que han de cumplir a lo largo de toda la estancia. El número de plazas existente, que habitualmente oscila entre 20 y 40, debe posibilitar y contribuir al desarrollo de esta filosofía subyacente.

- El papel del aprendizaje social se combina con distintos procedimientos terapéuticos individuales y grupales.
- Las dinámicas complejas hacen preciso la existencia de una serie de procedimientos que faciliten su gestión de forma ordenada: historias clínicas, reuniones del equipo técnico para la toma conjunta de decisiones, “diarios de acontecimientos”, organigramas de responsabilidades, contratos terapéuticos, reglamento de régimen interno, etc.
- El objetivo de toda intervención debe ser ayudar a la persona a desarrollar un proyecto y un estilo de vida alternativo, que minimice sus dificultades y facilite su adaptación a un ambiente social normalizado.
- Ha de procurarse que los sujetos vayan asumiendo responsabilidades de forma progresiva en el funcionamiento de la comunidad, de tal forma que puedan extrapolar las habilidades y actitudes aprendidas a su medio habitual.
- La comunidad terapéutica no pretende ser una institución total, que resuelva todos los problemas de los residentes, sino que promoverá su independencia, a través de los recursos propios de la comunidad social (sistema sanitario, servicios sociales, sistema educativo, etc.).
- La evaluación ha de ser continua y debe realizarse por parte del equipo tanto durante el proceso como al final del mismo.

Como en el resto de las intervenciones en adicciones, ha de primar el principio de continuidad terapéutica, decidiéndose y programándose el ingreso en comunidad desde los centros ambulatorios (CAD).

El tiempo de estancia puede oscilar entre varios meses y tres años, en función del punto de partida, de la evolución, de los objetivos planteados y del dispositivo concreto.

### **3.3.5. Pisos**

Los pisos son dispositivos también residenciales y de convivencia que, a diferencia de las comunidades terapéuticas, se sitúan en edificios o zonas de viviendas normalizadas y se caracterizan por un régimen abierto. En ellos convive un

reducido número de personas, habitualmente acompañados y supervisados por miembros del equipo técnico, que tiene una presencia continua en el domicilio. Su objetivo principal, además del tratamiento de los problemas de abuso y dependencia de sustancias, es facilitar la reintegración del sujeto a la sociedad, de una forma autónoma y normalizada. Los candidatos para este recurso son personas drogodependientes cuyo entorno familiar y/o social dificultan de forma notable un adecuado tratamiento en su medio habitual.

Nuevamente, la residencia del paciente en un piso ha de considerarse dentro del plan individualizado de tratamiento, diseñado por el CAD. Las características del dispositivo concreto, así como sus objetivos y tipos de actuaciones, estarán en función de las necesidades del perfil de usuario al que está dirigido.

### **3.3.6. Nivel de intervención mínima**

En este nivel se sitúan una serie de recursos cuya función es minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas, así como llevar a cabo una vigilancia sobre enfermedades emergentes en la población drogodependiente que no desea comenzar un tratamiento. Estos objetivos se persiguen a través de actuaciones sanitarias y sociales variadas, que abarcan desde la provisión de lugares donde pernoctar y estar protegido de las inclemencias del tiempo, hasta la facilitación de prácticas de inyección más seguras en adictos por vía parenteral, o cuidados sanitarios básicos. En todos estos recursos se busca, además de la reducción del daño, la captación del drogodependiente hacia los dispositivos de tratamiento.

### **3.3.7. Recursos de Apoyo**

#### *3.3.7.1. Recursos socioeducativos*

Son recursos dirigidos a personas drogodependientes que están en tratamiento en la red y que buscan facilitar al paciente la consecución de un nivel educativo, cultural y de ocio que le permita su desarrollo personal y su incorporación al entorno comunitario. En ocasiones, se incluyen en los dispositivos de la red y en otros casos en centros dedicados especialmente a ello. A menudo se trata de asociaciones que no forman parte de la red de tratamiento.

##### *3.3.7.1.1. Centros de día*

Los recursos socioeducativos frecuentemente funcionan como Centro de Día, donde los pacientes acuden para lograr una nivelación educativa mediante la

adquisición de habilidades intelectuales y/o una nivelación curricular que les permita incorporarse a los dispositivos que el sistema educativo mantiene para los adultos.

#### *3.3.7.1.2. Recursos jurídicos*

Suelen ser recursos de atención, información, orientación, asesoramiento y mediación dirigidos a personas drogodependientes detenidas o con causas judiciales pendientes y a sus familias.

Generalmente son servicios creados mediante colaboración entre Consejerías y, en algunos casos, conveniados con otras organizaciones. La derivación a estos servicios se suele realizar a través de los CAD.

#### *3.3.7.1.3. Recursos de apoyo a la reinserción laboral*

Se trata de recursos de las administraciones públicas o de otras organizaciones que facilitan la incorporación de la persona con drogodependencia al circuito de reciclaje laboral y la búsqueda de empleo. Su objetivo es que el paciente pueda adquirir conocimientos técnicos de la profesión elegida, desarrollar hábitos de trabajo, habilidades de relación social en el medio laboral y técnicas de búsqueda de empleo.

Por tanto, la oferta terapéutica debe ser diversificada, con mayor motivo cuando la voluntad de la persona usuaria y su propia valoración sobre el servicio son los que condicionan el éxito del tratamiento.

El modelo general de asistencia debe estructurarse a través de los servicios comunitarios, tanto sociales como de salud. Estos servicios serían:

- Servicios Sociales Comunitarios y Servicios Básicos de Salud; puerta de entrada a la demanda de tratamiento, junto con las urgencias hospitalarias. Derivarán las demandas recibidas hacia el tratamiento más adecuado, asumiendo tareas de información y orientación por sí mismo, o recomendando un servicio social o sanitario.
- Servicios de Salud Comunitaria; con programas específicos de tratamiento de la toxicomanía. Actuación sectorizada y polivalente, en la que se incluirá la desintoxicación: ambulatoria o en hospitales.
- Comunidades Terapéuticas; utilizadas como recurso de tratamiento o de reinserción social por los servicios que actúan en ambos niveles.
- Programas sociales comunitarios; programarán la reinserción social del adicto mediante los dispositivos y recursos comunitarios o que sea preciso crear para ello.

Existen otras iniciativas privadas que dan respuesta a las necesidades de las personas con problemas de drogas. En algunos casos son iniciativas que parten de las administraciones locales.

### **3.3.8. *Iniciativas Privadas***

Además de las medidas adoptadas por las Comunidades Autónomas, Administración Central, etc., como nos señala Izquierdo (1992), existen otras de ámbito privado que son llevadas y dirigidas por las propias personas usuarias para que se den cuenta de que la situación es difícil y, para que se sientan capaces, con ayuda, de vencer dicha situación. Se defienden de esta situación por medio de una ayuda mutua y una auténtica renovación interior de su personalidad. Las características del drogodependiente deben modificarse hacia una forma más madura, responsable y personal de vivir, ya que, si no se transforma su forma de pensar no existirá una completa abstención de la droga. Las iniciativas privadas de las que hablamos serían:

#### *A) Centros de Acogida*

Son centros instalados en el mismo entorno donde transcurre la vida de estos individuos, en ocasiones en condiciones precarias. Dichos centros están dirigidos por personas de buena voluntad, en la mayoría de las ocasiones ex drogodependientes, que con la financiación de instituciones privadas y la colaboración desinteresada de personal médico, psicólogos o terapeutas, atienden gratuitamente a los jóvenes que se acercan a los citados centros a requerir sus servicios.

#### *B) Comunidades Terapéuticas*

Conforman el marco residencial en el cual se ofrece a los drogodependientes y otros marginados un ambiente de apoyo y motivación, junto a las técnicas de terapia que allí se aplican, posibilitando la recuperación de las personas que acuden de forma voluntaria a ellas.

#### *C) Granjas Agrícolas*

Son centros de tratamiento para jóvenes drogadictos, ubicados en el campo, construyendo pequeñas comunidades sujetas a una cierta disciplina, y dedicada a trabajos tranquilos en el campo, alternándose con diversas medidas de terapia de grupo durante su estancia allí.

*D) Técnicas de Meditación*

Consisten en una “alternativa” de vida, una llamada espiritual. Siguiendo este razonamiento dentro de la rehabilitación, se han puesto en práctica diversas medidas basadas en terapias espirituales. No todas son del mismo signo y de la misma actitud.

*E) Hogares Post-Cura*

Son centros de apoyo para la rehabilitación de drogadictos una vez desintoxicados y rehabilitados para lograr la integración en la vida familiar, social y laboral del ex drogodependiente.

*F) Proyecto Hombre*

La Asociación Proyecto Hombre tiene unas características muy peculiares. Su principal objetivo es el crecimiento y la maduración de la persona drogodependientes. El verdadero problema no está en la droga, si no en la persona. La persona con problemas de adicción suele padecer problemas personales previos a la drogadicción y ésta convierte la realidad en una despersonalización.

Por tanto, la rehabilitación consiste en reeducar a la persona. La persona adicta, necesita más que un simple tratamiento profesional de atención médica, psiquiátrica, necesita un proceso de autoconocimiento y asunción progresiva de su propia responsabilidad.

Los pacientes por consiguiente, se hacen a sí mismos a través de la interrelación y comunicación personal con los demás. Los valores primordiales que deben seguirse son la honestidad y la cultivación de la comunicación.

Esta Asociación es la escogida para llevar a cabo la investigación de la evaluación de su programa de prevención escolar y familiar “*Entre Todos*”.





## Capítulo IV: Prevención de Drogodependencias

### Introducción

El fenómeno de las drogodependencias ha sufrido evoluciones progresivas, derivado del hecho que en nuestro país se sostiene culturalmente el consumo de alcohol (García del Castillo, López-Sánchez y García, 2012). El cambio de percepción entre la población en los últimos veinte años ha propiciado la modificación de la idea de enfermedad en las personas que tienen problemas con el alcohol.

García del Castillo et al. (2012), resumen la situación vivida en España raíz del abuso de sustancias. La problemática del abuso de sustancias se fue desarrollando en la década de los sesenta hasta consolidarse en los ochenta, con el consumo principal de heroína. Esta circunstancia causó tanta alarma social por el aumento de los robos con violencia, los asaltos, los delitos vinculados a la obtención de sustancias; hechos que favorecieron desde el gobierno central la creación de una estructura que abordara la problemática de las drogodependencias en nuestro país, el PNSD. Su creación fue en el año 1985, con la principal función de crear dispositivos de tratamiento para las personas con problemas de adicción en las Comunidades Autónomas del estado.

El cambio de concepto del fenómeno de las drogodependencias, incluyendo estrategias preventivas se inicia en la década de los noventa, gracias a la creación del PNSD. Para llevar a cabo estas estrategias “se hace necesario actuar desde dos niveles: por un lado, tratando de modificar aquellas condiciones de riesgo de los entornos y, por otro, dotando a las personas de recursos y habilidades que ayuden a reducir sus condiciones de vulnerabilidad” (Moncada, 2012, p. 150).

Las estrategias preventivas pueden agruparse en función del grado de adaptación a los destinatarios, se subdivide en universal, selectiva e indicada; o teniendo como criterio el enfoque principal de la intervención, refiriéndose a informativas y de sensibilización, educativas, generación de alternativas, de protección y control, de reducción de riesgos. Todas estas alternativas estratégicas de prevención se aplican conforme a los distintos ámbitos de intervención. Los principales ámbitos de intervención son: prevención escolar, familiar, laboral, desde los medios de comunicación, comunitaria y ambiental. (Op. Cit., 2012).

Esta investigación se centra en la prevención escolar, debido a que el programa que se evalúa pertenece a este ámbito de trabajo. En este capítulo se conceptualiza la prevención de drogodependencias, se presentarán las bases para el diseño e implantación de un programa de prevención, para poder concretar en el programa de prevención escolar “*Entre Todos*”, perteneciente a la Asociación Proyecto Hombre.

## 4.1. Prevención en Drogodependencias

El término de prevención en drogodependencias hace referencia a “un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta y el consumo de drogas” (Martín, 1995).

La implementación de estas iniciativas persigue mejorar la formación integral de la persona impidiendo, reduciendo o anulando la aparición de conductas relacionadas directa o indirectamente con el consumo, uso y abuso de drogas.

Siguiendo esta línea, la Guía de Prevención y Evaluación de Recursos (2010), elaborada por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, define la prevención como la reducción de la incidencia del trastorno antes que ocurra o la detección temprana en sus estadios iniciales.

Esta definición queda incompleta, por lo que es necesario incluir la definición del término drogodependencia, para completarla.

La OMS (2001) define drogodependencia como “determinadas reacciones comportamentales o de otro tipo, en particular una fuerte compulsión a tomar la sustancia en cuestión de manera continuada para experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar causado por su carencia” (p. 13).

Por otra parte, Becoña (2002, p. 21) define drogodependencia como:

El estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizada por:

- 1) Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio
- 2) Tendencia a incrementar la dosis,
- 3) Dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga
- 4) Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad

En definitiva, se puede definir la prevención de drogodependencias como la implementación de actuaciones, puntuales o duraderas en el tiempo, que permitan evitar el inicio y/o la reducción del consumo de sustancias en el ámbito escolar, familiar, laboral, comunitario, etc., para potenciar los factores de protección y minimizar los de riesgo.

## 4.2. Recorrido histórico sobre Prevención

El trabajo en el ámbito de la prevención del consumo de drogas se viene desarrollando desde la creación del PNSD. Todas las estrategias aplicadas a este respecto han ido evolucionando con el paso del tiempo, debido a las investigaciones y los trabajos sobre la eficacia, eficiencia y efectividad de las actuaciones desarrolladas (Moncada, 2012).

Las estrategias de prevención, se definen como “el conjunto de actuaciones dirigidas a reducir los factores de riesgo asociados al consumo y abuso de sustancias y a fortalecer los factores de protección frente a estas conductas” (Moncada, 2012, p. 149). Las estrategias utilizadas en prevención de drogodependencias en función de dos criterios:

- En función del grado de adaptación a los destinatarios, se puede hablar de universales, selectivas e indicadas.
- En función del enfoque principal de la intervención, recoge intervenciones informativas y de sensibilización, educativas, de generación de alternativas, de protección y control, por último, de reducción de riesgos (Op. Cit. 2012, p. 150).

La historia referida a estas intervenciones comienza a nivel internacional, hace aproximadamente 50 años donde se iniciaron los primeros intentos de prevención con programas meramente informativos. Estos programas solo abordaban los efectos de las sustancias, principalmente los negativos. Este modo de proceder era la tónica general de los años 60 y 70, donde se intentaba “convencer” a las personas sobre la “desviación” que suponía el uso de drogas.

La hipótesis de partida era que la ausencia de información sobre dichos efectos perjudiciales aumentaba el problema, mientras que la comprensión de sus posibles consecuencias suponía un potente elemento persuasivo frente a las drogas, diseñando de esta manera programas que proporcionaban este tipo de información, especialmente mediante el uso de “testimonios” de personas en tratamiento o

rehabilitados. Es decir, se pensaba que brindando información “realista” con respecto a las sustancias, se evitaría el consumo.

Tras estas primeras experiencias, recogido por Molina, Quintero, Pardo, Lorenzo, Fernández, Cañeillas (2012), aparecieron los programas basados en el abordaje emocional y la psicoterapia, como medio para tratar el consumo. Esta metodología de trabajo realizó aportaciones importantes con respecto al tratamiento de la drogodependencia. El problema principal de esta metodología fue que, al ser evaluada de manera rigurosa aplicándola a los programas de prevención, no arrojó resultados significativos, tal y como comenta Becoña (2002).

Hacia finales de los años 70 y principios de los 80, los modelos se orientaron hacia el modelo de influencias sociales, especialmente a los aportes de Bandura (Becoña, 1999) y la intervención psicosocial del ambiente más próximos, la personalidad y los factores de riesgo conductuales. Un buen ejemplo, es el “Strengthening Families program/SPF”, programa de fortalecimiento de competencias familiares de Karol Kumpfer.

Entre los modelos de habilidades generales, se destacaba principalmente el programa de “Entrenamiento en habilidades para la vida (Life skills)” de Botvin (1995), centrado en el desarrollo de herramientas generales que enfatizan el manejo de influencias sociales, así como la capacidad de soportar la presión del grupo.

En España, el movimiento social había sido el motor de los programas hasta la aparición, en 1985, del PNSD y el planteamiento de la prevención del consumo de drogas como una de sus líneas prioritarias. En ese momento, como respuesta a la alarma social (hablamos de la Epidemia de la Heroína, con mucho énfasis sobre el consumo de drogas ilegales, la drogodelincuencia y la marginalidad social), se sentaron las bases de una actuación seria y consistente en materia de prevención, contemplando los ámbitos familiar y escolar como los principales beneficiarios de los programas (Molina et al., 2012).

Se iniciaba el proceso de reconocimiento de la labor de los y las docentes, y de las familias como los agentes preventivos de primer orden, donde se debía incidir para trabajar la prevención del consumo de drogas.

En un principio, a pesar de esto, seguimos hablando de actuaciones puntuales, fundamentalmente informativas y con escasa coordinación entre unas acciones y otras. La ausencia de seguimientos posteriores y de evaluaciones por criterios (eficacia, impacto, cobertura...) se convirtió en una constante hasta finales de los 90.

Todo este panorama fue la antesala de la aparición de programas basados en la Educación para la Salud y con una continuidad temporal, permitiendo articular las

actividades y generar esos seguimientos, más informales en un principio, y mucho más estructurados posteriormente. Sigue siendo, fundamentalmente, prevención en el ámbito escolar, quedando el ámbito comunitario fuera de las principales acciones.

Desde el año 2000, el PNSD ha fomentado el desarrollo de los programas preventivos en España, a través de los convenios de colaboración con diversas entidades dedicadas al ámbito de la prevención, así como a la participación en redes de centros dedicados a abordar la problemática de las drogodependencias. El PNSD actúa como coordinador y facilita la puesta en marcha de los programas, utilizando como referentes internacionales para obtener un mayor estándar de calidad las directrices del Instituto Nacional de Adicciones de Estados Unidos (NIDA) y del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT).

Junto a la creación de los estándares de calidad, el propio PNSD inicia su andadura en la creación de las Estrategias Nacionales sobre drogas 2000-2008 y 2009-2016. Estas estrategias se completan con el Plan de Acción sobre drogas 2009-2012, comentado en capítulos anteriores.

La participación de las ONG bajo el auspicio y coordinación del PNSD para la realización de programas de prevención ha sido fundamental. Este proceso ha permitido la implementación de estos programas en los diferentes ámbitos de trabajo escolar, familiar, laboral, pre-laboral, comunitario, etc.

Un ejemplo de estas entidades participantes podría ser: la Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD), Cruz Roja, Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA) y la Asociación Proyecto Hombre.

La colaboración de estas entidades incidía en el diseño e implementación de programas de prevención en los diferentes ámbitos en los que trabajaban.

La red que han creado las entidades públicas y privadas en prevención ha sido fundamental para el desarrollo de unos programas que, en palabras de Becoña (2002, p. 15):

Se han sabido adaptar en poco tiempo a las nuevas realidades sociales, como son ejemplos recientes el consumo recreativo de drogas, el fenómeno del «botellón», las «drogas de síntesis», etc. Todo ello nos indica claramente que hoy podemos hablar de la ciencia de la prevención.

La incipiente ciencia de la prevención ha posibilitado que desde instituciones como el PNSD se apueste por la evaluación de los programas que se realizan, tanto a

nivel de prevención como tratamiento y reinserción. Es decir, comenzamos a hablar de prevención basada en la evidencia (NIDA, 1997; Becoña, 2002).

Para finalizar este apartado sobre el recorrido histórico de la prevención, se recogen a modo de conclusión las palabras de José Luis Cañas (2004), que expresaba que los modelos teóricos y los programas prácticos se configuran como preventivos a aquellos que ayudan a la persona a descubrir el respetarse a sí misma y a los demás; basándose en la responsabilidad, en la comunicación y en la libertad. Si los programas no consiguen estos beneficios no ayudarán a resolver los problemas de adicción ni de cualquier índole.

### **4.3. Teorías que sustentan el trabajo en Prevención**

Con respecto a las teorías que sustentan el ámbito de la prevención de drogodependencias, se esbozan brevemente las teorías que se consideran fundamentales a la hora de prevenir el uso y abuso de drogas.

#### *A) Teoría de la conducta-problema (Jessor y Jessor, 1977)*

Esta teoría está basada en la teoría de los factores de riesgo y protección. Hace referencia a que el uso experimental de drogas se produce en el período de la adolescencia; provocando la funcionalidad de expresar rechazo a las normas convencionales, reforzar la integración en el grupo de iguales, etc.

El objetivo que se persigue para trabajar a nivel de prevención con esta teoría sería prevenir las conductas desadaptadas de manera global; haciéndoles conscientes que es un error pensar que los beneficios de las drogas son mayores que los riesgos derivados de ellos.

Esta teoría sostiene la premisa de que una conducta de riesgo no se suele producir de forma aislada, sino que va relacionada con otras, como uso experimental de drogas, conducta sexual, rebelión... Estos sujetos tienen menos rendimiento en la escuela, participan menos en actividades de promoción social. Son más propensos a otras conductas de riesgo (delincuencia, conductas sexuales de riesgo...) que los que no consumen.

#### *B) Teoría de la Secuencia y Escalada del Consumo de Drogas (Kandel, 1980)*

Esta teoría especifica que el consumo de drogas comienza con:

1. Drogas legales: Sobreestimar capacidad para evitar problemas: Ilusión de control.

## 2. Drogas ilegales.

Esta escala es probable pero no necesaria; un consumo de drogas ilegales, ha tenido una secuencia de entrada o inicio desde las drogas de entrada o legales, con un posterior consumo de las drogas llamadas de transición (cannabis).

El problema radica en la ilusión de control, es decir, que el joven o la joven cree que es capaz de controlar el consumo, sin llegar a tener problemas de adicción (“yo cuando quiera lo dejo”, palabras de usuarios adolescentes antes de reconocer su problema).

### *C) Teoría Biopsicosocial (Becoña, 1999)*

Este modelo proviene del ámbito de la Educación para la Salud, que considera al individuo integrado por dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. En este caso, la responsabilidad del consumo recae en el individuo y en la sociedad.

Para abordar el ámbito de prevención en este modelo teórico, se debe realizar un proceso activo a nivel físico, psicológico y/o social. Considerar del mismo modo, los factores de riesgo y protección, teniendo en cuenta los ámbitos: familiar, escolar, personal, grupo de iguales, centro educativo y las actividades que se realizan.

### *D) Modelo de Competencia (Aguilar-Morales, 2000)*

El modelo de Competencia se basa en el desarrollo de actitudes para desenvolverse en distintos contextos. En este caso para trabajar el ámbito preventivo se debe trabajar con la persona la adquisición de conocimientos, aptitudes, habilidades socio-afectivas para afrontar situaciones críticas que se pueden producir a lo largo de su vida.

### *E) Modelo Ecológico (Pastor y López-Latorre, 1993)*

Este modelo tiene como referencia la Psicología Ambiental. A nivel preventivo la estrategia sería la intervención en la relación persona-ambiente, teniendo en cuenta los factores de riesgo y protección que repercuten en el proceder de la persona.

Por lo tanto, se debe trabajar para que la familia, la escuela, el grupo de iguales y la sociedad colaboren conjuntamente y de manera coordinada en fomentar la Promoción de la Salud del individuo.

### *F) Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (Prochaska, 1978)*

El modelo Transteórico ayuda a comprender los procesos de cambio y cómo y por qué las personas, con o sin ayuda profesional, se implican en esos procesos.

En dicho modelo se integran estadios, procesos y niveles de cambio. La dimensión de los estadios indica cuándo las personas se deciden a realizar cambios que modifican su conducta. Los procesos de cambio indican cómo se realizan estos cambios al pasar de un estadio al próximo. Los niveles ponen de manifiesto qué es lo que necesitan cambiar las personas para realizar el cambio, una vez decidido.

Por lo tanto, este modelo explica muy bien los estadios por los que pasa una persona que comienza a iniciar el abandono de su consumo. Los estadios serían: precontemplación, contemplación, preparación, acción, recaída y mantenimiento.

*G) Modelos Comprensivos: Teoría del Desarrollo Social (Catalano y Hawkins, 1996)*

Esta teoría hace hincapié en el concepto de la autoeficiencia como un componente central de la misma, y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta.

Dicha teoría considera tanto los factores de aprendizaje, los procesos cognitivos y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona.

*H) Teoría del Autorechazo de Kaplan (Kaplan, 1972)*

Se basa en que los y las adolescentes buscan la aceptación y aprobación para sus conductas. Cuando su conducta se desvía de las expectativas de conducta de su familia, docentes y otras personas de referencia; esa situación se convierte en una fuente de malestar psicológico que debe ser resuelto. Cuando pierden el favor de los adultos que les proporcionan afecto y sus figuras de autoridad, entonces aparecen sentimientos de autorechazo que requieren de una respuesta correctiva o compensatoria.

*I) Modelo General Subyacente o Teoría de los factores de riesgo y protección (Clayton, 1992)*

Según esta teoría, existen muchos factores que influyen en el inicio del consumo de sustancias y en la progresión del mismo. En este sentido Carballo, García, Secades, Fernández, García, Errasti y Al-Halabi (2004, p. 674) definen tanto factores de riesgo como de protección:

- Factores de riesgo: Aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o el mantenimiento del uso y abuso de drogas.
- Factores de protección: Aquellas variables que contribuyen a modular o limitar el uso de estas sustancias.



Los factores de riesgo que se asocian al ámbito de las drogodependencias se enmarcan en tres grandes grupos: individuales, contextuales e interpersonales (Hawkins, Catalano y Miler, 1992; Moncada, 1997; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992; Carballo et al., 2004).

Carballo y colaboradores (2004, p. 674) aglutinan dentro de estos tres ámbitos las siguientes características:

- Los factores individuales hacen referencia a la vulnerabilidad biológica, a los estados emocionales de la persona y, a las actitudes favorables hacia el consumo.
- Los factores contextuales engloban comportamientos referidos a conductas de consumo, como, factores culturales, geográficos, económicos, influencia de los medios de comunicación o la propia comunidad.
- Los factores interpersonales tienen que ver con el ámbito escolar, el grupo de iguales, el ámbito familiar.

Al respecto de los factores de riesgo y protección Moncada (1997) comenta que la familia, la sociedad, el centro educativo, el grupo de iguales, la comunidad, incluso la propia persona o sus factores individuales, deben considerarse un factor de riesgo que facilita la permanencia en el consumo de drogas, la percepción de riesgo de las mismas, junto a las creencias y actitudes personales hacia la conducta de consumo de drogas.

Por lo tanto, los programas de prevención deben basarse en fomentar los factores de protección existentes en el entorno de la persona y minimizar los factores de riesgo; debido a que un gran número de factores de riesgo puede provocar la propensión al inicio y consumo de drogas en el futuro.

Se puede afirmar que los factores a los que debe atenderse hacen referencia al individuo, familia, grupo de iguales, comunidad, centro educativo, sociedad.

*J) Modelo Transteórico del cambio en drogodependencias de Zinberg (1986)*

Para finalizar, como resumen de todas las teorías y modelos comentados, se presenta la figura 4.1, que representa los elementos del proceso adictivo de Zimberg.

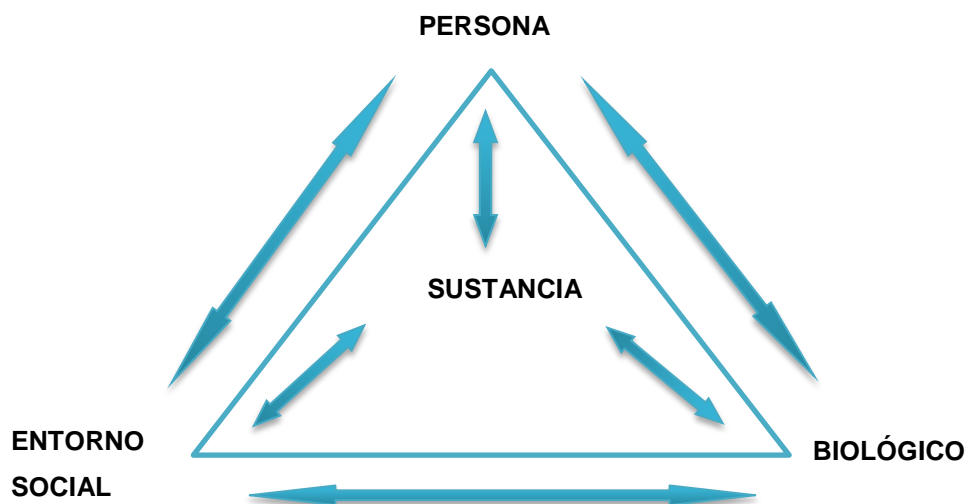


Figura 4.1. Triángulo del proceso de cambio de un proceso adictivo en la persona.  
Fuente: Adaptado de Zimberg, 1986

La figura refleja que entorno al consumo de cualquier droga o incluso el proceso adictivo de otras conductas (uso continuado de internet, móvil...) se encuentran muchos factores que favorecen o dificultan el acceso y/o el hábito de consumo.

Entre los factores se encuentran, el biológico, que hace referencia al apartado genético del que partimos a nivel familiar, el entorno social en el que nos movemos es otro factor a contemplar muy fuerte que provoca el tener mayor probabilidad de consumo o no; referido principalmente al tema actividades de ocio, en entorno donde se vive, el grupo de iguales y sus conductas... Se incluye el factor de la sustancia como otro factor importante a considerar debido a que debe tener en cuenta en patrón de consumo, si existe abuso o uso, el tiempo de consumo, etc.

Además es necesario contemplar que la propia persona, su capacidad de valorar consecuencias de las acciones que realiza, su personalidad, los estilos cognitivos y conductuales, su percepción de riesgo, su proceso de socialización. Todo esto condiciona el que una persona pase a ser consumidora o no.

El entorno social donde se mueve la persona es imprescindible contemplarlo como factor, ya que puede facilitar mucha información con respecto al consumo (grupo de iguales con quien se relaciona, percepción de uso y disponibilidad de sustancias, etc).

Por lo tanto, esta figura abre paso a lo que se define como factores de riesgo o protección. Estos factores deben ser muy tenidos en cuenta para abordar y analizar las adicciones en las personas.

#### 4.4. Programas de Prevención

Este apartado se inicia con el proceso de conocimiento de los programas preventivos para terminar explicando el programa objeto de estudio de esta investigación.

Se puede correr el riesgo de confundir el término de prevención con el de programa de prevención, o incluso con acción preventiva. Como bien apunta Becoña (1999) prevención es un concepto genérico y amplio; sin embargo, programa de prevención es más sistemático y específico.

Del mismo modo no puede confundirse acción preventiva con programa de prevención; debido a que como sugieren Martínez (2003) y Escamez (1990) un programa de prevención necesita un conjunto coherente de acciones bien construidas y encadenadas a partir de una evaluación de necesidades, y buscando la adaptación de las actividades al cumplimiento de los objetivos realistas trazados para conseguir el fin del programa a implementar. Las acciones puntuales no dejan de ser actividades concretas donde no se realiza una detección de necesidades previa.

Los programas de prevención que se diseñan e implementan en España deben cubrir unos principios mínimos recogidos por el Instituto Nacional de Adicciones de Estados Unidos (NIDA). En estos principios se esbozan claramente los requisitos que debe tener un programa para que se considere preventivo.

El objetivo de estos principios es el de ayudar a las familias, educadores, y líderes comunitarios a ponderar, planificar, e introducir programas de prevención del abuso de drogas con bases científicas a nivel comunitario. Los dieciséis principios que recoge NIDA (2004, p. 2) sobre prevención son:

**Principio 1** - Los programas de prevención deberán mejorar los factores de prevención y revertir o reducir los factores de riesgo. (Hawkins et al., 2002).

- El riesgo de convertirse en un abusador de drogas involucra una relación entre el número y el tipo de los factores de riesgo (Ej., actitudes y comportamientos desviados) y los factores de protección (Ej., el apoyo de los padres) (Wills et al., 1996).

- El impacto potencial de factores específicos de riesgo y de protección cambia con la edad. Por ejemplo, los factores de riesgo dentro de la familia tienen un impacto mayor en un niño más joven, mientras que la asociación con compañeros que abusan de las drogas puede ser un factor de riesgo más importante para un adolescente. (Gerstein and Green, 1993; Dishion et al., 1999).
- Una intervención temprana en los factores de riesgo (Ej., conducta agresiva y un auto-control deficiente) a menudo tiene un impacto mayor que una intervención tardía al cambiar la trayectoria de la vida del niño alejándolo de los problemas y dirigiéndolo hacia conductas positivas. Hawkins et al., 2008).
- Aunque los factores de riesgo y de protección pueden afectar a personas de todos los grupos, estos factores pueden tener un efecto diferente dependiendo de la edad, sexo, raza, cultura y ambiente de la persona (Beauvais et al., 1996; Moon et al., 1999).

**Principio 2** – Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas del abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo de drogas legales (Ej., el tabaco o el alcohol) por menores; el uso de drogas ilegales (Ej., la marihuana o la heroína); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (Ej., los inhalantes), los medicamentos de prescripción, o aquellos que no necesitan prescripción. (Johnston et al., 2002).

**Principio 3** - Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, escoger los factores de riesgo que se pueden modificar, y fortalecer los factores de protección que se conocen (Hawkins et al., 2002).

**Principio 4** - Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar riesgos específicos a las características de la población o de la audiencia, tales como la edad, el sexo, y la cultura, para mejorar la eficacia del programa (Oetting et al., 1997; Olds et al., 1998; Fisher et al., 2007; Brody et al., 2008).

**Principio 5** - Los programas de prevención para las familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir habilidades para ser mejores padres; entrenamiento para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de

sustancias; y la información y educación sobre las drogas (Ashery et al., 1998).

La compenetración familiar constituye el cimiento de la relación entre los padres y los hijos. Se puede fortalecer esta compenetración a través de un entrenamiento para mejorar la capacidad de apoyo de los padres a los hijos, la comunicación entre padres e hijos, y la participación de los padres con los hijos (Kosterman et al., 1997; Spoth et al., 2004).

- El monitoreo y la supervisión de los padres son esenciales para prevenir el abuso de las drogas. Se pueden mejorar estas habilidades con entrenamiento de cómo establecer reglas; técnicas para el monitoreo de actividades; el elogio por conducta apropiada; y la disciplina moderada y consistente que hace respetar las reglas de la familia anteriormente definidas. (Kosterman et al., 2001).
- La educación y la información sobre las drogas para los padres o los cuidadores refuerza lo que los niños están aprendiendo sobre los efectos dañinos de las drogas y brinda la oportunidad para la discusión familiar sobre el abuso de sustancias legales e ilegales (Bauman et al., 2001).
- Las intervenciones cortas enfocadas en la familia y dirigidas a la población en general pueden cambiar positivamente conductas específicas de los padres que pueden reducir los riesgos futuros para el abuso de drogas (Spoth et al., 2002b).

**Principio 6** - Se pueden diseñar los programas de prevención para una intervención tan temprana como en los años preescolares que enfoquen a los factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa, y dificultades académicas (Webster-Stratton, 1998; Olds et al., 1998; Webster-Stratton et al., 2001; Fisher et al., 2007).

**Principio 7** - Los programas de prevención para los niños de la primaria deben ser dirigidos al mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas como la agresión temprana, el fracaso académico, y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes habilidades: (Conduct Problems Prevention Research Group, 2002; Jalongo et al., 2001; Riggs et al., 2006; Kellam et al., 2008; Beets et al., 2009):

- auto-control;

- conciencia emocional;
- comunicación;
- solución de los problemas sociales; y
- apoyo académico, especialmente en la lectura.

**Principio 8** - Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria (middle or junior and high school) deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes habilidades: (Botvin et al., 1995; Scheier et al., 1999; Eisen et al., 2003; Ellickson et al., 2003; Haggerty et al., 2007):

- hábitos de estudio y apoyo académico;
- comunicación;
- relaciones con los compañeros;
- auto-eficacia y reafirmación personal;
- habilidades para resistir las drogas;
- refuerzo de las actitudes anti-drogas; y
- fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.

**Principio 9** - Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en puntos de transición claves, como la transición a la escuela media (“middle school”), pueden producir efectos beneficiosos aún entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo. Tales intervenciones no se dirigen a las poblaciones en riesgo en particular, y por lo tanto, reducen el encasillamiento y promueven los lazos fuertes con la escuela y con la comunidad (Botvin et al., 1995; Dishion et al., 2002; Institute of Medicine, 2009).

**Principio 10** - Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficientes que un programa individual (Battistich et al., 1997; Spoth et al., 2002c; Stormshak et al., 2005).

**Principio 11** - Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios ambientes—por ejemplo, en las escuelas, los clubes, las organizaciones religiosas, y los medios de comunicación—son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes en cada uno de los ambientes a lo largo de toda la comunidad (Chou et al., 1998; Hawkins et al., 2009).

**Principio 12** - Cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, normas comunitarias, o diferentes requerimientos culturales, deben mantener los elementos básicos de la intervención original basada en la investigación (Spoth et al., 2002b; Hawkins et al., 2009), que incluyen:

- la estructura (cómo está organizado y compuesto el programa);
- el contenido (la información, las habilidades, y las estrategias del programa); y
- la introducción (cómo se adapta, implementa y evalúa el programa).

**Principio 13** - Los programas de prevención deben ser a largo plazo con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención. Las investigaciones demuestran que los beneficios de los programas de prevención en la escuela media disminuyen si no hay programas de seguimiento en la secundaria. (Botvin et al., 1995; Scheier et al., 1999).

**Principio 14** - Los programas de prevención deben incluir entrenamiento a los profesores en la administración positiva de la clase, como la recompensa por la buena conducta del estudiante. Estas técnicas ayudan a fomentar la conducta positiva, el rendimiento escolar, la motivación académica, y la formación de lazos fuertes con la escuela (Ialongo et al., 2001; Kellam et al., 2008).

**Principio 15** - Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y jugando a desempeñar el papel de los padres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de habilidades (Botvin et al., 1995).

**Principio 16** - Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes. Al igual que las investigaciones anteriores, la investigación reciente muestra que por cada dólar invertido en la prevención, se puede obtener un ahorro hasta de \$10 en tratamientos para el abuso del alcohol u otras sustancias. (Aos et al., 2001; Hawkins et al., 1999; Pentz, 1998; Spoth et al., 2002a; Jones et al., 2008; Foster et al., 2007; Miller and Hendrie, 2009).

#### **4.4.1. Clasificación de los niveles de prevención**

En 1994 el Instituto de Medicina (IOM) propuso un nuevo marco para la clasificación de la prevención, que ha sido ampliamente adoptado en el ámbito del desarrollo preventivo, sustituyendo a los anteriores conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria.

García-Rodríguez (1989, citado en García del Castillo, López-Sánchez, Carballo y García del castillo, 2012, p. 110) define la clasificación de la prevención del siguiente modo:

- **Prevención Primaria.** Es la que intenta evitar el comienzo de la patología o su difusión, incluyendo los grupos de alto riesgo. Persigue la promoción de la salud en general.
- **Prevención Secundaria.** Su objetivo prioritario es la atención, y a ser posible detección, en sus primeras fases de deterioro de los comportamientos de salud. Está mucho más centrado en el individuo.
- **Prevención Terciaria.** Su objetivo es reducir o eliminar las consecuencias y efectos de la enfermedad. Además de ser también de corte individual gira hacia la integración y la reinserción social posterior a la supresión del problema.

El principio rector de este marco de clasificación de la prevención parte de la población objeto, derivado del riesgo de abuso de sustancias en lugar del objetivo general o el contenido de una intervención de prevención.

Por tanto, los niveles de prevención propuestas por el Instituto de Medicina (Mrazek y Haggerty, 1994) son:

- **Prevención universal:** las estrategias dirigidas a toda la población (comunidad local, los alumnos y el vecindario). El objetivo de la prevención universal es impedir o retrasar la aparición de abuso de sustancias, proporcionando todas las personas con la información y las habilidades necesarias para prevenir el problema.
- **Prevención selectiva:** las estrategias dirigidas a grupos de población cuyo riesgo de un trastorno es significativamente superior a la media, ya sea inminente o durante toda la vida concreta.
- **Prevención indicada:** estrategias dirigidas a las personas que están exhibiendo indicadores que están altamente correlacionados con un riesgo individual de desarrollar abuso de sustancias más tarde en su vida o con los primeros signos de uso problemático de sustancias. El



objetivo de los esfuerzos de prevención indicada es para prevenir el desarrollo rápido de una dependencia, para disminuir la frecuencia y evitar el consumo de sustancias "peligrosas".

A partir de esta clasificación, Becoña (2003) comienza a hablar de Ciencia de la Prevención o Preventología Aplicada. La citada ciencia se desarrolla a través de modalidades preventivas que varían en función del objetivo que se pretenda, ya bien sea de forma directa o indirecta.

La **modalidad específica** hace referencia al trabajo en prevención centrado en las sustancias o en las drogas concretamente, sus características, efectos, consecuencias mitos relacionados, etc. Sin embargo, la **prevención inespecífica**, es la que se ocupa de abordar las estrategias necesarias para disminuir la vulnerabilidad de una persona o grupo para desarrollar problemas de drogodependencias (Martínez, 2003, Escamez, 1990).

Ambas modalidades deben incluirse en un programa de prevención, si se persigue que sea sólido y efectivo; ya que, con este proceder se consigue formar integralmente a la persona que es lo que requerían los principios de NIDA, vistos en el apartado anterior.

#### **4.4.2. Ámbitos de prevención**

Las actuaciones en el campo de la prevención de drogodependencias se desarrollan en tres ámbitos principalmente escolar, familiar y comunitario. Actualmente se cuenta con programas preventivos en el ámbito laboral. Se persigue que en cada ámbito de trabajo exista personal técnico especializado encargado de implementar las acciones que se diseñen al efecto.

En el sentido de diseñar programas preventivos fiables es necesario disponer de una coordinación máxima entre las distintas entidades, organismos y administraciones que trabajan en este tema. Para este objetivo se ha diseñado el Plan de Acción sobre Drogas 20013-2016, que se engloba dentro de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 del PNSD, comentado en capítulos anteriores. Dos de los objetivos principales que plantea el PNSD (2013) en este Plan son:

- Incrementar y mejorar la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento
- Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas. (p. 17).

#### 4.4.2.1. La familia

La familia constituye primer nivel de socialización del individuo, debido a que, es el núcleo en el que crece y se desarrolla. El papel de la familia en la educación y en la transmisión de valores a los y las menores es fundamental para la maduración personal. La familia constituye el referente en la conducta para los y las menores. Por este motivo, la familia debe implicarse en los programas preventivos dirigidos a los y las menores; ya que, “juegan un papel primordial en la inicio y el mantenimiento en la conducta de uso de drogas” (Carballo et al., 2004, p. 675). Además su colaboración, ayudará a conseguir los objetivos del programa, por un lado, madurarán como familia, por otro y, finalmente se convertirán en agentes preventivos que fomentan el crecimiento personal y social de sus hijos e hijas.

Como apunta García del Castillo et al. (2012) los objetivos que persigue la prevención familiar son “el desarrollo habilidades de educación de los padres y la mejora de la comunicación entre padres e hijos con el fin de reducir la probabilidad del consumo de sustancias” (2012, p. 115).

#### 4.4.2.2. El centro educativo

Los centros educativos se convierten en el escenario perfecto para llevar a cabo las actuaciones preventivas derivadas de un programa, ya que el propio centro asume el papel de intervenir en la educación para la salud y la promoción de hábitos saludables. Además cuenta con un equipo de profesionales en el terreno educativo que facilita el acompañamiento del alumnado en la tarea de la madurez personal, tanto a nivel de capacidades, expectativas, valores, etc.

En la puesta en funcionamiento de los programas preventivos en los centros educativos, el profesorado se convierte en agente preventivo, debido a su condición de referente en el aula donde se llevan a cabo las actividades diseñadas en el programa de prevención. Por este motivo, muchos programas de prevención destinan tiempo y recursos a la formación de estos profesionales. Es decir, realizan una doble función con el alumnado les educan y les forman es habilidades para el afrontamiento del consumo de drogas en su entorno.

Los programas que se llevan a cabo en los centros educativos no están exentos de limitaciones, como señala Becoña (2003, citado en García del Castillo et al., 2012), debido a que “su máxima pretensión es llegar a todos los jóvenes escolarizados y este hecho se ve afectado porque los sujetos que más podrían necesitarla habitualmente fracasan en sus estudios o acuden poco a las clases”. (p. 115).

#### 4.4.2.3. La comunidad

El ámbito comunitario está constituido por las estructuras, agentes, entidades, asociaciones, etc., existentes en una organización social de una población, de un barrio, etc. Es decir, pueden formar el ámbito comunitario las administraciones públicas locales; agentes sociales, sanitarios, laborales; asociaciones de cualquier índole; policía; docentes; familias; etc. Cada elemento que compone la comunidad puede ejercer influencia en las actuaciones preventivas que se lleven a cabo, a través de un trabajo de coordinación y de optimización de recursos para desarrollar el programa preventivo diseñado al efecto, considerando las necesidades de la propia comunidad y utilizando sus recursos para abordar la prevención. (García del Castillo et al., 2012).

#### 4.4.3. Agentes preventivos

Es necesario reconocer el papel de los agentes preventivos para obtener éxito en las actuaciones preventivas que se lleven a cabo en los diferentes ámbitos antes comentados. Dichos agentes cumplen la función de servir de referentes para la adolescencia y la juventud. Como se ha comentado anteriormente, son personas de referencia de la zona, del barrio, del centro del aula, donde se lleva a cabo la actuación. Pueden ser agentes preventivos docentes, alumnado de mayor edad, entrenadores deportivos, miembros de asociaciones juveniles, etc.

Debido a su gran poder de referencia con la adolescencia y la juventud, los agentes deben ser formados en aspectos relacionados con la prevención de drogodependencias para que puedan implementar adecuadamente el programa de prevención concreto, atendiendo a las características del ámbito al que vaya destinado.

La formación de los agentes preventivos es primordial porque, por un lado, son los que mejor conocen la realidad del entorno en donde se desarrolla el programa, les otorgan sentido a las actividades que desarrollan y, por otro, la formación les capacita para abordar imprevistos que puedan surgir en el transcurso de la implantación del programa.

Los aspectos teóricos que se incluyen en la formación de los agentes preventivos quedan recogidos adecuadamente en la documentación de la Asociación Proyecto Hombre (2003), concretamente en el programa “*Entre Todos*”. Los citados aspectos hacen referencia a:

- Concepto de prevención, principios fundamentales de la misma.
- Análisis de los principales modelos teóricos que sustentan la prevención.

- Conocimiento sobre las diferentes sustancias y sus efectos en el organismo.
- Análisis de las características evolutivas de la adolescencia, su relación con el consumo de drogas, y cómo debe abordarse la prevención en esta etapa.
- Reconocimiento de la importancia del papel de los agentes preventivos en los ámbitos de aplicación en prevención.

En definitiva, para que los programas de prevención sean efectivos es necesario que incidan en el entorno social en el que se van a desarrollar y cuenten con la aceptación y participación de la población. Lo que implica la sensibilización e incorporación de personas, grupos, organizaciones; en consecuencia el entorno social, y la coordinación de los diversos sectores que integran la comunidad en el desarrollo de las actuaciones preventivas.

#### ***4.4.4. Áreas de trabajo en prevención de drogodependencias***

Derivado de la experiencia aculada por la Asociación Proyecto Hombre y la formación de los y las profesionales de la que se compone, se hace necesario esbozar consideraciones sobre las posibles áreas de trabajo para abordar el tema de la prevención de drogodependencias en la sociedad. Esta experiencia acumulada del campo del tratamiento y la reinserción, junto con las directrices del PNSD hace que se parta de la base de no establecer el consumo de drogas como un comportamiento aislado en el desarrollo de la persona, sino que tiene estrecha vinculación con el estilo de vida y las dimensiones que conforman su realidad social y personal. Es decir, el consumo de drogas se conecta con el estilo y los hábitos de vida que una persona desarrolle en su proceso de crecimiento personal, poniendo de manifiesto la utilización de habilidades, y destrezas encaminadas al afrontamiento de la oferta de la demanda de drogas existente en la sociedad.

Becoña (2007) también apunta que:

Es necesario entrenar a los jóvenes no solo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención de las distintas drogas. (p. 18).

Por estos motivos, la prevención debe encaminarse a educar para la vida, haciendo hincapié en las variables que inciden en la aparición y desarrollo del

consumo de drogas, buscando en todo momento la adquisición de habilidades, destrezas y estrategias que faciliten ese proceso.

A modo de ejemplo Becoña (2007, 2012) recoge los elementos que debe tener presente un programa preventivo:

- Que ofrezca información sobre sustancias y las consecuencias para la salud.
- Que se realice un conocimiento sobre los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de las sustancias en cuestión.
- Que se conozcan y detecten los factores de riesgo y protección para todo el grupo y para ciertos individuos del grupo.
- Que exista un entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo.
- Que se realice un entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana.
- Que se aprenda la toma de decisiones y compromiso de no consumo.
- Que se promueva un estilo de vida saludable.
- Que se incida en las amistades, en la familia y en la comunidad.
- Que se implique a las familias (AMPAS y tutores).
- Que se implique a todo el profesorado para promover estilos de vida saludables.

De esta manera, las áreas que se consideran imprescindibles para abordar en el ámbito de la prevención. Estas áreas quedan recogidas en el Programa de Prevención “Entre Todos” (2003) de la Asociación Proyecto Hombre, de las cuales se hace uso.

#### 4.4.4.1. *Gestión emocional*

En esta área se incluye el autoconocimiento, el autoconcepto y la autoestima.

El autoconocimiento, según De la Herrán (2003) es:

La raíz de todo conocimiento. En unicidad, raíz y emergencia componen e interesan a la razón. Puesto que el ser humano es racional, debería estar motivado por el cultivo de su pensamiento, pero sobre todo de su tramo radical, tanto más cuanto mayor sea el porte de lo que sobresale, cuanto más próxima nos quede la cornisa, cuanto más incierta sea la deambulante trayectoria humana [...]. En síntesis, si el pensamiento propio o la capacidad de soberanía personal pudiera entenderse como el *qué del para qué* de la (auto)formación y educación en valores, el autoconocimiento equivaldría al *para qué* de ese *qué* primero. (p. 13).

En definitiva, el autoconocimiento persigue que cada persona sea capaz de conocerse a sí misma como es. Es decir, atendiendo a su carácter, sus fortalezas, sus debilidades, etc.

Por otro lado, se aborda el autoconcepto y la autoestima. Salvarezaa (1999) define el autoconcepto como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que la persona tiene de sí misma. Este conjunto de pensamientos y sentimientos sobre uno mismo se puede dividir en lo que cree la persona sobre sí misma (cognoscitivos) y, los sentimientos que generan las creencias de la persona (evaluativos).

Garaigordobil, Durá y Pérez (2005), definen el autoconcepto como “los aspectos cognitivos del conocimiento de uno mismo”. (p. 53).

Es decir, el autoconcepto hace referencia a todo conocimiento personal, teniendo en cuenta sus pensamientos, sus sentimientos, etc.

En ocasiones autoconcepto y autoestima se han venido utilizando como sinónimos; sin embargo, hacen referencia a dos conceptos diferenciados, que se relaciona entre sí.

Salvador Alcaide (2004) expone que la autoestima es la evaluación que cada persona hace sobre sí misma, sobre su capacidad y valía para superar los problemas que se le plantean a lo largo de la vida y que, en consecuencia, afecta a la forma de ser y comportarse, a la forma de pensar y sentir, y a la manera de actuar y relacionarse con la demás personas.

Completando esta definición, Garaigordobil et al. (2005), considera que la autoestima expresa “los aspectos evaluativos-afectivos [...]. Constituye la porción valorativa del autoconcepto y el autoconocimiento” (p. 54).

Por lo tanto, en el apartado de gestión emocional, se hace imprescindible que los y las jóvenes descubran cómo son y cuáles son sus sentimientos, emociones. Es decir, que sean capaces de realizar un balance de su forma de ser y comportarse ante la circunstancias de la vida.

#### 4.4.4.2. *Habilidades sociales*

Las Habilidades sociales, según Pereira y Del Prette (2003) son:

Repertorios de comportamientos que presentamos en nuestra vida cotidiana y que contribuyen en forma decisiva para alcanzar buenos resultados en nuestras relaciones interpersonales. Cuanto mayores sean nuestras habilidades sociales y cuanto mayor sea la coherencia de nuestros comportamientos con lo que pensamos y sentimos, y con

los valores que defendemos, mejor será la evaluación externa que recibiremos en cuanto a nuestra competencia social. (p. 1).

Es decir, se refieren al conjunto de conductas que una persona realiza en relación con las demás personas, donde se expresan sentimientos, emociones, deseos, opiniones y derechos de esa persona; teniendo en cuenta la situación donde se realiza, el contexto y utilizando como premisa el respeto a los demás.

El principal objetivo para abordar esta área de trabajo es el formar a la adolescencia y a la juventud en herramientas y destrezas que le faciliten la relación con las demás personas, aprendan a comunicarse y sean capaces de tener estrategias para resistir la presión que pueden ejercer contra ellos su grupo de iguales o miembros de la sociedad en la se desenvuelven.

#### 4.4.4.3. Estrategias Cognitivas

Las estrategias cognitivas pueden definirse como:

Las estrategias que las personas ponen en práctica de forma autónoma para procesar información con éxito. Son estrategias que exigen un compromiso activo por parte del alumnado para construir sentido, adquirir dominio de la comprensión y, recordar conceptos, así como monitorear las variables de tarea, persona y entorno. El componente cognitivo son los procesos de pensamiento que se emplean para hacer el trabajo concreto del pensamiento. (Gaskins y Elliot, 1999, p. 3).

Concretamente, las estrategias cognitivas son las herramientas del pensamiento que se utilizan para procesar la información sobre nosotros mismos, la valoración realizada a las demás personas y el análisis de lo que acontece a nuestro alrededor.

Se basa principalmente en el estilo atribucional, definido como “la forma en que la gente cree que son responsables de lo que les pasa; cómo las personas elaboran juicios acerca de las causas de la conducta y de su comportamiento” (Cox, 2002, citado en Rodríguez y Castellano, 2007).

Concretamente, el estilo atribucional se refiere a la asignación de responsabilidad o la atribución de las causas de los distintos fenómenos o acontecimientos que le suceden a una persona y a su entorno. Además se incluye la anticipación de consecuencias, es decir, reconocer las acciones que realizamos y las consecuencias que se pueden derivar de dicho acto.

En el ámbito de las drogodependencias se hace necesario abordar estos conceptos y dotar a los y las adolescentes de un repertorio de técnicas de control de

emociones y toma de decisiones que eviten el uso de sustancias (García del Castillo et al., 2012).

Por todo esto, resulta beneficioso inculcar estrategias para que los y las menores sean capaces de discernir las consecuencias derivadas de sus actos, por ejemplo consumir alcohol y coger la moto para volver a casa; dicha actuación puede tener muchas consecuencias: un accidente, una multa de tráfico, saltarse un semáforo y provocar un accidente, etc.

#### 4.4.4.4. *Valores*

Los valores son un elemento fundamental a tener en cuenta en la formación de la persona, sobre todo en la adolescencia. En esta etapa comienza a definirse la jerarquía de valores que va perfilar la identidad de una persona con respecto a creencias, actitudes y principios que guiarán su conducta.

Por tanto, los valores son aquellos principios normativos que regulan el comportamiento de la persona en cualquier momento, situación o circunstancia, estando caracterizados por normas (Trepát, 1998, citado en Arufe, 2009).

Esta área es de vital importancia para el trabajo preventivo porque como exponen Sánchez (2001, citado en Pestaña, 2004):

Si queremos consolidarnos como seres humanos, positivos, amantes de la vida, es necesario que los agentes socializantes como la familia y la escuela, en una primera instancia, y otras instituciones sociales que participan en este empeño, realicen su mejor esfuerzo para reforzar y desarrollar valores y conductas éticas. (p. 67).

#### 4.4.4.5. *Información sobre sustancias*

Según Jessor y Jessor (1991), el uso experimental de drogas suele producirse en la adolescencia. Este hecho se engloba en un conjunto de conductas que poseen una funcionalidad para los y las adolescentes, ya que, les ayuda a alcanzar sus metas personales que de otra forma no serían capaces de alcanzar, expresar rechazo ante las normas convencionales e independencia del control de la familia, a reforzar la integración en el grupo de iguales y alcanzar un estatus en el mismo, etc.

De este modo, el consumo de drogas cumple la función básica de búsqueda de sensaciones nuevas en los y las adolescentes y, el pasárselo bien de forma inmediata. Ante este panorama, es necesario que los y las menores conozcan la realidad de los consumos de drogas que se realizan en esta etapa educativa y su funcionalidad, para abordarlo desde una perspectiva educativa y de prevención de drogodependencias.



La información sobre drogas debe realizarse como un proceso educativo, aportando información veraz y realista sobre el fenómeno de las drogodependencias, desmontando mitos y expectativas relacionadas con las sustancias. Sin olvidar, que para modificar comportamiento la mera información quedaría obsoleto; por lo que se necesita trabajar actitudes y valores de las personas destinatarias, en este caso adolescentes y jóvenes.

#### *4.4.4.6. Ocio y tiempo libre*

De manera esquemática, se considera el tiempo libre como opuesto al tiempo de trabajo. Si ese tiempo libre se usa de manera constructiva se denomina ocio, pudiendo elegir cualquier actividad al alcance de la persona.

Un ocio bien entendido cubre tres aspectos básicos: el descanso de la actividad de trabajo, la diversión con respecto a la actividad que se realiza y con las personas con las que se lleva a cabo, y el desarrollo personal donde la persona aprende de la actividad y de las personas con la que realiza la actividad, en el caso que así fuese.

Se parte de un hándicap importante donde la juventud entiende el tiempo libre como diversión y vida nocturna, es decir, en salir de marcha, etc.: Esto provoca nuevos ámbitos de la vida recreativa donde aparecen los nuevos patrones de consumo de drogas (Calafat, 1999; Calafat et al., 1999).

Por lo tanto, se persigue que la adolescencia y la juventud sean capaces de tomar conciencia sobre las actividades de ocio que realizan y, si son adecuadas a un estilo de vida saludable.

#### *4.4.4.7. Medios de comunicación*

La reflexión sobre los medios de comunicación debe abordarse desde la perspectiva de la influencia en la adolescencia y juventud, con sus cánones sociales. Es decir, la reflexión sobre los medios de comunicación ayuda a generar pensamiento autónomos sobre la influencia de los mismos, el poder que como medio se le otorga en esta sociedad y como tecnología que puede generar nuevas adicciones (este caso sin drogas).

Es una herramienta fundamental para generar debate y opinión sobre los y las menores, generando valores al respecto; ya que se analizará este medio con respecto al consumo de drogas. En definitiva, se busca que los y las menores “se entrenen en técnicas de toma de decisiones planificada y responsable, evitando decisiones

impulsivas y el desarrollo de un pensamiento crítico e independiente” (García del Castillo et al., 2012, p. 129).

#### *4.4.4.8. Presión de grupo*

El grupo de iguales es considerado como el segundo pilar de socialización de la adolescencia, después de la familia. En esta etapa evolutiva el grupo de iguales ocupa en muchas ocasiones parcelas del crecimiento personal de los y las adolescentes destinados a la familia, en un primer momento. El grupo de iguales genera más confianza, seguridad, pero en determinadas ocasiones la mala elección del grupo de amigos y amigas puede derivar en la realización de actividades relacionadas o cercanas al consumo provocado por una presión propia del grupo de iguales, con la idea de que si no realizan la actividad en cuestión se quedará solo. Ante este hecho la persona accede por el miedo a que ocurra dicha situación.

Por lo tanto, debe trabajarse pormenorizadamente la personalidad de los y las adolescentes para que sean capaces de forjar su propia identidad personal, y sean conscientes de la necesidad de negarse a actividades que no desean realizar sin ningún tipo de miedo. Es decir, en este apartado se relaciona la presión de grupo y el desarrollo de las habilidades sociales para conseguir en los y las menores y jóvenes una personalidad propia, segura y saludable.

#### *4.4.4.9. Integración, tolerancia y cooperación*

Con la gran diversidad cultural existente en nuestra sociedad se estima necesario abordar trabajos relacionados con la integración, la tolerancia y la cooperación; debido a que, los y las menores deben aceptar a cualquier persona, junto a las ideas, opiniones y formas de pensar distintas de la propia.

Al vivir en una sociedad plural y diversa, se hace necesario fomentar en el alumnado valores de respeto y tolerancia hacia las demás personas. Además de enseñarles a trabajar en equipo.

#### *4.4.4.10. Violencia*

La violencia es un área de trabajo esencial no solo en las conductas de consumo de drogas, sino en la convivencia general en la sociedad en la que vivimos.

La violencia está muy presente actualmente, convirtiéndose en un fenómeno social y psicológico; ya que, repercute negativamente en las relaciones humanas y afecta a las personas que se encuentran involucradas en situaciones violentas.

La violencia se encuentra de manera transversal en cada una de las áreas comentadas anteriormente.

Para finalizar, todas las áreas expuestas deben abordarse en un programa de prevención, ya que, son independientes e interrelacionadas entre sí para conseguir la maduración personal de la adolescencia.

## **4.5. Prevención escolar**

De los ámbitos comentados donde se puede realizar prevención, el interés se centra en el ámbito escolar, debido a que es el más indicado para la investigación.

Moncada (2012), afirma que:

La escuela ha sido desde los orígenes de la prevención considerada un lugar idóneo para el desarrollo de acciones preventivas: por una parte, en ella podemos encontrar agrupada a la principal población objetivo de la prevención, que son los menores y jóvenes; por otra, siempre se ha entendido que la prevención tenía un fuerte componente educativo y que, el entorno escolar era un espacio natural para su aplicación. (p. 159).

Por lo que, la prevención escolar facilita el poder trabajar con los y las adolescentes escolarizados; población vulnerable para el inicio en el consumo de drogas, aprovechando la estructura organizativa del propio centro y los agentes preventivos de referencia con los que cuenta.

Esta perspectiva ha llevado a que muchas intervenciones preventivas se realizan en exclusiva en la escuela y, que sea donde hay más programas preventivos evaluados (Botvin, 2000).

Ante estas circunstancias el PNSD (2000) lleva insistiendo en la necesidad de implicar a toda la comunidad educativa para llevar a cabo actuaciones preventivas en los centros educativos. También Becoña (2007) hacía referencia a la importancia de la familia, y los equipos docentes para llevar a cabo actuaciones en el ámbito de la prevención escolar.

Una amplia mayoría de programas escolares van destinados al alumnado de 1º a 4º de ESO, población de tipo universal. Es decir, población donde aún no se han iniciado en el consumo de sustancias. Además, el centro educativo permite “la aplicación de los programas y su evaluación” (Moncada, 2012).

Los autores Alonso, Feijó y Feijó (1996), recogen la importancia de realizar prevención en los centros educativos, que se resume en los siguientes puntos:

- Porque es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de iguales, y es en ella donde se continúa el proceso de socialización iniciado en la familia, bien reforzando las actitudes en ella generadas o bien modificándola en aquellos casos en que sea preciso.
- Porque actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia.
- Porque a lo largo de la edad escolar los alumnos están sometidos a cambios y momentos de crisis que les exponen a múltiples riesgos (entre ellos, el consumo de drogas).
- Porque la obligatoriedad de la escolarización hasta los dieciséis años implica que por ella deben pasar todas las personas durante el período más importante de la formación de la personalidad.
- Porque es un espacio ideal para detectar de manera precoz posibles factores de riesgo.
- Porque el profesorado, así como otros componentes de la comunidad educativa, son agentes preventivos debido a su cercanía con el alumnado, a su papel como modelos y a su función educadora.
- Porque todas las reformas crean un marco, la Educación para la Salud, en el que trabajar la prevención del abuso de drogas.

Vistas las bondades de trabajar la prevención en los centros educativos, se puede concluir presentando los objetivos que llevan a entidades e instituciones a abordar el tema de la prevención en entornos escolares son (Asociación Proyecto Hombre, 2003):

- Potenciar el proceso de maduración de los niños con la finalidad de que sean capaces de superar dificultades y reforzar el control personal sobre el entorno.
- Reforzar los vínculos de relación y pertenencia con las unidades básicas de socialización en esta etapa, la familia y la escuela.
- Potenciar los estilos de vida alternativos al consumo de drogas.
- Dotar a los padres de los alumnos de primaria de algunas herramientas educativas que favorezcan el desarrollo saludable de sus hijos y mejoren las relaciones familiares.
- Fomentar la implicación del profesorado en la prevención de las drogodependencias, mediante la formación y el entrenamiento en la aplicación del programa.

Como punto de partida, la formación y la experiencia acumulada en el campo de las drogodependencias por parte de la Asociación Proyecto Hombre, se estimó oportuno el crear una Comisión Nacional de Prevención estable en el tiempo y en las personas que la componen, para trabajar estrechamente con el PNSD y poder diseñar, revisar, actualizar, evaluar e implementar programas de prevención pertenecientes a la propia entidad. Dichas Comisión ha diseñado programas en dos niveles preventivos (prevención universal y selectiva).

Los criterios básicos de actuación de la Comisión Nacional de Prevención son:

- El diseño de programas debe partir de un modelo contrastado, fundamentado teóricamente, experimentado y evaluado.
- En la elaboración de programas, se cuenta con la participación de expertos de la comunidad (docentes universitarios, profesionales de la administración pública y agentes sociales) junto a profesionales de Proyecto Hombre.
- Todos los programas tendrán que ser evaluados por expertos externos antes de su aplicación definitiva.
- Trasladar la experiencia acumulada de años de tratamiento a estos programas de prevención.
- Establecer una periodicidad en las sesiones de trabajo de la comisión, generando una continuidad en las actividades de la comisión.
- La formación es un aspecto prioritario a garantizar: en primer lugar, a los técnicos de prevención de Proyecto Hombre; en segundo lugar, a los agentes externos que aplicarán los programas en el terreno (tutores, profesores, etc.); en tercer lugar, a todo el personal profesional de Proyecto Hombre.

Este equipo humano trabaja para mejorar los programas actuales con los que cuenta la Asociación Proyecto Hombre para adaptarse a las necesidades sociales y al cambio de perfiles de la adolescencia. Mi lugar dentro de esta comisión ha sido de técnico de prevención durante 6 años, y asesora externa en la actualidad al finalizar mi vinculación laboral con Proyecto Hombre.

A continuación se presenta el programa de prevención universal escolar y familiar “Entre Todos”. Esta exposición ayudará a comprender esta investigación, debido a que este es el programa que se evalúa.

## 4.6. Programa de prevención universal escolar y familiar “Entre Todos”

El programa “*Entre Todos*” de la Asociación Proyecto Hombre, como se recoge en sus manuales, va dirigido al alumnado de 1º a 4º de Educación Secundaria Obligatoria, con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años.

El programa “Entre Todos” partió de la adaptación y ampliación del programa “*Construyendo en Salud: Promoción y Desarrollo personal y social*” de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, dirigido por el profesor Elisardo Becoña (1999), que a su vez surgió de un programa de prevención anglosajón denominado “*Programa de entrenamiento en Habilidades para la vida*” (Life Skills Training) de Botvin (1995).

El programa “Construyendo en Salud”, constituye una aproximación a la promoción de la salud, centrado en los principales factores psicológicos y sociales que propician la iniciación en el consumo de drogas y la conducta antisocial en la adolescencia. El programa tiene una duración de dos años y se dirige al alumnado de 1º y 2º de ESO. Su estructuración y contenidos le hacen especialmente apropiado como material a utilizar en las horas de tutoría, por el profesorado que previamente ha recibido formación. Su intervención está dividida en siete componentes:

- Información.
- Toma de decisiones.
- Autoestima.
- Control emocional.
- Habilidades sociales.
- Tolerancia.
- Cooperación y ocio.

A partir de esta experiencia, en 1999 la Asociación Proyecto Hombre acometió la tarea de diseñar el Programa de Prevención escolar y familiar “*Entre Todos*”, aplicándolo ampliamente en el territorio nacional. “*Entre Todos*” constituye una ampliación del mencionado programa “*Construyendo en Salud*”, adaptación llevada a cabo conjuntamente entre la Comisión de Prevención de Proyecto Hombre y el equipo de la Universidad de Santiago de Compostela.

El objetivo del programa “*Entre Todos*” consiste en mejorar la competencia personal de adolescencia a través del aprendizaje de ciertas habilidades, como la mejora en la formación integral, de la calidad de vida y fomentando el autocontrol individual y la resistencia ante el consumo de drogas.

Los objetivos específicos de “*Entre Todos*” son:

- Potenciar el proceso de maduración de los niños para hacerles capaces de superar dificultades y reforzar el control personal sobre el entorno.
- Reforzar los vínculos de relación y pertenencia con las unidades básicas de socialización en esta etapa: familia y escuela.
- Fomentar la implicación del profesorado en la prevención de las drogodependencias, mediante la formación y el entrenamiento en la aplicación del programa.
- Formar a padres de modo que puedan aplicar los conocimientos adquiridos en la educación de sus hijos y se impliquen con ellos en el desarrollo del programa como corresponsables, respondiendo a sus inquietudes y ofreciendo respuestas a sus necesidades frente al momento evolutivo en el que se encuentran sus hijos.
- Formar a adolescentes en estilos de vida adecuados, ofreciendo alternativas para permanecer alejados del consumo de sustancias.
- Dar continuidad y ampliar el programa de prevención escolar y familiar en el medio educativo.
- Modificar y adaptar el programa de prevención para los alumnos y familias posibilitando una adecuación del mismo a sus características y necesidades.

Como bien indica el título del programa, “Entre Todos” es un programa de prevención universal escolar y familiar. En este Programa se implica a la comunidad escolar (familias, alumnado y docentes):

- a) El programa de aplicación en el aula capacita al profesorado para que sean capaces de desarrollar las actividades del Programa en el aula, incluyéndolos dentro del Plan de Acción Tutorial del centro. Todo este trabajo en el centro educativo está apoyado y supervisado por el equipo de técnicos de prevención de Proyecto Hombre, con el fin de acompañarles en la implementación del programa y resolviendo dificultades que puedan surgir.
- b) El programa familiar, tiene como objetivo el prevenir la aparición del consumo, fomentar la comunicación y favorecer los factores de protección en el seno familiar. El trabajo con familias se realiza con sesiones de hora y media de duración; en ocasiones de familias exclusivamente y otras, familias y menores conjuntamente. De este modo, se generan espacios de formación, información, comunicación y reflexión, intentando dar

respuesta por parte del equipo técnico de prevención a las inquietudes, dudas.

- c) El trabajo familiar se complementa con fichas familiares a realizar en el seno del hogar en los cursos educativos de 1º y 2º de ESO.

El Programa consta de 14 unidades temáticas que se van desarrollando a lo largo de todo el curso académico en las horas de tutoría de los centros educativos. La aplicación del programa permite la flexibilidad suficiente para adaptarse las necesidades de cada centro y cada aula. Los contenidos que se abordan son:

- Autoestima, con el fin de que se potencien actitudes básicas como el autoconocimiento, la autovaloración, etc., que contribuyan a mejorar el concepto de sí mismo, y con ello la relación con los demás.
- Habilidades sociales, con el fin de que se adquieran las habilidades suficientes para relacionarse con los demás, comunicare y saber resistir la presión.
- Estrategias cognitivas, con el objetivo de incidir e informar sobre los procesos de elaboración del pensamiento y hacer consciente al adolescente de ello.
- Control emocional, además de profundizar en qué son las emociones, se trata de aprender técnicas para controlarlas correctamente.
- Toma de decisiones, con el objetivo de que se fortalece el desarrollo de criterios elaborados por el propio individuo y que éstos le permitan toma decisiones coherentes, para contrarrestar la influencia y la presión de otras personas.
- Información de sustancias, entendida como parte de una acción formativa más amplia, tiene el objetivo de proporcionar conocimientos sobre las sustancias, que permitan adoptar una postura responsable frente al uso de las mismas.
- Alternativas para el Ocio, a fin de que el individuo pueda satisfacer su necesidad de buscar sensaciones nuevas decidiendo responsablemente en qué invertir el tiempo libre.
- Tolerancia y cooperación, con el objetivo de que se pueda reconocer y respetar el valor de las diferencias y del trabajo cooperativo, potenciando actitudes prosociales.
- Valores, invitando a resolver dilemas en función de los valores que tiene cada persona.



- Medios de comunicación, se trata de contenidos inherente a las nuevas tecnologías que se hallan presentes en todos los ámbitos de nuestra vida, despertando un pensamiento crítico en los adolescentes para que sean capaces de discernir y comprender los mensajes ocultos que se encuentran en ellos.
- El instituto, posibilitar una verdadera integración del joven en el centro educativo, reforzando su sentido de pertenencia, para convertirlo en n factor de protección y en un lugar ideal para desarrollar estrategias preventivas frene al consumo de sustancias y otras conductas de riesgo.
- La familia, considerada el primer grupo de pertenencia donde se desarrollan las habilidades básicas
- Presión de grupo, es importante que el alumnado desarrolle una opinión objetiva, real y crítica respecto a la vida en general, y en particular, respecto al consumo de drogas. Además es necesario considerar a la pandilla como medio de aprendizaje, debido a que, en la adolescencia cobra un papel prioritario en el proceso de socialización, desarrollo personal y desarrollo de parones de conducta.
- Yo, tiene como objetivo trabajar, desde otra perspectiva, un periodo crítico para el aprendizaje; ya que debe tomar conciencia de sus necesidades, sus emociones y sus sentimientos. También es importante que el alumnado desarrolle habilidades positivas de reconocimiento de sus emociones a través de la toma de conciencia de sí mismos, de lo que son para construir la base de su autoconcepto.

Cada sesión de trabajo en el aula está diseñada para 50 minutos de duración. Cada unidad temática cuenta con actividades que el docente propone en el aula, sirviendo para reflexionar y abordar el aprendizaje de cada unidad. El programa se implanta desde 1º a 4º de ESO.

En el programa “Entre Todos” la formación de los profesores es fundamental para el éxito del programa como se ha comentado en apartados anteriores. La capacitación consiste en cursos de formación sobre las temáticas de las drogodependencias (conceptos básicos, teorías, clasificación de las drogas, ámbitos de aplicación, niveles de prevención, etc.). Junto a estos cursos básicos, se mantienen reuniones periódicas de seguimiento con el equipo de docentes que llevan a cabo la

implementación del programa en el centro, convirtiéndose en un espacio de reflexión y preparación de los contenidos a trabajar en el aula con el alumnado.

El programa familiar del *“Entre Todos”*, no solo debe considerarse como un complemento del programa escolar, sino que conforma una estrategia preventiva dirigida al núcleo familiar que facilita la consecución de objetivos del Programa.

El programa familiar consta de dos sesiones conjuntas familias-menores, junto a cuatro sesiones familiares ahondando en las unidades didácticas que se llevan a cabo en el aula. Estas sesiones de trabajo son realizadas por el equipo técnico de prevención de Proyecto Hombre, junto con la colaboración de los docentes que así lo deseen.

La metodología del Programa consiste en fomentar la participación del alumnado, posibilita el debate y la discusión activa, la presencia de los y las docentes ayuda a poder reconducir los debates y corregir la información errónea, se basa en el refuerzo positivo y busca que el alumnado sea el que plantee las cuestiones para que las actividades se amolden a sus inquietudes.

Por lo tanto, la metodología a seguir en el aula con el alumnado es eminentemente práctica, utilizando estrategias educativas concretas para favorecer la aplicación del programa en el aula. Es decir, se asienta en los pilares básicos que sustentan la formación de la adolescencia para la prevención del consumo de drogas, recogido en el manual del propio Programa de la Asociación Proyecto Hombre (2003):

- Saber, referido a la información sobre drogas.
- Querer, reflexionando sobre las actitudes, valores y motivaciones del alumnado.
- Poder, desarrollando la autoestima, las habilidades sociales y la toma de decisiones.

La metodología del programa familiar se realiza de manera paralela y coordinada al transcurso del programa en el aula, profundizando en las unidades trabajadas en el aula. El objetivo del programa familiar es aportar conocimientos básicos, herramientas de trabajo y actividades concretas para asumir su papel como agentes preventivos; además de propiciar un espacio de comunicación familiar donde poder resolver los problemas que surgen en el hogar (tanto de drogas como de relación con los menores, ya que ambas están relacionadas). Las sesiones son dinámicas y permiten la confidencialidad, aunando la diversión y la formación a las familias.

Como se ha comentado anteriormente, el programa familiar se basa en sesiones familiares y sesiones familias-menores conjuntamente. Este modo de

proceder facilita el encuentro entre las familias, abre vías de comunicación y ayuda a fomentar la confianza en el hogar.

El programa familiar cuenta con una línea directa para las familias, donde pueden llamar al equipo técnico de prevención que acude a su centro para que les puedan aclarar dudas, inquietudes, etc.

A continuación se detalla cada estrategia didáctica y el material utilizado en el ámbito del programa, desde la formación del profesorado hasta el trabajo con familias.

#### **4.6.1. Formación inicial del profesorado y supervisión**

Antes de implementar el Programa en el centro educativo, se realiza una formación inicial con el profesorado que implementará el programa con el alumnado en el aula.

Los objetivos que se persiguen para llevar a cabo esta formación son:

- Ofrecer una base teórica para comprender las estrategias de prevención.
- Proporcionar entrenamiento específico en las actividades a desarrollar en el aula.
- Facilitar recursos metodológicos para utilizar dentro del aula.

Las sesiones de formación tienen una duración de 20 horas donde se abordan las siguientes temáticas:

- Conceptos básicos sobre drogodependencias (droga, síndrome de abstinencia, vías de consumo, etc.).
- Teorías clásicas donde se sustenta la prevención de drogodependencias.
- Función de la conducta de riesgo en el adolescente.
- Factores de riesgo y protección.
- Ámbitos de aplicación.
- Niveles de Prevención.
- Condiciones para una adecuada acción preventiva.
- Papel de los agentes preventivos.
- Modelos de clasificación de drogas existentes (jurídicos, médico-sanitario, psico-social, etc.)
- Desmitificación de mitos relacionados con las sustancias.
- Marketing relacionado con el consumo de drogas.

La dinámica de trabajo que se lleva a cabo en las 20 horas de formación es aportando formación y realizando actividades dinámicas y participativas donde los docentes puedan expresarse con libertad para decir lo que piensan y proporcionarles argumentos para aclarar las dudas con el alumnado. Las principales dinámicas que se usa es el Aprendizaje Cooperativo, Técnica Phillips 6x6, Role-playing.

A modo de resumen, el mapa conceptual siguiente presenta lo que se desarrolla:

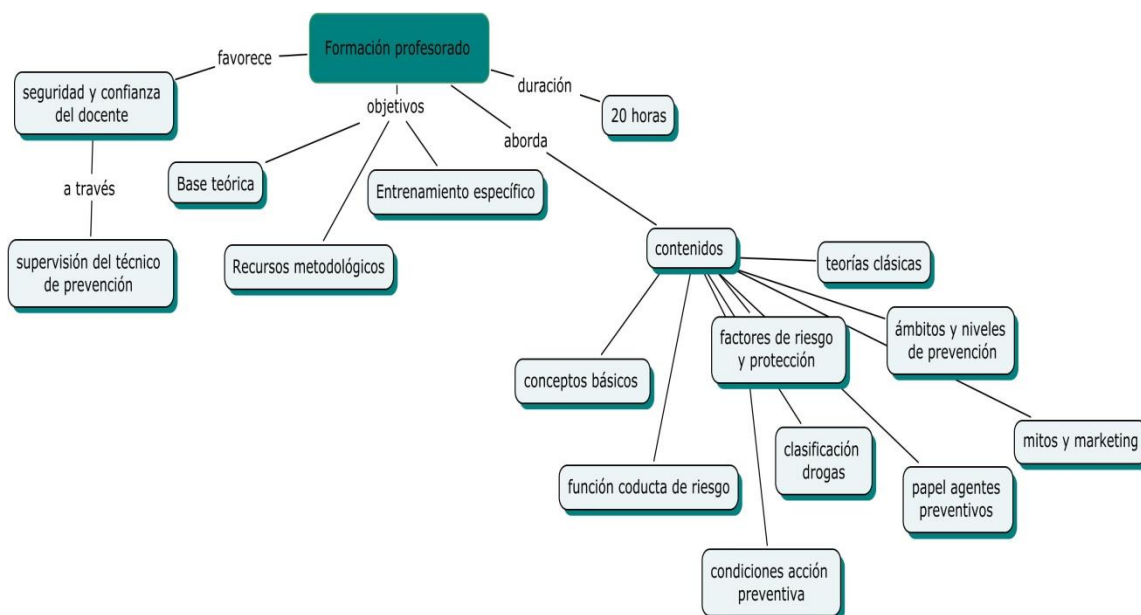


Figura 4.2. Resumen Formación inicial y supervisión del programa “Entre Todos”

Además de esta formación previa a la implantación del programa en el aula, el docente trabaja estrechamente con el técnico de prevención, acompañándolo en las sesiones de trabajo en el aula donde el docente tiene más dificultad, en la mayoría de las ocasiones el docente y el técnico trabajan conjuntamente las unidades temáticas relacionadas con la información sobre sustancias, proporcionándole al docente confianza y seguridad para solventar las cuestiones que planteen el alumnado. Además de preparar con el docente las actividades que debe realizar en el aula, para evitar dudas o malentendidos.

#### **4.6.2. Programa de aplicación con el alumnado en el centro educativo**

El programa “Entre Todos” es aplicado por los docentes-tutores responsables de cada nivel educativo, debido a que, son los referentes del centro para el alumnado.

Los contenidos que se abordan en cada ciclo educativo quedan reflejados en la tabla 4.1.

Como se observa, los contenidos en cada ciclo son iguales, variando el nivel de profundización del mismo conforme aumenta la madurez del alumnado al que van dirigidos.

Cada nivel educativo cuenta con actividades propias, aunque la temática sea la misma, depende del grado de profundidad y exigencia que se establezca.

Tabla 4.1. Contenidos didácticos del Programa “Entre Todos”

<b>Contenidos generales primer ciclo (1º- 2º ESO)</b>	<b>Contenidos generales segundo ciclo (3º- 4º ESO)</b>
Autoestima	Los medios de Comunicación
Habilidades Sociales	El instituto
Estrategias Cognitivas	Mi familia
Control Emocional	Mis amigos
<b>Contenidos generales primer ciclo (1º- 2º ESO)</b>	<b>Contenidos generales segundo ciclo (3º- 4º ESO)</b>
Toma de decisiones	Yo
Información sobre drogas	
Alternativas para el Ocio	
Tolerancia y Cooperación	
Valores	

Como se puede comprobar en la tabla 4.1, el programa consta de 14 unidades temáticas, que se van desarrollando con dos actividades por temática durante 50 minutos de clase. El programa se incluye en el horario lectivo, en el espacio destinado a la acción tutorial.

“Entre Todos” cuenta con una batería de técnicas de trabajo en grupo útiles que facilitan la participación en el desarrollo de las sesiones. Dichos instrumentos quedan recogidos en la tabla 4.2.

Tabla 4.2. Relación de técnicas de trabajo en grupo del Programa “Entre Todos”

<b>TÉCNICAS</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
Role-Playing	Proporciona la posibilidad de que se planteen situaciones reales en las que se “entrena” para optar por aptitudes alternativas a las e habitualmente se establecen como normales y que muchas veces pueden ser perjudiciales para la salud y la educación del adolescente. Consiste en explica una situación y repartir los papeles para representarla, haciendo más hincapié en el texto que en la escenificación.

<b>TÉCNICAS</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
Encuestas	Se trata de una técnica de investigación en la que se diseña una “ficha de encuesta” con preguntas para pasar a otras personas cercanas. Posteriormente se hace la recopilación de los datos obtenidos y se plasma en gráficos.
Phillips 6x6	Es útil cuando se pretende que participen por igual todos los jóvenes del aula, ya que se divide en pequeños grupos (de unos miembros) para que debatan entre ellos y en los que se reparten tareas (secretario, portavoz, etc.). Posteriormente cada grupo exponen lo que ha trabajado para toda el aula.
Análisis publicitario	Tiene el objetivo de analizar las distintas campañas publicitarias, ya sean de prensa, radio, TV, etc. En un primer momento se utilizan fichas preparadas para ello, en función del medio que se va a analizar. La segunda parte consiste en diseñar campañas alternativas que definan más la realidad de las consecuencias del producto o del objeto que se promociona.
Debate	Es una técnica muy útil para potenciar el intercambio de ideas y el fomento de la tolerancia. Cada alumno expone sus ideas y a la vez escucha lo que piensan los demás, estableciéndose un debate/discusión entre todos los miembros de la clase.
Sondeos y test de conocimientos, actitudes e intereses	Se puede utilizar para conocer las ideas previas y los tópicos que existen entre los alumnos en cano al tema que se va a trabajar. Se ha de diseñar primero un cuestionario adaptado. Los resultados nos dan la oportunidad de saber cómo debemos abordar el tema elegido.
Dilema Moral	Se fundamenta en la constatación de que es posible el progreso en el juicio moral, pero que este no se producirá si los alumnos no experimentan previamente un conflicto cognitivo de índole moral que rompa la seguridad de sus juicios.
Torbellinos de ideas	Su objetivo es promover la producción de ideas. Se trata de que cada persona aporte con total libertad tantas ideas como le sea posible; todas las ideas sugeridas son admitidas y la crítica o valoración se deja para cuando ya no surjan nuevas ideas.

El programa entre sus actividades utiliza las técnicas comentadas en la tabla 4.2, con el fin de proporcionar y desarrolla actividades de aprendizaje para el alumnado divertidas y atrayentes que les permita reflexionar.

El profesor-tutor es el encargado de poner en práctica las actividades con el alumnado en el aula, debido a su papel de referente en el centro para los dicentes.

Además en todo momento el docente-tutor está en contacto directo con el técnico de prevención, para supervisar, preparar, motivar y alentar al tutor para la realización de las sesiones.

En definitiva, la función de supervisión del técnico consiste en:

- Planificar la implantación del Programa en el centro junto a los docentes-tutores.
- Supervisar la aplicación de las unidades didácticas en el aula.
- Supervisar desarrollar el programa familiar.
- Asesorar al profesorado en temas relacionados directa o indirectamente con las drogas.
- Planificar la formación complementaria para el profesorado.
- Evaluar la aplicación del Programa con la información proporcionada por los docentes-tutores.
- Proporcionar continuidad a la implantación del Programa

Esta supervisión se realiza semanal o quincenalmente con cada uno de los tutores que desarrollan la actividad del Programa, de forma individual o grupal, adaptándose el técnico de prevención a los horarios del centro educativo. Estas reuniones permiten aunar criterios, debatir cuestiones relevantes, aportar ideas nuevas, proporcionar soluciones para adaptar las actividades a la idiosincrasia del grupo aula. Además, facilitan un proceso de comunicación continuo y de aprendizaje entre docentes y técnico de prevención que repercute positivamente en el desarrollo de “Entre Todos”.

#### **4.6.3. Programa familiar**

El programa familiar contempla tres acciones diferenciadas para facilitar el aprendizaje en el entorno familiar.

- a) Actividades para desarrollar entre padres e hijos en el hogar.

En este apartado los contenidos que se abordan en las sesiones están en estrecha relación con los bloques temáticos que se desarrollan en el aula. Ante esta situación, las sesiones familiares se establecen después de que en el aula de hayan llevado a cabo las unidades temáticas, nunca antes. Esto permite darle a las sesiones padres e hijos (denominadas en la jerga del programa sesiones conjuntas) un carácter de refuerzo, además de cubrir el objetivo de generalización de la información, desde el centro educativo hacia contextos normalizados como es la familia.

El desarrollo de las actividades del Programa Familiar se realiza fundamentalmente en el hogar, a través de un cuaderno de fichas que se les proporciona a las familias en la primera reunión. La función de estas fichas

es que la familia las elabore en conjunto, para que después el alumno se las entregue al docente o al técnico de prevención, debido a que son el punto de partida del trabajo que se desarrolle en las sesiones conjuntas. Por lo tanto, se fomenta que el alumno sirva de nexo fundamental entre el centro y el hogar, en lo que se refiere a la devolución de las fichas de las actividades.

El papel que se espera de los padres o responsables familiares que participan en las actividades, es el de “co-participantes” junto al alumno en el desarrollo de las mismas, y no el de instructores-supervisores, ya que uno de los objetivos preventivos del Programa Familiar es el fortalecimiento de vínculos afectivos y de comunicación entre ellos.

b) Sesiones Familiares.

Se convocan y se desarrollan en el centro escolar con el objetivo de promover la participación de las familias en las actividades propuestas en el Programa Familiar, y, además, facilitar el seguimiento de las mismas. Se desarrollan de forma paralela al Programa Escolar, fuera del horario académico, y son convocadas y dirigidas por el profesor y el técnico de prevención. En la mayoría de las ocasiones, es el técnico de prevención el que desarrolla las sesiones.

El Programa se compone de cuatro sesiones, con contenidos y estructuras diferentes:

**1ª sesión:** Se convoca con antelación al comienzo de la aplicación del Programa en el aula. Su contenido es informativo-formativo sobre los objetivos, estructura y metodología del Programa. En esta primera sesión se sugiere crear un comité dinamizador, donde familias voluntarias, realicen la labor de convocar telefónicamente a las familias participantes, sondear posibilidades de fechas, horarios, etc.

**2ª,3ª,4ª sesión:** Se convocan a lo largo del Programa Familiar en los momentos que se hayan realizado un número previsto de actividades en el aula. Tienen como objetivo repasar los contenidos trabajados en casa y evaluar las dificultades encontradas en su desarrollo, así como preparar las siguientes unidades a realizar en casa.

En todas las sesiones del Programa Familiar se utilizan las dinámicas expuestas en la tabla 4.2., con el fin de proporcionar un espacio de



reflexión y diversión que permita en aprender y relacionarse para mejorar la comunicación familiar.

c) Línea directa para familias.

Se trata de facilitar a las familias la posibilidad de asesoramiento consultas telefónicas durante el desarrollo del Programa. El profesor, junto con el técnico de prevención, establecen un horario a lo largo de la semana pa dedicar a ese asesoramiento, manteniendo informadas a las familias en la primera sesión de trabajo comentada anteriormente.

A modo de resumen el Programa Familiar queda del siguiente modo:

Tabla 4.3. Resumen de las Sesiones Familiares y las fichas de trabajo en casa

<b>SESIONES FAMILIARES</b>	<b>ACTIVIDADES EN EL HOGAR</b>
<i>1ª Sesión Familiar de presentación</i>	
Autoestima	La especialidad del chef Dime cuánto te gusto
Habilidades Sociales	
<i>2ª Sesión Familiar</i>	
Estrategias Cognitivas	Qué consecuencias tiene lo que hago Por qué me pasan las cosas
Control Emocional	Me emociono, luego existo
Toma de decisiones y pensamiento independiente	Por qué compramos
<i>3ª Sesión Familiar</i>	
Información sobre sustancias	Familiares que fuman y que no fuman Cuestionario sobre cannabis Crucigrama sobre el cannabis
Ocio	
Tolerancia y Cooperación	
<i>4ª Sesión Familiar</i>	

#### **4.6.4. Materiales de trabajo del Programa “Entre Todos”**

Los materiales de los que se compone el Programa se estructura en dos partes, los materiales del Programa Escolar y del Programa Familiar.

## Programa Escolar

El Programa Escolar se compone de tres estructuras diferenciadas, debido a que, cada estructura va dirigida a un sector diferente del programa:

- Manual del Profesor, este material incluye aspectos generales de prevención, la fundamentación teórica del Programa, las unidades didácticas para aplicar en el aula y los criterios formales y metodológicos para llevar a cabo dicha aplicación. Cada unidad didáctica cuenta con un número de actividades e varía entre las dos y las cuatro, exponiendo pormenorizadamente cada paso que debe realizarse para ponerla en práctica, incluyendo de igual modo, una síntesis de cada actividades para que el docente exponga al alumando, para reforzar las ideas trabajadas. Un ejemplo de estos materiales se presentan en las figuras 4.3, 4.4.



Figura 4.3. Manual del Profesor 1º de ESO

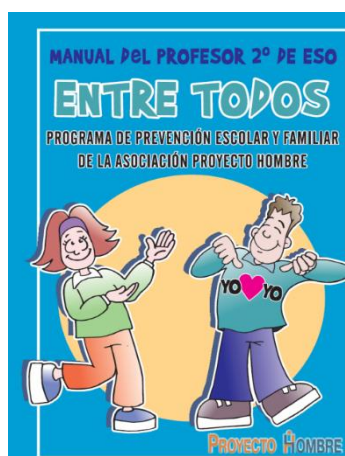


Figura 4.4. Manual de Profesor 2º de ESO

- Las fichas del alumno, son fichas de trabajo que debe in realizando el alumnado durante el transcurso del Programa, en algunas de las sesiones. Dichas fichas se encuentran ubicadas en el Manual de profesor. Un ejemplo de una ficha de trabajo se presenta en la figura 4.5.



Figura 4.5. Ficha de trabajo del alumnado

- Libro de la Familia, consistente en un texto explicativo para la familia, donde se exponen los objetivos de cada actividad que deben realizar en casa, y las instrucciones que deben seguir para llevarla a cabo. La figura 4., muestra el libro de familia para desarrollar en el hogar de forma conjunta y participativa.

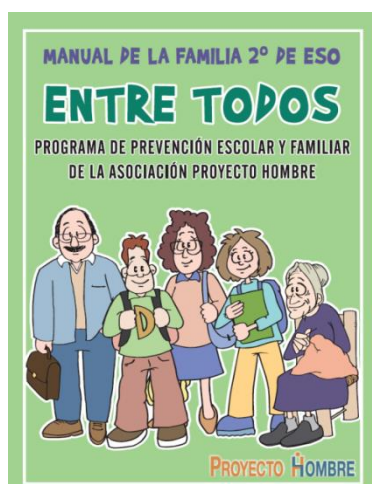


Figura 4.6. Libro de familia del programa “Entre Todos” de 2º de ESO

La multitud de materiales de los que dispone el programa (ver anexo 5) hace que su comprensión resulte dificultosa, para ello se presenta el mapa conceptual (figura

4.7), que facilitará dicho proceso, para observar visualmente los materiales, actividades y sesiones de las que dispone el Programa.

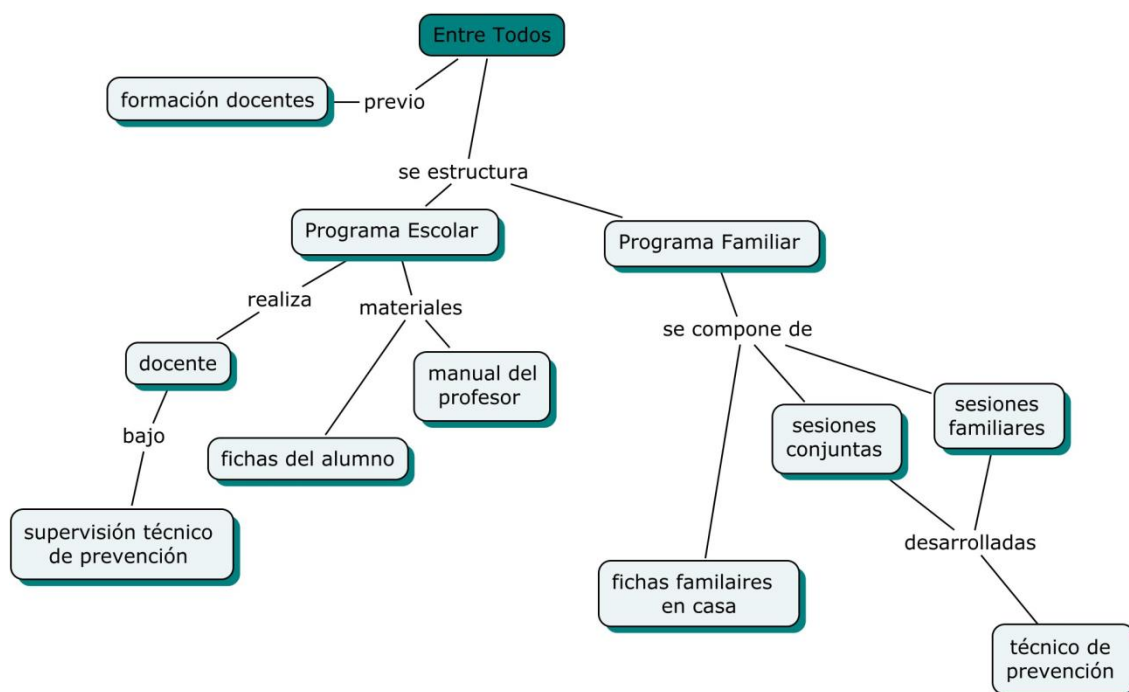


Figura 4.7. Estructura del Programa “Entre Todos”

## 4.7. Otros ejemplos de programas de prevención

### 4.7.1. Los programas de la FAD

La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), fundada en 1986, tiene como objetivo la prevención de los consumos de drogas y sus consecuencias.

FAD desarrolla sus actividades en colaboración con otras organizaciones de la sociedad civil que entienden que los problemas de drogas requieren una respuesta solidaria, y que esta respuesta debe articularse (principalmente) desde el ámbito de la prevención. La FAD tiene catalogados varios programas de Prevención (recogidos de su página web), entre los que destacamos el programa “Prevenir para vivir”, de ámbito escolar.

“Prevenir para vivir” es un programa de prevención del consumo de drogas diseñado para convertirse en un instrumento eficaz, flexible y de fácil integración y aplicación al ámbito escolar. Es un amplio conjunto de actuaciones dirigidas a sistematizar la prevención en el ámbito escolar, adaptadas a la realidad de cada

centro, a las necesidades del profesorado y a las características de los alumnos. Se apoya en un modelo educativo en el que las actividades de prevención son compatibles con las actividades propias de las diversas áreas de conocimiento.

Se plantean, dentro del programa, tres áreas claves para la formación integral de la persona el desarrollo afectivo, intelectual y social del alumnado.

Las actividades planificadas para conseguir estas habilidades varían en función de la situación evolutiva de cada persona, destinadas a toda la comunidad educativa, incluyendo familias, docentes y alumnado.

Concretamente los destinatarios del programa son:

- Profesores de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria.
- Orientadores, Directores y otros profesionales educativos de Centros Escolares.
- Alumnos de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria.
- Padres y madres de los alumnos.
- Técnicos municipales y locales con responsabilidades en materia de programas de prevención.

Los objetivos que persigue el programa son reducir el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales; además de retrasar la edad de inicio del consumo de las sustancias comentadas anteriormente.

Los objetivos específicos que se complementan son:

- Desarrollo afectivo:
  - Aumentar la autoestima del alumnado.
  - Incrementar la capacidad de empatía.
  - Mejorar la autoexpresión emocional.
- Desarrollo intelectual:
  - Potenciar actitudes positivas hacia el mantenimiento de la salud.
  - Aumentar el autocontrol.
  - Mejorar las habilidades de toma de decisiones.
  - Reducir la visión positiva hacia el consumo de drogas.
- Desarrollo social:
  - Mejorar las habilidades para la interacción social.
  - Aumentar las habilidades de oposición.
  - Fomentar las habilidades de autoafirmación.

Este programa coordina el ámbito escolar y familiar realizando sesiones familias-menores donde realizan conjuntamente las actividades propuestas.

#### **4.7.2. Programas del grupo EDEX**

EDEX es una organización no lucrativa de acción social creada en el País Vasco en 1971, con el objetivo de promover el desarrollo de la infancia y la adolescencia, especialmente mediante la educación en el tiempo libre. Desde la década de los 80 generaliza la formación de mediadores, tanto docentes como educadores a “otros ámbitos de educación no formal, participando en las políticas públicas, diseñando programas y gestionando servicios socioculturales, socioeducativos y sociosanitarios de titularidad pública”.

Los programas de prevención del Grupo EDEX se organizan en función de las edades de sus participantes. Uno de los programas con los que cuenta esta entidad es ÓRDAGO.

El Programa ÓRDAGO, como se recoge en su página web ([www.ordago.net](http://www.ordago.net)), se basa en la modificación de los factores que están relacionados con el inicio del consumo de drogas, considerando las influencias de la familia, la escuela, los padres y la comunidad sobre las personas. Es una herramienta práctica, diseñada para su aplicación en ESO, así como en ámbitos familiares y comunitarios. Como factores de actuación se contemplan:

- Las influencias sociales que favorecen el uso de drogas.
- La competencia personal y social, mediante el entrenamiento en habilidades para la vida.

El objetivo del programa es entrenar a la adolescencia en habilidades para tomar decisiones autónomas y saludables en situaciones de presión grupal en relación con el consumo de drogas, así como favorecer procesos comunicativos en el seno de la familia y de la comunidad incorporando a sus dinámicas cotidianas criterios preventivos en relación con el consumo de drogas.

La metodología que lleva a cabo, se basa en 32 sesiones a lo largo de 4 cursos académicos consecutivos; realizando 8 sesiones en cada curso. Las áreas de interés que se abordan son:

- Información.
- Creencias.
- Actitudes.
- Influencias.
- Autoestima.

- Toma de decisiones.
- Resistencia a la presión grupal.
- Tiempo libre.

Para finalizar debemos decir que el ámbito escolar es un entorno privilegiado para desarrollar programas preventivos que faciliten el retraso en la edad de inicio del consumo de drogas de la adolescencia. En este ámbito se requiere de la colaboración e implicación de familias, docentes, mediadores, agentes sociales y alumnado para la implementación de las actuaciones preventivas.

No sólo en ámbito escolar es beneficioso, sino que el ámbito familiar, comunitario, laboral (en expansión) hacen que la prevención cobre sentido, posibilitando la formación de agentes preventivos en la sociedad actual, que ayudarán a la reducción de la demanda de drogas, con la amplia oferta de actividades y actuaciones coordinadas que se llevan a cabo desde entidades, administraciones, etc. Por lo tanto, invertir en prevención es positivo a nivel social.





## **Capítulo V: Asociación Proyecto Hombre**

En este capítulo se presenta la Asociación Proyecto Hombre, que recoge el programa preventivo a evaluar, concretando hacia la actividad de Proyecto Hombre Córdoba, institución donde se inicia este estudio.

### **5.1. Origen de la Asociación**

Proyecto Hombre se inicia en Italia en 1969, cuando el sacerdote Mario Picchi fundó el Centro Italiano de Solidaridad (C.I.S.). Estos acontecimientos quedan recogidos por Izquierdo (1992), del cual se realiza una síntesis. El sacerdote Picchi comenzó en Roma a desarrollar su actividad entre jóvenes marginados, y allí descubrió la creciente importancia del problema de la droga. En aquellas fechas se creó el primer centro de acogida de jóvenes dependientes de la droga; de este centro y del trabajo que en él se desarrolló, nació en 1979 la primera comunidad terapéutica de Proyecto Hombre.

Los valores primordiales que se debían cultivar a lo largo del proceso de resocialización o reinserción eran la honestidad y la comunicación. Actualmente, en cada Proyecto Hombre los valores siguen permaneciendo inalterables con el devenir de las generaciones.

La Asociación de Proyecto Hombre comienza su andadura asistencial en Madrid en el año 1984. Se trataba de un período histórico cuyas características fundamentales eran la falta de recursos, y la confusión con respecto a las diversas respuestas o soluciones que debían darse al complejo problema de las drogodependencias. Una vez supera esta etapa de incertidumbre, se comienza un período para la asociación de expansión a lo largo del territorio español, abriendo sucesivamente diversos programas locales en distintas comunidades autónomas. (Fernández y Secades, 2001).

## 5.2. ¿Qué es Proyecto Hombre?

La página web de esta institución ([www.proyectohombre.es](http://www.proyectohombre.es)) confirma que Proyecto Hombre nació hace 25 años, concretamente en 1984, con el fin de dedicarse a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones. La Asociación consta de 26 Centros autorizados, con 111 Puntos de Asistencia y 213 Dispositivos Asistenciales en 15 Comunidades Autónomas.

El método de Proyecto Hombre consiste en identificar el problema existencial que induce a la persona a la adicción y, trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo para lograr que recupere su autonomía, su sentido de la responsabilidad y su capacidad para tomar decisiones, y volver a ser un miembro activo de la sociedad.

Proyecto Hombre nace como respuesta a un contexto muy particular: la España de los años 80. Un período en el que, repentinamente, se despierta una fuerte alarma social, sanitaria y judicial. La aparición de Proyecto Hombre en España está motivada por la necesidad de dar respuestas a esta situación desde una organización no gubernamental.

### 5.2.1. ¿Qué es la Asociación de Proyecto Hombre?

Desde su comienzo, Proyecto Hombre intentaba dar solución al problema social de los 80 con el consumo desmesurado de opiáceos y la marginación social que se generaba al respecto. Se comienzan a buscar alternativas de trabajo en las experiencias de profesionales y organizaciones de otros países que intentan ofrecer una solución global al fenómeno de las drogas y la marginación. En este sentido, se buscan experiencias validadas internacionalmente y las encuentran en la Fundación Italiana Cels Proyecto Hombre (1971) que recupera las experiencias de Jones (1946).

Tras adaptar la metodología a la realidad española, en 1984 nace el primer Centro de Proyecto Hombre en Madrid. A partir de este momento se crean otros centros en distintas Comunidades Autónomas, cuyos presidentes se asocian en 1989 para garantizar una metodología y filosofía comunes que preserven la identidad de Proyecto Hombre y la calidad de la intervención, así nace la Asociación Proyecto Hombre.

La Asociación es un punto de encuentro donde se intercambia experiencias, conocimientos y trabajo con el objetivo de mejorar el servicio a la sociedad. Aúna todos los Centros y los representa a nivel nacional e internacional. Presta distintos servicios a toda la red como son: formación, evaluación, investigación, comunicación, foros de expertos, etc. Además, promueve la colaboración solidaria entre todos los centros que desarrollan el método terapéutico de Proyecto Hombre, y garantiza la

calidad y homogeneidad de los procesos de formación terapéutica al personal interno mediante la gestión del Centro de Formación.

La Asociación Proyecto Hombre se declara aconfesional, apartidista y sin ánimo de lucro. Es propietaria de la “marca” Proyecto Hombre y fue declarada de Utilidad Pública por el Consejo de Ministros el 29 de diciembre de 1993.

La Asociación Proyecto Hombre está integrada por 26 Centros, en un total de 15 Comunidades Autónomas de toda España, que atienden cada año a más de 17.600 personas. Cada Centro se gestiona de manera autónoma y comparte con los demás el método terapéutico y la misma filosofía, lo que quiere decir que los centros participan de su experiencia recíproca, trabajan desde el apoyo y la cooperación entre ellos y comparten formación e investigaciones. Siguiendo en esta línea, se creó en 1991 la Escuela de Formación de Proyecto Hombre para la capacitación y mejora profesional del personal que participa en los programas de tratamiento y prevención de Proyecto Hombre, tanto en España como en Portugal.

El objetivo principal de la Escuela de Formación, era y es, capacitar a todos estos profesionales bajo un prisma común, el de la Carta Fundacional y la filosofía de tratamiento de Proyecto Hombre.

Fundamentalmente se han realizado, y se realizan diferentes tipos de formaciones:

- Capacitación en tratamiento de adicciones: basada en el curso base de formación de terapeutas y en el curso de formación para educadores y educadoras.
- Formación continua de profesionales: centralizada en temáticas específicas y con diversos contenidos como los cursos sobre prevención de recaídas, evaluación de programas, programas de prevención (universal, selectiva, indicada, laboral); formaciones basadas en las diferentes Escuelas de psicoterapia como Psicodrama o Gestalt; cursos centrados en temas concretos como el abordaje del duelo o el trauma; foros de intercambio de experiencias sobre aspectos fundamentales en la prevención y el tratamiento como el trabajo con familias, los tratamientos para adolescentes, los programas de tratamiento de personas con problemas con los psicoestimulantes (cocaína, principalmente).
- Formaciones en colaboración con otras entidades, como el Magíster en Drogodependencias que se desarrolla en virtud de un convenio con la Universidad Complutense de Madrid.

- Cursos On-line: A través de la plataforma [www.formacionph.es](http://www.formacionph.es). Incluye cursos de formación en prevención como prevención universal, escuela de familias, prevención escolar para mediadores/educadores, prevención en el ámbito laboral destinado a técnicos de prevención de riesgos laborales.

El objetivo del Centro de Formación es convertirse en un observatorio sobre la realidad de las drogodependencias en España, para poder favorecer la adaptación de los programas Proyecto Hombre a las nuevas realidades y mejorar la calidad de los servicios, centros y programas.

El modelo de intervención terapéutica de Proyecto Hombre también involucra a la familia en el proceso de recuperación. La variedad de programas muestra el esfuerzo de la organización por adaptarse a las necesidades de los usuarios y a los cambios en los hábitos de consumo.

Todos los programas son de cumplimiento voluntario por parte de las personas con problemas de adicción, y están abiertos a cualquier usuario o usuaria que desee comenzar un tratamiento, de forma que nadie quede excluido por razones económicas.

Asociación y Centros mantienen una relación de autonomía y pertenencia. Autonomía, dado que todos los Centros se gestionan de manera autónoma. Pertenencia, porque comparten el método terapéutico pero también la misma filosofía, tutorías, estudios e investigaciones.

Los Centros son un observatorio de la realidad, el lugar desde el que se realiza un tratamiento integral a los afectados, permiten a la Asociación estar a la vanguardia en materia de adicciones y la convierten en un punto de encuentro, debate y reflexión a través de las Comisiones de expertos y la Asamblea de directores, que marcan las directrices a seguir.

La Asociación es, en definitiva, una suma de esfuerzos. Representa a los Centros a nivel nacional e internacional, y ofrece un trabajo permanente desde sus Departamentos.

Actualmente la Asociación está formada, como se ha comentado, por 26 centros cuyos representantes se reúnen trimestralmente para evaluar y programar las acciones de la organización.

El buen hacer de la Asociación Nacional de Proyecto Hombre, junto con el trabajo de cada una de las fundaciones que forman parte de la misma, se reconoce a través de los premios recibidos; premios que avalan la labor realizada para mejorar nuestra sociedad y dar respuesta a las necesidades de la misma.

Los premios y galardones otorgados a la Asociación Proyecto Hombre han sido:

- Premio Galardóns Picapeixe en la modalidad de nuevas tecnologías, por el curso online Escuela de Familias en la Red. [2014].
- X Edición del Premio ABC Solidario (Fundación ABC) en su modalidad de Entidad solidaria. [2014].
- Premio Reina Sofía de CREFAT (Fundación para la Atención a las Toxicomanías de Cruz Roja Española) en la categoría de labor social. [2014].
- Premio "Institución Sanitaria del año", promovida por EDIMSA (Editores Médicos, S.A.). [2.006]
- Premio "A la mejor Sonrisa" otorgado por el C.G. del Colegio de Odontólogos de España. [2.006]
- Premio "A la defensa de la juventud y la infancia" otorgado por la Fundación Social Universal. [2.006]
- Premio “Ciudadanos”. [2.005]
- Galardón a la solidaridad Unión FENOSA. [2.004]
- Premio Oros del Deporte. [2.001]
- Premio Argenta, otorgado por el Colegio de agentes y corredores de seguros de Barcelona. [1.999]
- Premio de la Asociación de Deportistas contra la droga. [1.998]
- INDALONCE a la labor social. [1.997]
- Gran Cruz de la Orden Civil de la Solidaridad Social otorgada por el Ministerio de Justicia e Interior. [1.996]
- Premio a la Solidaridad, otorgado por el Aula Social Universitaria de Salamanca. [1.996]
- Cruz Blanca al mérito, otorgada por el Plan Nacional sobre Drogas. [1.996]
- Medalla de Oro al mérito social penitenciario, otorgada por el Ministerio de Justicia e Interior. [1.994]
- Mención honorífica del Premio Reina Sofía en su modalidad de labor social. [1.992]
- Premio Justicia y Paz a los valores humanos. [1.991]

Comentados los premios y galardones otorgados a la Asociación Proyecto Hombre por la labor social que desempeña a lo largo del todo el territorio español, se

esboza la colaboración internacional en la que se encuentra inmersa la Asociación Proyecto Hombre.

En los últimos años, la Asociación Proyecto Hombre ha impulsado sus relaciones internacionales tejiendo su experiencia con la de otras organizaciones. El deseo de cooperar, compartir experiencias y fomentar la solidaridad con la labor desempeñada en otros países han sido las razones fundamentales para su vinculación internacional como miembro de las siguientes organizaciones:

- Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC, [www.wftc.org](http://www.wftc.org)). Proyecto Hombre es miembro directivo de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas. La Asociación Proyecto Hombre organizó en abril de 2004 el XXII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas que se celebró en Palma de Mallorca.
- Red Iberoamericana de ONG que trabajan en drogodependencias (RIOD, [www.riod.org](http://www.riod.org)). La única red que reúne a 59 ONG dedicadas al tratamiento y prevención de toxicomanías en España y América Latina. Una estimación refleja que, entre todas ellas, se dirigen a más de 3 millones de personas en el mundo. Dos entidades institucionales, PNSD (Plan Nacional sobre Drogas) y CICAD-OEA (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas) AECI (Agencia Española de Cooperación Internacional) han apoyado decididamente esta idea.
- Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT, [www.flact.net](http://www.flact.net)). La FLACT se consolida en 20 países con más de 500 programas afiliados. Proyecto Hombre tiene con esta entidad un acuerdo de colaboración en el ámbito de la formación, por el cual se compromete a dar cursos y seminarios a sus profesionales y que éstos puedan realizar sus pasantías (prácticas profesionales) en los centros de Proyecto Hombre. Por otro lado, la FLACT ha suscrito a todos sus socios a la revista Proyecto Hombre por valorar su contenido formativo para los profesionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias.
- European Network on Addictions (ENA, [www.eftc-europe.com](http://www.eftc-europe.com)). Proyecto Hombre también forma parte de ENA, una red que reúne a los profesionales de Proyecto Hombre en Italia, Portugal y España, y a la organización griega KETHEA. Los objetivos de ENA se centran en intercambiar experiencias y establecer una estrategia de acción conjunta en ámbitos como la investigación, la formación y la evaluación de resultados. European Federation of Therapeutic Communities (EFTC). En

2002 Proyecto Hombre pasó a formar parte de esta red de ámbito europeo formada por 25 países y que representa a más de 40 organizaciones que están en sintonía con la filosofía de Proyecto Hombre.

### 5.3. Modelos de Intervención Terapéutica en Proyecto Hombre

La convicción de Proyecto Hombre es que la droga puede ser sólo un episodio en la vida de una persona. Se constata una vez más, que la capacidad y fortaleza del ser humano hace posible que las personas cambien y aprendan a vivir sin ningún tipo de dependencia. Pero para que esto sea posible, en Proyecto Hombre se intenta descubrir cuál es el origen del consumo o dependencia de la persona que acude a la institución. . La adicción, **es el síntoma de un problema personal que hay que trabajar desde una acción educativa y terapéutica.**

Desde esta perspectiva, se trabaja por el desarrollo integral de la persona en todos los ámbitos de su vida (laboral, familiar, social e individual). Las distintas modalidades de tratamiento que se muestran en esta sección, son las respuestas actualizadas que se incorporan según las demandas o peticiones diarias que se solicitan en los Centros de Atención. Pero lo más importante de estos tratamientos, es que las personas que lo hacen, recuperan la confianza en sí mismas y logran vivir sin ningún tipo de dependencia o adicción.

Como se puede apreciar en la página web de la propia asociación, Proyecto Hombre tiene un enfoque biopsicosocial, que consiste en aprender a vivir de manera autónoma y sin ningún tipo de dependencia. Una persona que comienza un programa de Proyecto Hombre inicia un proceso terapéutico **cuyo objetivo consiste en que la persona recupere su autonomía, su sentido de la responsabilidad, y su capacidad para tomar decisiones y volver a ser un miembro activo de la sociedad.**

Los valores primordiales que se deben cultivar a lo largo del proceso de resocialización o reinserción son la honestidad y la comunicación.

La variedad de programas de Proyecto Hombre es la respuesta a las demandas que se reciben diariamente en los centros, a la evolución de los nuevos tipos de dependencias y en consecuencia, al perfil de los usuarios atendidos.

Todos los centros de la Asociación comparten la misma metodología aunque la estructura y duración de los programas varía según las demandas sociales, la problemática personal y la realidad sociocultural de la zona.

Esta metodología integra elementos clave de la psicología humanista, sistémica, cognitivo conductual y logoterapia, entre otros. Su línea terapéutica promueve la dinámica de autoayuda como medio para facilitar un cambio de vida. En definitiva, propone un modelo de rehabilitación e integración social plena donde la clave del proceso está en identificar el problema existencial y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo.

En resumen, el programa de rehabilitación ofertado por Proyecto Hombre tiene tres características básicas que los definen, según los datos publicados por la propia Asociación (2001):

1. Es un tratamiento libre de drogas.
2. En su desarrollo, tiene una fase de Comunidad Terapéutica que puede ser residencial o no.
3. Es de larga duración (por encima de 24 meses).

Dentro de este marco, se analizan las fases del modelo de tratamiento base para la rehabilitación de las personas con problemas de adicción.

### **5.3.1. Fases del Modelo de Intervención**

El programa tradicional, denominado actualmente por la propia Asociación, de tratamiento de las adicciones se desarrolla a lo largo de tres fases interdependientes que constituyen un proceso global:

- Fase de Acogida
 

Es la fase de ruptura con el mundo de la droga y motivación personal para llevar a cabo el programa.

Se lleva a cabo en un centro de día y es de carácter ambulatorio. Dicha fase dura de tres a cinco meses, sin proceso de internamiento. Las personas usuarias acuden a las sesiones de terapia en grupo de lunes a viernes, acompañados siempre de un miembro de su familia.
- Fase de Comunidad Terapéutica
 

Esta fase está centrada en el trabajo personal sobre uno mismo. Esta fase tiene una duración aproximada entre diez y doce meses. Se realiza fundamentalmente en régimen residencial. El objetivo de esta fase es la adquisición de habilidades de independencia personal, la solución a los problemas, la expresión de emociones y la prevención de recaídas. El usuario vive en comunidad con otros compañeros y sus educadores. Las bases fundamentales de esta fase son: solidaridad, cooperación, participación y autodisciplina. Los usuarios que cubren esta fase de forma



ambulatoria realizan un trabajo similar a los incluidos en el programa residencial.

➤ Fase de Reinserción Social

Consiste en ayudar a la persona a enfrentarse a la vida real de la sociedad, la familia, el grupo de iguales...

Ésta es la tercera y la última fase del proceso de rehabilitación de las personas con problemas de adicción.

A lo largo de esta fase se produce una disminución de la intensidad del tratamiento de forma progresiva y los usuarios toman cada vez más contacto con el ambiente natural. En esta fase solamente una personalidad fuerte y bien formada permitirá a la persona con adicciones afrontar los problemas de la sociedad sin tener que recurrir a la droga.

Los objetivos fundamentales de esta última fase del tratamiento de rehabilitación de adicciones es la de reinsertar a la persona a nivel social, familiar y laboral.

Proyecto Hombre se considera uno de los programas más serios y eficaces, se define como un programa educativo y no sanitario, sin realizar control, pero si realiza el apoyo al usuario a través de la familia para superar su debilidad.

Como señala Izquierdo (1992), en Proyecto Hombre se ayuda a las personas afectadas a reencontrar sus sentimientos. La droga los tapa y oculta, convirtiendo a las personas en unos seres muy egoístas. Sus únicos intereses son ellos mismos y conseguir la droga. Han entrado en un mundo en el que se encuentran en un abandono de valores; convirtiéndose en dependientes de una sustancia que ya no sólo produce placer, sino que es necesario para sobrevivir.

En la Asociación de Proyecto Hombre se trabaja no solo con las personas con problemas de adicción, sino que también se trabaja con las familias de los usuarios y las usuarias, además de todo su mundo de relaciones. Sin el apoyo de la familia es muy difícil la rehabilitación, pero no imposible. Del mismo modo, se intenta rehacer en la medida de lo posible el ambiente y las relaciones familiares de la persona con problemas de adicción, que tanto habían influido y seguirán influyendo en su vida.

Pretende la rehabilitación íntegra de la persona, en la que la dimensión religiosa ocupa un lugar, pero que presupone una identidad y capacidad personal de elección y compromiso. El programa mantiene abierta sus puertas a colaboración de todas las instituciones y sectores sociales independientemente del signo que sea, sin comprometerse con ninguna de ellas.

No se ostenta ánimo de lucro. Su base de mantenimiento económico se realiza a través de ayudas sociales de todo tipo, es decir, por parte de la iglesia y de las aportaciones voluntarias de las familias de los usuarios y las usuarias.

La filosofía y la estructura de trabajo tratamiento es común en todos los centros de Proyecto Hombre, cambiando según el liderazgo que ejerzan los presidentes de cada centro, los directores de cada fase, pero todos siguen las mismas pautas de actuación.

Por todo ello, todos los programas mantienen unos objetivos específicos coincidentes, éstos son (Fernández y Secades, 2001):

- Abstinencia del consumo de drogas.
- Uso moderado o abstinencia de alcohol.
- Ausencia de actividad delictiva.
- Obtención o recuperación y mantenimiento del empleo.
- Mejora del nivel educativo.
- Mejora de las relaciones familiares
- Establecimiento o mantenimiento de relaciones con personas que no usan drogas y que emplean su tiempo de ocio en actividades alternativas a su uso.

La filosofía de Proyecto Hombre, se considera la pieza clave del engranaje que da fuerza cada día a los usuarios para luchar y poder reinsertarse de nuevo en la sociedad.

### **5.3.2. Programas de Tratamiento de Proyecto Hombre**

Los programas que ofrece la institución de Proyecto Hombre (obtenidos de la página web [www.proyectohombre.es](http://www.proyectohombre.es)) son:

#### *A) PROGRAMAS BÁSICOS*

##### *1- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON ADICCIÓN A OPIÁCEOS*

Este es el primer programa que Proyecto Hombre puso en marcha en 1984, como respuesta a los problemas derivados del consumo de heroína que se vivieron en España a partir de los años 80. Este proceso de rehabilitación consta de tres fases:

- Acogida y motivación
- Comunidad terapéutica
- Reinserción social

Durante este año, se han atendido en todos los centros de la Asociación a más de 5.958 consumidores, principalmente de opiáceos.

## *2- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN PARA CONSUMIDORES DE PSICOESTIMULANTES (Cocaína y otras drogas)*

Surge en 1989 como respuesta a la demanda de un tipo de consumidores bien estructurados que conservan su estructura familiar y su trabajo, y no sufren desadaptación social. Muchos compatibilizan el tratamiento con su horario laboral. Todos los centros cuentan con este servicio, mediante el cual han atendido a 1.832 personas.

## *3- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN DE PERSONAS ALCOHÓLICAS*

Los trastornos producidos por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas constituyen un serio problema de salud pública en España, a pesar de que en nuestro país esta sustancia esté socialmente aceptada.

Este nuevo servicio se plantea desde tres ejes fundamentales:

1. La no percepción social de un consumo inadecuado de alcohol como problema sociosanitario de primer orden, a pesar de su coste notablemente superior al de otras drogas ilegales. Se ha estimado que aproximadamente un 10% de la población española padece algún proceso relacionado con el abuso del alcohol, cuyas consecuencias derivan desde problemas de salud, violencia doméstica, accidentes de tráfico, laborales...
2. El uso de estrategias preventivas de tipo informativo no modifica los factores asociados al consumo inadecuado.
3. El diagnóstico precoz de "problemas de alcohol" no se realiza con la frecuencia adecuada.

Ante la demanda detectada en algunos centros se crean equipos específicos dedicados al tratamiento de esta dependencia en: Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, La Rioja y Navarra.

## *4- PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE METADONA*

No sólo se trata de un programa de reducción de daños, sino que se trabaja para que los usuarios se planteen objetivos de cambio, iguales a los de un Programa Libre de Drogas, cuyo final es la reinserción. La relación terapéutica es fundamental en

este modelo terapéutico ya que debe orientarse a poner el énfasis en el tratamiento integral y no tan sólo en la dispensación.

Por este motivo, entendemos que la metadona es un medicamento utilizado como una herramienta más del programa, que junto con la motivación, trabajo en grupo, revisión de objetivos personales y otros instrumentos terapéuticos, se consigue la recuperación de la persona.

Los centros de Asturias, Baleares, Burgos, Castellón, Extremadura, Huelva, La Rioja, León y Madrid han atendido a 764 usuarios.

## *B) PROGRAMAS DIRIGIDOS A COLECTIVOS ESPECÍFICOS*

### *1) PROYECTO JOVEN*

A partir de los años 90 se empieza a constatar la creciente presencia de familiares de adolescentes que acuden a los programas preocupados por el comportamiento de sus hijos y con la sospecha que se están iniciando en el consumo de drogas. Se trata de consumidores de alcohol, speed, éxtasis, cocaína, etc., y en muy pocos casos de heroína. Se trata de consumidores vinculados con la noche, el ocio, la diversión y a la vivencia en grupo. Si bien es cierto que estas drogas no crean los mismos conflictos sociales que el abuso de la heroína, sí es cierto que están influyendo de forma negativa en su maduración personal. Son jóvenes y adolescentes que son capaces de parcializar su vida, de manera que compatibilizan el consumo de drogas con el mantenimiento de áreas de su vida con una cierta estructura personal.

Se trata de un uso de drogas con unas características muy particulares que requiere, por consiguiente, un tipo de intervención diferente respecto a los enfoques tradicionales.

Se plantea la necesidad de intervenir con adolescentes y jóvenes dirigidas a la prevención del consumo de drogas y/o comportamientos y situaciones de riesgo.

### *2) INTERVENCIÓN CON DROGODELINCUENTES*

Proyecto Hombre dirige sus esfuerzos a conseguir que personas reclusas o aquellas que acuden a los centros con problemas penitenciarios, alcancen, a través de un tratamiento de rehabilitación y reinserción una vida totalmente integrada en la sociedad. Por este motivo, acorde a las necesidades y características de estos grupos se crean tres modelos de tratamiento:

- Medidas alternativas al internamiento en prisión.
- Comunidad terapéutica intrapenitenciaria.
- Grupos de motivación dirigidos a reclusos.

### *3) REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN PARA DROGODEPENDIENTES DE ETNIA GITANA*

Es una experiencia singular con comunidades gitanas en Asturias que propició el desarrollo de un plan específico acorde a las peculiaridades de su cultura cuya coordinación con la familia, es un elemento clave para el trabajo con este colectivo.

### *4) COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA MUJERES CON HIJOS A SU CARGO*

Es una iniciativa que se está desarrollando en León y Castilla-La Mancha. Responde a la necesidad del tratamiento para mujeres drogodependientes sin que esto suponga la separación de sus hijos y no se rompa el vínculo afectivo madre-hijo, favoreciendo una correcta formación del apego esencial en los primeros años de los y las menores.

### *5) PROGRAMA DE ADICCIONES COMPORTAMENTALES (Compras, adicción a las nuevas tecnologías...)*

El tratamiento debe ser integral y centrado en la persona, teniendo en cuenta el objeto concreto de la adicción. Desde esta perspectiva se trabaja en: Dinámica grupal y entrevistas individuales, siendo la duración del tratamiento entre 12 y 16 meses desarrollándose en 5 áreas:

- Personal: Refuerzo de autoestima.
- Familiar: Redistribución de los roles familiares.
- Amistades: Siendo éstas un apoyo y acompañamiento en el proceso de incorporación socio-recreativa.
- Respecto al Objeto: Varias fases desde la no utilización del objeto de la adicción y su utilización controlada por la propia persona.
- Formación académica y/o laboral.

### *6) PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN PARA PERSONAS CON ADICCIÓN AL JUEGO*

Los primeros centros de Proyecto Hombre que reciben un grupo de población con problemas de adicción al juego, fueron Cantabria y León. Se suman a este programa Castellón y Galicia que han atendido a 90 personas sujetas a esta dependencia. El programa está basado principalmente en coloquios iniciales de apoyo, grupos de autoayuda, seminarios y grupo de información de familias.

### C) PROGRAMAS TRANSVERSALES

- Trabajo con familias de drogodependientes.
- Apoyo a seropositivos y sus familias.

### D) PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

#### D.1) PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR Y FAMILIAR "ENTRE TODOS".

Es un programa de prevención de drogas donde la familia actúa como agente preventivo y participa junto a los profesores y profesionales de Proyecto Hombre de 5º y 6º de primaria hasta 4º de la ESO, cuyos materiales han sido diseñados y elaborados por los técnicos de la Comisión de Prevención y una Mesa de Expertos.

Los destinatarios directos del programa son alumnado del último ciclo de Educación Primaria, es decir, niños y niñas de 5º y 6º de primaria. Además de los y las jóvenes de Educación Secundaria Obligatoria, es decir, alumnado de 1º a 4º de ESO.

Las familias del alumnado de cursos académicos citados anteriormente son considerados destinatarios directos del programa; ya que, el programa abarca la parte escolar y familiar.

Los destinatarios indirectos del programa son los propios docentes que imparten el programa de prevención en el aula.

La metodología de trabajo se basa en sesiones entre el profesorado y alumnado, sesiones familiares acompañados del técnico de proyecto Hombre, junto con actividades de las diferentes áreas que se trabajan en el aula y en hogar (autoestima, habilidades sociales, etc.).

#### D.2) PROGRAMA DE PREVENCIÓN FAMILIAR INDICADA: ¡A TIEMPO!

El programa de prevención selectiva para familias "¡A Tiempo!", es el primero que se elaboró en España.

Va dirigido exclusivamente a la familia, debido a su papel de agente preventivo para frenar las adicciones de sus hijos e hijas; sin embargo, en muchas ocasiones este papel de agentes preventivos del hogar sobrepasa a los adultos referentes de la familia, debido a:

- El desconocimiento y desinformación sobre drogas y adicciones.
- La dificultad para relacionarse con sus hijos e hijas.

Este programa consta de un manual para el formador y otro para la familia.

El principal objetivo de este programa de prevención es formar a aquellas familias preocupadas por el consumo de alcohol y otras drogas de sus hijos e hijas

aportando los instrumentos, herramientas, conocimientos y habilidades para manejar estas situaciones.

Los principales destinatarios de este programa son las familias de jóvenes con un perfil específico como el que describimos a continuación:

- Menores de edad que consumen drogas legales sin llegar al criterio de abuso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales volumen IV (DSM IV).
- Que inicien la experimentación de sustancias ilegales.
- Estén en situación de riesgo.
- Integrados en grupos de amigos que presenten signos de consumo de drogas.
- Que realicen actividades de ocio cercanas al consumo.
- Muestren baja motivación y rendimiento escolar.

La metodología de trabajo del citado programa son 10 unidades didácticas para realizar de forma participativa y dinámica entre la familia y el formador.

### *D.3) PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR SELECTIVA: ROMPECABEZAS*

El programa de prevención selectiva “Rompecabezas” va dirigido a grupos susceptibles de encontrarse en riesgo; más concretamente, a un colectivo que generalmente ha fracasado en los circuitos escolares habituales, o bien no se ha integrado en la educación reglada y que el propio sistema deriva a otras alternativas educativas como son:

- Formación ocupacional/pre-laboral (casas de oficio, escuelas taller)
- Garantía social
- Educación de adultos

Los destinatarios de este programa de prevención son jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y 21 años prioritariamente que participan en los programas de formación pre-laborales, con las siguientes características:

- Dificultades de adaptación en el ámbito educativo y/o con experiencias anteriores de fracaso escolar.
- Con frecuencia provenientes de familias con un importante grado de desestructuración.
- Dificultades de integración en el mercado laboral.
- Consumidores de drogas legales sin llegar al criterio de abuso según el DSM-IV y que inicien la experimentación de drogas ilegales.

- Que estén en situación de riesgo por tener amigos consumidores, el tipo de ocio, etc.
- Con déficits en habilidades sociales.

Sin embargo, los destinatarios indirectos del programa son los equipos docentes, educadores, monitores y todos los profesionales de la educación que trabajen en la Formación ocupacional y pre-laboral.

El objetivo que se plantean en el programa es el de Prevenir y/o reducir el consumo problemático de sustancias en jóvenes, principalmente entre los 16 y 20 años de edad, a través de dos líneas de actuación:

- Una primera, dirigida a todo el claustro (educadores), que facilita la información y la formación para el abordaje de los primeros consumos de jóvenes en riesgo. Para ello hemos elaborado una «guía de abordaje de primeros consumos» y un curso de formación que capacite al profesorado para dicho abordaje.
- Una segunda línea, dirigida al educador para que aplique directamente a todo el grupo clase. El material elaborado para este fin es una «guía de actividades», que desarrolla varios temas relacionados con el consumo de drogas en la adolescencia y un curso de formación para su aplicación.

Las actividades que presentamos en esta guía están agrupadas en seis módulos, que son las temáticas que proponemos trabajar en el aula:

- Drogas
- Afectividad y sexualidad
- Aficiones
- Desarrollo personal
- Interacción social
- Responsabilidad en el trabajo

#### **5.4. Concepto de Reinserción en Proyecto Hombre**

Una vez definidos los programas de tratamiento que se realizan en la institución de Proyecto Hombre, consideramos necesario definir el concepto de reinserción para las personas vinculadas al mundo de trabajo de Proyecto Hombre, para así, aclarar términos y poder conocer fielmente la citada institución.



El concepto de reinserción se refiere al proceso de vinculación efectivo y activo a la realidad cultural, económica y social, que un sujeto realiza después de un período de aislamiento o crisis en la misma.

Para muchas personas con adicciones, sería preciso hablar de inserción en vez de reinserción, puesto que la incorporación activa a la sociedad nunca ha tenido lugar, por lo que no es lícito hablar de reinserción.

La inserción y/o la reinserción social comporta siempre un proceso de socialización o de resocialización según los casos. Es por tanto un proceso educativo a lo largo del cual cada sujeto dependiente interioriza una serie de valores y normas del grupo social al que se incorpora.

Es ésta la razón por la cual el objetivo central de los programas de reinserción no es devolver al sujeto drogodependiente a su situación anterior al consumo (comúnmente negativa), sino el de completar correctamente su socialización.

Para llevar a cabo la reinserción de las personas adictas ubicadas dentro de los programas llevados a cabo en la Asociación Proyecto Hombre consideramos los siguientes:

- La reinserción es un proceso que se inicia y desarrolla simultáneamente a las intervenciones rehabilitadoras o asistenciales. De hecho los servicios especializados de atención a las drogodependencias desarrollan actividades socializantes y preparadoras para la inserción.
- Las actuaciones a impulsar en el marco de la reinserción de los drogodependientes deben basarse en la utilización de redes y recursos generales, inespecíficos, evitando así reforzar la segregación del colectivo y favorecer su normalización.
- La reinserción tiene un carácter individualizado. Cada usuario y usuaria tiene una historia, unas dificultades y unos recursos diferentes, por tanto deben establecerse estrategias de intervención diferentes para cada sujeto.
- No existe, pues, un proceso único de reinserción, sino diferentes procesos de inserción, adaptados a las necesidades y posibilidades de individuos diferentes.
- La reinserción exige una intervención sobre el medio de las personas con problemas de adicción, acción que irá dirigida básicamente a conseguir la participación de la comunidad (al menos de los agentes o grupos más dinámicos).

Es fundamental que los programas de reinserción de adicciones incidan en la transformación de la imagen segregante o estereotipada que existe del colectivo. La identificación drogodependiente/delincuente dificultará su integración, siendo la superación de la misma una premisa previa a la inserción.

La reinserción social de las personas con problemas de adicción necesita concretarse, operativizarse; por tanto deben definirse unas áreas básicas de actuación y unos objetivos para cada una de ellas.

#### **5.4.1. Áreas de influencia para el programa de Reinserción con personas adictas**

Suelen señalarse cinco áreas básicas en los programas de reinserción, cada una de ellas con sus objetivos específicos:

1. Relacional: Establecimiento de relaciones positivas con familiares, amigos y personas que no tienen ni han tenido contacto con las drogas.
2. Laboral: Capacitación para la obtención y mantenimiento de un trabajo remunerado normalizado (adquisición de conocimientos y habilidades).
3. Formativa: Mejora del nivel educativo y enriquecimiento del bagaje cultural (inicio o reanudación de estudios, fomento del interés por determinadas experiencias culturales, etc.).
4. Salud: Desarrollo de una forma de vida saludable (adquisición y mantenimiento de determinados hábitos higiénicos y alimentarios, práctica de actividades deportivas, etc.).
5. Lúdico-recreativa: Desarrollo de actividades y capacidades de carácter lúdico que permitan una ocupación saludable del tiempo libre.

### **5.5. Fundación Centro Español de Solidaridad de Córdoba “Proyecto Hombre”**

Se estima necesario comentar el funcionamiento de la entidad Proyecto Hombre Córdoba, debido a que es la entidad que llevaba a cabo la intervención preventiva en el centro educativo objeto de estudio. Además, durante la investigación de cuatro años de duración, yo era la persona responsable de implementar el programa de prevención “*Entre Todos*” en el Colegio Concertado Santísima Trinidad-Trinitarios de Córdoba capital. Toda la información se recoge en estas páginas está extraída de sus propias programaciones de trabajo y de su ideario, cada programa de tratamiento y reinserción puede variar de centro a centro, debido a que como se

comentó anteriormente, comparten filosofía y métodos básicos de trabajo pero no necesariamente programas de tratamiento y estrategias.

Proyecto Hombre Córdoba considera la adicción como un fenómeno que, además de ser muy complejo, es cambiante a lo largo del tiempo al estar influenciados por multitud de factores, entre otros, señala por su importancia los siguientes: el tipo de sustancias que habitualmente se consume, el nivel socio-económico de los usuarios y de las usuarias, e incluso las causas y razones por los cuales las personas consumen. Por ello, hablar de un perfil tipo de persona adicta es bastante difícil, aunque sí se pueden señalar una serie de rasgos comunes:

1. La adicción se da en un contexto social donde el bienestar, el placer y el sentirse bien se convierte en motivo vital para la persona adicta.
2. Las personas que solicitan sus servicios, aun sin tener una dependencia acusada, tienen, en la mayoría de los casos, una capacidad de decisión y autonomía personal mermada que les incapacita para asumir las responsabilidades básicas del ser adulto.
3. A medida que la persona pasa progresivamente a desarrollar una adicción, la pérdida de interés por todo lo que le rodea, familia, amigos, trabajo, etc., se hace más evidente para él mismo y para su red social y familiar.
4. Sus capacidades comunicativas, de pertenencia y de afecto se distorsionan y se reducen a niveles básicos para mantener el estilo de vida adictivo.

Proyecto Hombre Córdoba propone un modelo de rehabilitación y reinserción social donde la clave del proceso terapéutico está en la propia persona, en identificar el problema existencial y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo. La persona se convierte en centro y medida de cualquier acción que desarrollemos. En este modelo prevalece la psicoterapia humanista como enfoque general y la dinámica de autoayuda y la confrontación como estilo terapéutico. Es una forma de trabajar el cambio en interacción con otros usuarios que realizan el proceso de cambio en el mismo momento, favoreciendo la identificación de problemas, la empatía, el apoyo mutuo y la capacidad de esperanza de que si otros pueden dejar el consumo y cambiar su estilo de vida, también puede hacerlo la persona que se incorpora a alguno de los recursos que conforman nuestros programas.

Los programas que se llevan a cabo en Proyecto Hombre Córdoba, no son muy diferentes a los descritos a nivel estatal en el apartado de la Asociación Proyecto

Hombre, el único programa que se considera pionero con los que contempla la Asociación es el Programa Trébol.

Por tanto, los programas que ofrece esta fundación son:

### *1- Programa Base*

Dirigido a personas adictas que han sufrido un bloqueo en el proceso de maduración y desarrollo de la persona. Su ámbito interno y externo sufre un alto grado de desestructuración y su mundo existencial, compuesto por una serie de valores, necesidades, actitudes y estilo de vida está afectado. Se estructura en tres fases bien diferenciadas, a la vez que, interrelacionadas profundamente entre sí:

- Acogida: Es la “puerta de entrada” al Programa Base. Su objetivo primordial es el de comenzar a despertar en los usuarios una motivación para emprender un cambio personal y conseguir así una implicación activa en el tratamiento.
- Comunidad Terapéutica: Lugar de crecimiento por excelencia, donde las personas se unen entre sí para poder alcanzar objetivos que, por sí solos, no podrían o les resultarían muy difíciles de conseguir. Es el espacio ideal para tomar conciencia de las propias limitaciones y encontrar la confianza en sí mismo, iniciando un trabajo fundamental de conocimiento y crecimiento personal, desde un clima de solidaridad, autoayuda y participación, estimulando los valores, derechos y deberes necesarios para una vida sana: “Solo tú puedes hacerlo, pero no puedes hacerlo solo”.
- Comunidad Terapéutica de Reinserción: El objetivo principal de esta fase consiste en realizar un importante trabajo de re-socialización y reinserción, que permita al usuario alcanzar una mayor autonomía, basada en la toma de decisiones desde un proyecto de vida personal, de manera que su comportamiento sea coherente con los valores que ha ido trabajando a lo largo de las fases anteriores. En definitiva, alcanzar un equilibrio entre pensamientos, deseos y sentimientos.

### *2- Programa de Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria*

Este programa está diseñado, especialmente, para atender a internos en el Centro Penitenciario de Córdoba. Las personas destinatarias son personas adictas, que han sufrido un bloqueo en su proceso de maduración y desarrollo personal,

necesitadas de un contexto terapéutico altamente estructurado para realizar su tratamiento.

Consiste, básicamente, en una intervención terapéutica en el interior del Centro Penitenciario a través de la realización de grupos de autoayuda, prevención de recaídas, técnicas de habilidades sociales para la utilización de recursos personales en situaciones de conflictos, grupos de motivación con niveles de exigencia progresivos, evaluación personal de las personas usuarias con posibilidad de derivación a distintos recursos terapéuticos intra y/o extra penitenciarios, ayuda y seguimiento de las familias de las personas usuarias.

### *3- Programa de Apoyo*

Conocedores desde la experiencia de nuevas realidades en materia de adicciones, Proyecto Hombre Córdoba, puso en marcha en el año 2000 el Programa de Apoyo. El punto de partida, de este programa, es el considerable incremento en el número de ingresos de personas que demandaban tratamiento y que presentaban un perfil que difería del habitualmente atendido hasta ese momento; personas con una configuración personal, expectativas y experiencias vitales, distintas a las del consumidor de heroína que habitualmente era atendido. Con el Programa de Apoyo se busca facilitar los procesos de cambio a nivel comportamental, emocional y cognitivo que sean necesarios para lograr la abstinencia de estas personas.

Este programa va dirigido a individuos que han sufrido una paralización en su proceso y desarrollo de “ser persona” a causa de una determinada adicción. Personas que sufren un deterioro a nivel personal y que tienen una tolerancia baja a la frustración. Realizan inicialmente un trabajo de motivación, continúan con un trabajo de autoconocimiento y autoestima y este proceso finaliza con su incorporación social.

El proceso de rehumanización se completa con cambios en los tres niveles: el comportamental, el afectivo-cognitivo y el decisional.

### *4- Programa Trébol*

Este programa está dirigido a hombres y mujeres implicados en relaciones de maltrato, que acceden al programa, procedentes de los Juzgados, Servicios Penitenciarios, otros servicios y por propia voluntad.

Aunque no como requisito imprescindible, es muy importante la voluntariedad del usuario. En caso de que fuese inexistente se trabajaría durante la primera fase del programa.

Se trata de personas con un perfil muy heterogéneo en lo que se refiere a la edad, nacionalidad y estrato social. Su conducta puede estar ligada o no al consumo de alcohol u otras sustancias de carácter adictivo, así como a desviaciones psíquicas. Estas personas utilizan con periodicidad la violencia como medio para resolver problemas y con frecuencia, asignan a la persona maltratada la cualidad de disponibilidad total.

La persona que además presente dificultad de adicción a sustancias, realizará el programa con limitaciones y responsabilidades específicas para su adicción.

El objetivo general del programa es el de educar a los hombres y mujeres que se acojan al programa en vivir sus relaciones de una forma diferente a la actual, más sana, responsable y satisfactoria.

El trabajo se realizará desde un punto de vista integral, de tal manera que la persona usuaria logre una maduración tanto personal, como social, que le permita la adquisición de un nuevo estilo de vida y la posterior incorporación a la sociedad.

#### *5- Proyecto Joven*

Desde Proyecto Joven se interviene de manera específica con tres perfiles:

- Menores-adolescentes que consumen esporádicamente, sin que aún presenten una fuerte dependencia psíquica, o con problemas personales que, de no resolver, les podrían abocar al uso de cualquier adicción.
- Igualmente, entendemos como usuarios de este programa a la propia familia del menor-adolescente como co-protagonistas del proceso de cambio.
- Menores que están cumpliendo algún tipo de medida judicial, de medio abierto. Además colaboramos con el centro de internamiento Medina-Azahara para menores infractores.

#### *6- Programas de Convivencia en Grupo Educativo en Comunidad Terapéutica*

En colaboración con la Junta de Andalucía, Proyecto Hombre Córdoba, trabaja con menores en Convivencia de Grupo Educativo en Comunidad Terapéutica.

La característica principal de estos menores es que presentan una estructura personal, familiar y social deteriorada.

El objetivo primordial de este programa es educar a estos menores, dotarlos de las habilidades sociales de las que carecen, ayudarlos a tomar conciencia de su historia pasada, de la relación con sus padres e iguales, y a partir de ahí, realizar un proceso de crecimiento personal en un entorno estructurado y de vivencia de valores

humanos como son la honestidad, la responsabilidad, la solidaridad, entre otros. Esta tarea se desarrolla en un piso-residencia que Proyecto Hombre gestiona a tal efecto, en el que se atiende a 8 menores, así como en la Comunidad Terapéutica.

### *7- Trabajo con el Voluntariado (Estilos de Vida)*

El objetivo primordial de trabajar con el voluntariado es de formarlos para que conozcan pormenorizadamente el trabajo que se realiza en Proyecto Hombre y sean fieles testigos del desarrollo personal que se produce con los distintos programas de prevención, tratamiento y reinserción.

Por tanto, las principales inquietudes que se pretenden cubrir con la formación del voluntariado son:

- La realidad que genera el mundo de las drogas
- Lo importante que es prevenir y la conciencia social
- La necesidad de atender esta realidad de la sociedad y de las personas

Los voluntarios y voluntarias que colaboran a diario con este proyecto son el pilar que ayuda a los distintos profesionales a conseguir el fin último de rehabilitar a las personas que tienen problemas de adicción. Es decir, son personas que desde un corazón altruista ayudan a obtener resultados significativos en los diferentes programas de Proyecto Hombre Córdoba.

En el afán de colaborar y ayudar en todo lo posible el voluntariado se enriquece con:

- Formación e información periódica de las acciones que se realizan.
- Información trimestral mediante un boletín que realiza el voluntariado.
- Formación continua mediante correo electrónico de cursos, actividades, convivencias, etc.

Una función muy importante que se les encomienda a los voluntarios y voluntarias de Proyecto Hombre Córdoba es la de dar testimonio de que:

- Las personas que desde el corazón se unen para hacer el bien no se suman, se multiplican.
- Una gota de agua no llena una botella, pero muchas gotas....

### *8- Familias*

El trabajo con la familia se lleva a cabo desde el primer día que se llega al centro, ya sea por iniciativa propia o por otros motivos, continúa a lo largo de todas las fases del itinerario terapéutico del usuario y finaliza con la alta terapéutica del mismo.

La familia a la vez se convierte en co-terapeutas en la labor de rehabilitación, ya que son los que conocen mejor los problemas y realidades de la propia familia, y por tanto del residente.

Desde Proyecto Hombre Córdoba los progresos terapéuticos del usuario no se pueden entender sin los de la familia, de este modo se intenta potenciar el mantenimiento de los resultados y que la actuación de la familia tenga un carácter preventivo.

La mejor frase que define ese pensamiento procedente del Presidente de la entidad es: *“La unión de la familia no se mide por el número de miembros, sino por la unión que hay entre ellos”*.

Con todos los programas de rehabilitación comentados, la finalidad que persigue Proyecto Hombre Córdoba es que la persona consiga plena autonomía, que sea protagonista de su vida desde un trabajo realizado fundamentalmente en equipo.

## **5.6. Relación de la investigadora con Proyecto Hombre**

En este apartado se presenta la autobiografía que realiza el técnico de prevención que ha desarrollado el Programa “Entre Todos”, en colaboración con los agentes implicados del centro objeto de estudio. En este caso, técnico de prevención e investigadora confluyen en la misma persona

La autobiografía como plantea Corbetta (2010), consiste en el relato escrito de la vida de una persona, debe ser elaborado por ella misma, en un tiempo limitado, y con una visión retrospectiva. Esta herramienta de la Investigación en Ciencias Sociales debe estar escrita de forma directa, sin la mediación ni la interpretación de ningún agente, ni siquiera el investigador.

Este instrumento narra en primera persona el acercamiento del técnico de prevención hacia la entidad de Proyecto Hombre, antes de obtener la formación como técnico especialista en prevención de drogas, y trabajar en el ámbito que esta estudio aborda.

El objetivo de plasmar en una autobiografía la relación entre la investigadora y el ambiente de investigación, permite aproximar las experiencias, pensamientos y sentimientos provocados por el acercamiento a la institución, y las vivencias desarrolladas en ellas. Dicho instrumento se desarrolla en tres apartados:

- 5.6.1. Llegada a la casa de Proyecto Hombre y vivencia personal.
- 5.6.2. Regreso a Proyecto Hombre para trabajar en Prevención.
- 5.6.3. Actualidad Profesional y personal: Impresiones.



La primera parte, detalla la vivencia personal de conocimiento de la entidad Proyecto Hombre Córdoba, haciendo alusión a su funcionamiento, sus herramientas de trabajo.

En el segundo apartado, se realiza una aproximación hacia la formación como técnico de prevención de drogodependencias por parte de la Asociación Proyecto Hombre, comentando el inicio de un proyecto educativo dentro de la entidad Proyecto Hombre Córdoba.

Para finalizar, la última parte recoge un análisis de los seis años de actividad profesional vinculada con la prevención en el terreno escolar y familiar. Además de recopilar las impresiones personales del técnico de prevención, con el desempeño de su labor formativa.

### ***5.6.1. Llegada a la casa de proyecto hombre y vivencia personal***

Para poder comenzar la autobiografía de mi acercamiento a Proyecto Hombre, realizaré un posicionamiento sobre su propia filosofía.

La parte principal que más me llamó la atención el día que escuché por primera vez la filosofía es que lo principal es la persona y que se debe trabajar para aportar por ella, por lo tanto un párrafo nos dice:

***“Estamos aquí, porque no hay ningún refugio donde escondernos de nosotros mismos”***

En concreto se refiere al hincapié que se hace de la necesidad de estar en constante aprendizaje y convivencia con la otra persona; ya que, de todas las personas podemos aprender.

La herramienta que mayor choque me hizo sentir y que se refleja en la filosofía es el Confronto. Yo la entiendo como la forma de preguntar a la otra persona sobre su modo de actuar y de reaccionar ante los diferentes acontecimientos que se producen a lo largo del proceso terapéutico. Esta herramienta en momentos me ha ayudado a reflexionar sobre por qué realizaba algunos comportamientos y animarme a cambiar mi forma de reaccionar si volvía a suceder. Pero por otro lado, esta herramienta me ha causado mucho daño y mucho dolor, sobretodo, cuando una persona a la que quieres y quieres ayudar del programa no te confronta desde el corazón para ayudarte, sino todo lo contrario, te confronta para quedarse por encima de ti, hacer enfadar, hacerte daño. Estos momentos han sido bastante duros provocando en mí ganas de

abandonar y dejar el proceso de conocimiento de la institución de manera voluntaria y vivencial para poder realizar un trabajo fin de carrera. Esta experiencia duró dos meses, dos meses donde realmente pude conocerme y saber todo lo que me gusta y lo que debo cambiar de mi persona.

Hago énfasis en otra frase de la filosofía que se refiere a compartir los secretos para ser libre y poder comenzar a cambiar.

La frase literal dice así: ***“Hasta que no permite a los demás compartir sus secretos no se libera de ellos. Si tiene miedo de darse a conocer a los otros, al final no podrá conocerse a sí mismo, ni a los demás. Estará solo.”***

A lo largo de mi experiencia corroboro totalmente esta frase; ya que, si no soy capaz de hablar con un compañero sobre cómo estoy, qué me sucede, qué miedos tengo, no soy capaz de avanzar en mi proceso. Yo en un primer momento era muy reticente a contar mis miedos a los demás usuarios por si lo podían utilizar en mi contra, pasado un tiempo descubrí que si no era capaz de compartir esos secretos y miedos con personas que realmente quieren ayudarme, no sería capaz fuera de proyecto hombre de darme a conocer realmente como soy, sino que sólo mostraría una imagen, no la verdadera Belén.

La última frase que hace continuar el discurso de la necesidad de darse a conocer como uno es sin tener que mostrar imágenes es: ***“Aquí juntos, una persona puede manifestarse claramente, no como el gigante de sus sueños ni el enano de sus miedos, sino como un hombre parte de un todo con su aportación a los demás”.***

A mi esta frase me hizo pensar que verdaderamente sin los demás no somos nada y que necesitamos de los demás para crecer, para aprender, para madurar. Por lo tanto, para mí fue la mejor manera de adentrarme en el mundo de las adicciones, dejar atrás prejuicios, ideas preconcebidas, abrir la ventana del corazón para que dejaran paso a mis pensamientos y sentimientos para experimentar plenamente la experiencia.

El hacer una lectura así de la filosofía de proyecto Hombre me ha costado seis años, muchas lágrimas, muchas alegrías, mucho cariño por parte de todos los usuarios, de las usuarias y de los terapeutas y de las terapeutas, pero sobretodo de los compañeros (eran sólo chicos) de grupo, que fueron los que realmente me ayudaron a conocer la verdadera personalidad de Belén; del mismo modo, que según ellos yo les he aportado muchas cosas a ellos.

Por lo tanto, mi primera incursión en Proyecto Hombre fue para conocer la institución y poder realizar mi tesina sobre la Comunidad Terapéutica de Proyecto

Hombre. Una vez finalizado mi recopilación de datos a través del diario de mis propias vivencias, volví a Granada a terminar mis estudios. Mi sorpresa fue que dos años después de haber estado en Proyecto Hombre me llamaron para trabajar con ellos, pero no como terapeuta sino como Técnico de Prevención. Una figura laboral que aparecía nueva en proyecto hombre pero que para la sociedad cordobesa era muy necesario.

Es decir, yo fui a proyecto hombre con el fin de recopilar información para mi trabajo, la sorpresa fue que años después se acordaron de mí para comenzar un proyecto nuevo. Esa llamada provocó en mí mucha incertidumbre, pero esta cuestión será comentada en el apartado que comience a hablar de mi trabajo en prevención

Mi primera aproximación al campo de las adicciones llegó con las anécdotas que contaban amigas sobre su trabajo en Proyecto Hombre.

Narraban historias de cómo se les enseñaban a los “chicos” que tenían (independientemente de la edad, seguían siendo chicos o chicas) a vivir las diferentes festividades de nuestro país de un modo diferente al que habitualmente lo realizaban bajo los efectos de sustancias.

Expresaban las peripecias que tenían que hacer con las familias y con los usuarios y las usuarias para que pasasen una navidad familiar, en algunos casos apartados de su familia de origen por motivos de consumo, por estar en prisión....

Todo parecía un mundo fascinante a la vez que difícil e intranquilo.

La palabra intranquilidad surgía porque la única defensa ante una posible agresión por parte de los chicos era el propio cuerpo.

Durante años se repetían las conversaciones con mis amigas que trabajan en esta institución como terapeutas (nombre genérico que engloba a los psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, usuarios rehabilitados vivenciales que están cursando estudios y que trabajan a diario con los usuarios y las usuarias) sobre cómo era Proyecto Hombre, su forma de reeducar a las personas, la filosofía que se inculcaba detrás de la metodología utilizada...

Es decir, todo lo que se hablaba era sobre la persona y la familia que la rodeaba, atrás quedaba lo que había consumido, los delitos que hubiese cometido.

Estas conversaciones revolucionaron mi cuerpo entero y abrieron mi ansia de conocer más sobre las adicciones para en un futuro poder colaborar con esta institución. Estas ganas de aprender sobre drogas me llevaron a realizar infinidad de cursos sobre el tema, ya que, hasta este momento no tenía ni idea de qué eran las adicciones o el fenómeno de la drogadicción.

Los sentimientos que recorrieron mi cuerpo en aquel entonces era de miedo por si los usuarios podían causar algún daño a los terapeutas, alegría por saber a lo que verdaderamente me quería dedicar. Mi objetivo siempre ha sido y sigue siendo el de educar en adicciones. Estos sentimientos de coraje por no haberlo descubierto antes, me provocaron enfado conmigo misma, situación que provocó un efecto rebote en mí donde todas mis preguntas se centraban en qué tenía que hacer para aprender la profesión de terapeuta y poder ayudar a los demás.

Las conversaciones referidas al trabajo que realizaban mis amigas en Proyecto Hombre se destinaron en ensalzar la postura humanista de la institución, es decir, considera a la persona como un todo, por los problemas de adicción no discrimina a los usuarios y las usuarias, se considera que todas las personas se pueden rehabilitar pero es necesario volver a sacar a la luz valores positivos y prosociales, junto con habilidades sociales para relacionarse con los demás.

Mis preguntas principales eran referidas a cómo se sentían al estar en un grupo de personas que tenían problemas de consumo, qué se les podía decir...

Cada vez que quedaba con mis amigas, las abordaba para que me contasen si tenían miedo, si sentían odio por las cosas que escuchaban. Sus comentarios me provocaban aún más miedo, ganas de aprender, incertidumbre y la búsqueda de un reto continuo para ayudar a las personas con problemas de adicciones.

La ausencia de estas habilidades sociales en las personas que acudían a Proyecto Hombre desembocaba en seguir unos caminos poco recomendables, que les habían llevado a tener que recurrir al consumo de sustancias para sobrevivir.

Esta institución busca el apoyo del usuario y de la usuaria junto a su familia. Es decir, el proceso de rehabilitación requiere de recuperar a la persona y su entorno; ya que, si el entorno no cambia, por mucho que cambie el usuario, la situación en el hogar seguirá siendo la misma. Sobre este tema conversábamos “largo y tendido” mis amigas y yo. Narraban ellas que en muchas ocasiones se les hacía muy cuesta arriba tener que ver como chicos que acudían a Proyecto Hombre a pedir ayuda, no tenían respaldo familiar; debido a que habían engañado y manipulado tanto a su familia, que ésta había decidido abandonar en el empeño de ayudarlo por supervivencia de la propia familia. En muchas ocasiones se escuchan casos espeluznantes, por ejemplo, “un chico narraba que para conseguir dinero para consumir, llegó a amenazar a su madre con un pistola. En la cabeza del chaval lo único que aparecía era en ansia de consumir y él no era consciente de la persona que tenía delante y a la que estaba apuntando con una pistola era su madre. En su cabeza estaba la idea de si no conseguía dinero, no le importaba matar a su madre para poder obtener el objetivo

inicial: dinero para ir a consumir”. Este ejemplo caló muy hondo en mí, hasta el punto que cuando veía a ese usuario por los pasillos de la institución, en mi cabeza sólo aparecía la imagen de la pistola; esto provocaba en mí una situación de angustia y miedo que tuve que aprender a controlar muy rápidamente. Este chico en concreto me enseñó, que no se puede juzgar a la persona por lo que hace bajo los efectos de sustancias; ya que cuando han consumido, lo que expresan es el comportamiento de la propia sustancia y no como ellos son verdaderamente.

Conforme iba pasando el tiempo cada vez, esas historias te hacían más inmune y fuerte; ya que, con pena y miedo no puedes ayudarlos a conseguir su objetivo: REHABILITARSE Y RECUPERAR EL DOMINIO DE SU VIDA. Este objetivo lo consigue el equipo de trabajadores y trabajadoras de la institución, ya que, como una frase estrella que utilizan “SON FÁBRICAS DE VIDA”. Hacen que las personas que acuden cambien su estilo de vida, vuelvan a poner en prácticos valores prosociales y sean conscientes de lo importante que es quererse y querer a las personas que te rodean. Además de educarlos en buscar alternativas a los problemas, sin necesidad de utilizar el camino más fácil “consumir para olvidar por un tiempo los problemas que tengo”.

Terminada la carrera cada vez me llamaba más la atención y me apasionaba el mundo de las adicciones, haciendo referencia a la motivación que tenía la persona para tener que recurrir a consumir sustancias para poder sobrevivir con la vida que llevaba.

El planteamiento siguiente al acabar la carrera era continuar estudiando para poder investigar sobre el proceso adictivo del ser humano y poder trabajar para impedirlo. Los cursos de doctorado se centraron en trabajar esta temática, para ello en el segundo año de los cursos de doctorado contacte con la institución que durante tanto tiempo había escuchado hablar PROYECTO HOMBRE; en este caso la sede de Córdoba.

LE SOLICITÉ una entrevista con el coordinador terapéutico de entonces, le conté el propósito que tenía para acudir a su fundación y ser partícipe de la actividad que allí se desarrollaba para comprender a los usuarios que acudían a Proyecto Hombre a solicitar ayuda. Mi participación en la institución sería la de realizar una experiencia en su centro para conocer de primera mano qué se siente como usuario/a y cómo se trabaja dentro de PH. Este proceso de acercamiento a la institución por primera vez fue bastante duro, posiblemente iba a estar sola en una ciudad que no conocía y realizando una actividad totalmente desconocida para mí; actividad que no sabía si me iba a gustar y si sería capaz de realizar.

Mi llegada a Proyecto Hombre no era una estrategia para conseguir trabajo, sino todo lo contrario, era un proceso de experiencia y conocimiento que me facilitaba información sobre la institución y me ayudaba a comprender herramientas e instrumentos que utilizaban en mi propia persona. El objetivo de mi estancia era realizar una experiencia vivencial gratuita, sin tiempo y desinteresada que repercutió a nivel familiar en renunciar a las vacaciones de verano de ese año, y a renunciar a pasar tiempo con mi familia, cambiándolo por ser tratada como usuaria en un centro de rehabilitación de drogas de manera voluntaria, altruista y en beneficio de mis estudios.

**ADENTRARME** La experiencia vivencial consistía en introducirme en las raíces de esta fundación para entenderla, comprenderla y vivirla. Todo el mundo tenía claro, incluida yo, que mi presencia en Proyecto Hombre era una experiencia para poder conocer y comprender la labor que se realiza, no obtener un puesto de trabajo remunerado. Es decir, consistía en ser tratada como una usuaria más a todos los niveles; es decir, los terapeutas de cada una de las fases utilizarían conmigo las mismas herramientas, el mismo nivel de cuestionamiento y teniendo muy claro que yo no era consumidora. Todo esto, en mi cabeza retumbaba hasta el punto, de no querer acudir el primer día por miedo a saber si sería capaz de aguantar tal trato sin ser consumidora.

Desde fuera y antes de iniciar la experiencia con 19 años, el miedo, la incertidumbre, el pánico recorrían mi cabeza; ya que a todo el mundo que se le preguntaba no querían comentarte nada para no crear expectativas con respecto a lo que sucedería día a día en las distintas fases por las que iba a pasar durante mi experiencia. El único consejo que me daban todas las personas a las que preguntaba era: “vive intensamente la experiencia que te ayudará a conocerte mejor y a crecer como persona”.

El coordinador terapéutico después de disipar mis dudas al respecto del funcionamiento de la institución me recomendó como punto de partida acudir a la Escuela de Formación de Proyecto Hombre a nivel nacional en Aravaca (Madrid) para hacer un curso previo al trabajo en PH denominado “Relación de ayuda con el drogodependiente”. Este curso me ayudó a no ver a las personas con problemas de adicción como las pobres de la sociedad y las marginadas, personas excluidas de los que nunca se obtendría ningún tipo de provecho en esta sociedad; además comprendí la necesidad de sentirme igual que el resto de personas que se encontraban en Proyecto Hombre en ese momento. Lo que realmente nos unía era vivir en el seno de una familia que facilita o interrumpe el proceso de crecimiento personal, y la forma de

resolver los conflictos personales de manera adecuada o inadecuada (por el camino del consumo de drogas o por el desarrollo de habilidades personales para solucionarlo).

La participación en el curso me permitió vivenciar antes de llegar a la realidad de la institución donde iba, la necesidad de no ver a la persona que estaba en tratamiento por problemas de adicciones inferior a mí, lo único que nos diferenciaba entonces, y nos diferencia ahora son las herramientas utilizadas para salir de los problemas y dificultades del día a día. Es decir, lo que nos diferenciaba era la manera de encauzar los problemas y resolver los conflictos que habitualmente surgen en cada familia. El contenido teórico del curso, junto con el contacto con otros profesionales que estaban trabajando en el ámbito laboral donde yo quería iniciarme, me ayudó a entender el fin de un terapeuta y la necesidad de tratar a la persona que acude a la institución como igual a mí.

El curso recomendado me AYUDÓ a reflexionar sobre cuál podría ser mi papel en la entidad a la QUE QUERÍA realizar un trabajo de investigación siendo Licenciada Pedagoga y sin tener formación en Tratamiento y Reinserción de personas con adicción.

El curso de “Relación de ayuda con el drogodependiente”, junto con contacto con profesionales homólogos a mí suscitó mayor interés por iniciar la vivencia en el seno de Proyecto Hombre Córdoba, y poder comprobar en primera persona el proceso que lleva a cabo una persona con adicciones.

La realidad es que aún a día de hoy, sigo realizando un trabajo personal de cambio y mejora para ayudar mejor a las personas que requieren de mi apoyo y ayuda. Por lo tanto, la palabra principal es VIVENCIAR qué sucede, cómo se trabaja, qué sienten; así llegaría mejor a entender, comprender y compartir el proceso de rehabilitación de los usuarios y usuarias de este centro.

El momento de conocer a las personas que componen la fundación tanto a nivel laboral como de tratamiento llegó, los nervios, el no saber qué hacer, qué decir, la incertidumbre, el cambio de ciudad, el quedarse sin vacaciones, no estar en contacto con mi familia..., eran aspectos que durante dos meses perdía para conocerme a mí misma, crecer como persona y mejorar.

Todos estos cambios rápidos y sin pensarlos demasiado causaron estragos en mí, convirtiéndome en una persona excesivamente tímida y con dificultades para hablar delante de gente totalmente desconocida para mí y con las cuales a priori no tenía afinidad ni conocía.

El día llegó, a las 8 de la mañana de un 15 de julio estaba en la puerta de Proyecto Hombre muy nerviosa, sin saber qué hacer, qué decir para no equivocarme...Esperando a que alguien me llamará apareció el coordinador Terapéutico de entonces, me llamo y subió conmigo para acompañarme, tranquilizarme y presentarme a los y las terapeutas que componía el equipo del dispositivo de la Fase de Acogida del Programa Base.

Una vez que me presentaron a los trabajadores de esta fase y explicarme reglas generales de funcionamiento de la institución, pasamos a conocer a los usuarios y usuarias.

El conocer a todas estas personas entre profesionales y usuarios fue un impacto emocional indescriptible para mí.

El hecho de COMPROBAR QUE GENTE QUE NO ME CONOCÍA DE NADA ME ACOGIÁN CON MUCHO CARIÑO, se ofrecían a ayudarme..., fue muy duro. La imagen que tenía de las personas con problemas de drogas, cambió radicalmente desde ese momento. No tenían nada que ver con lo que nos muestra la televisión, eran personas que acudían arregladas y aseadas, sus comportamientos eran muy correctos y cordiales; lejos quedaba la imagen pública que tenemos de las personas con problemas de adicción “yonki”, sucio, tirado, con la jeringuilla colgando, sin modales...

Me llamó la atención que en la fase de acogida del Programa terapéutico-educativo denominado Base, nadie juzgaba a nadie, todas las personas somos iguales, sin importar la vida que se ha tenido, las únicas diferencias eran las secuelas o marcas físicas que permanecían a raíz que la vida llevada les había dejado. Además cada persona que componía el grupo de terapia tenía un rol según proseguía su proceso de rehabilitación. La fase de acogida dura entre cuatro y seis meses, los objetivos de esta fase es consolidar en los usuarios y las usuarias su área comportamental, junto con el inicio del progreso de su área emocional de conocimiento personal para poder pasar a la segunda fase del programa terapéutico: Comunidad Terapéutica.

El área comportamental se refiere a adquirir un hábito de actividades y normas que cumplir, han estado durante mucho tiempo sin normas ni hábitos y antes de iniciar el proceso de cambio personal, es necesario que tengan consolidados los aspectos relativos a afrontar normas, tener hábitos de higiene, limpieza del hogar consolidados, entre otros. Es decir, necesitan sentir que son capaces de hacer cosas por simples y pequeñas que sean.



El primer encuentro con los chicos y las chicas en grupo, lo recuerdo como una situación que me generó mucha tensión. Todo el mundo estaba pendiente de mí para explicarme las reglas de grupo, las normas que había que seguir, qué se debía hacer o decir.

Los terapeutas, en los huecos que tenían me DESCRIBÍAN el trabajo que realizaban, la programación sobre la que se regían, qué medidas adoptaban con las personas de grupo. Eran momentos de retener mucha información en muy poco tiempo y ponerlo en práctica rápidamente.

Recuerdo que en esos momentos mi cuerpo y mi mente SE CONVIRTIERON EN un foco de tensión y atención continuo, ya que, mi afán era aprender para evitar equivocarme y no hacer nada que estuviera en contra del centro o fuese en detrimento de los usuarios y usuarias. Por mi cabeza sólo pasaba una idea, no equivocarme para que no tuviesen que llamarme la atención; esta situación me generaba mucha ansiedad y tensión, en algunos momentos recorría por mi mente un pensamiento recurrente: “¿qué hago aquí?”.

Las sesiones de grupo duraban cuatro horas, durante ese tiempo mis sentimientos eran muy contradictorios (parecía como si estuviese en una montaña rusa con cambios muy bruscos), por un lado conforme estaba escuchando a mis compañeros de grupo (solo había hombre, en el tiempo que duró mi experiencia no había mujeres) y sus problemas con el consumo de sustancias, me daban ganas de levantarme de la silla y decirles “pero ¿estás loco? ¿Cómo se te ocurre hacerle eso a tu madre??? Si es tu madre...”. Incluso se desataba en mí la agresividad y tenía ganas de levantarme de la silla y acercarme a él para pegarle. En esos momentos no conocía las reacciones que pasaban por mi cabeza, nunca me había sentido así ni con tanta agresividad acumulada. Pasados un par de días e incluirme en la inercia del trabajo sin cuestionar constantemente lo que veía y lo que se hacía, entendí que esas ideas eran totalmente irracionales y no pasaban de ser pensamientos en mi cabeza.

Las horas continuaban pasando y mis compañeros de grupo seguían comentando sus problemáticas; cuanto más pasaba el tiempo y seguía escuchando sus aportaciones cambiaba rápidamente de discurso y de opinión e iba entiendo los motivos que tenía cada una de estas personas para realizar los comportamientos y actividades que describían; en concreto la frase que mejor refleja lo que sucedía era que los comportamientos eran realizados por las personas del grupo pero no de manera racional, sino bajo los efectos de la falta o el exceso de sustancias adictivas. Es decir, como decían ellos “actuaba la sustancia que consumían y no ellos”.

Al terminar la semana, mi nivel de tensión, ansiedad y rabia, disminuyó, comencé a pensar que las principales dificultades de esos chicos eran que no habían tenido el apoyo suficiente ni las herramientas para solucionar los conflictos con los que se habían encontrado a lo largo de su vida. Esa era la única diferencia entre ellos y yo, yo había desarrollado herramientas y habilidades para afrontar los conflictos y ellos no. Ellos habían utilizado la solución más fácil, consumir para evitar problemas o intentar buscarle soluciones.

No quería sentir pena por ellos, pero era inevitable; cada día buscaba la motivación necesaria para aportar de mi corta experiencia de vida (sólo tenía 19 años) la manera de solucionar las dificultades que surgiesen a diario. Me sentía una persona muy pequeña con poca trayectoria de vida, con respecto a su recorrido vital, sin embargo, podía ofrecer de mí, formas y habilidades de solucionar los conflictos sin necesidad de acercarse nuevamente al camino del consumo.

Cada vez que terminaba el grupo de terapia de cuatro horas todos los usuarios podían irse a casa acompañados con su familia; los miembros del grupo cuyo rol se denomina ancianos y yo nos trasladábamos a un espacio en otra sala distinta a la de grupo dentro del horario del día denominado “feedback”, en este lugar durante una hora se cuestionaban entre los ancianos y los terapeutas los puntos fuertes y débiles de cada miembro del grupo en relación a la ayuda que se le debe prestar y su proceso de rehabilitación.

El rol de ancianos se refiere a las personas que en Comunidad Terapéutica están próximos a abandonarla para iniciar su fase de reincorporación a la sociedad en todos los aspectos, a nivel social, laboral...

Hasta el momento la Fase de Comunidad Terapéutica dura de entre 8 y 24 meses, dependiendo del proceso de cada persona. Durante este tiempo la persona vive en comunidad con el resto de sus compañeros, solo acude al seno familiar los fines de semana que el equipo terapéutico considera que ha cumplido los objetivos de la semana y está preparado sin riesgo de recaída (siempre existen posibilidades de recaída por parte de los usuarios cuando salen de Comunidad Terapéutica).

Estos ancianos además son un referente para los nuevos usuarios, Ya que, demuestran que se puede conseguir salir del mundo de las adicciones, convirtiéndose en personas a admirar y seguir sus pasos por el resto de los usuarios.

En el feedback, cada anciano hablaba de las dificultades que había tenido durante las horas de grupo, se cuestionaban esas dificultades para poder saber el motivo de esas reacciones y poder buscar soluciones y cambiarlas. El terapeuta con sus preguntas motivaba a que la persona que exponía sus dificultades pudiera

descubrir el motivo y cambiar esas actuaciones. Es decir, no se dan consejos sino que a través del cuestionamiento la persona por sí mismo busca sus propias respuestas, el terapeuta realiza una función de guía u orientador.

Durante los tres primeros días, en las reuniones de feedback después de grupo yo o hablaba nada, actitud que se me cuestionaba la terminar la reunión. Dicha situación me provocó mucha angustia, miedo y vergüenza, porque tenía a 15 personas pendientes de mí, esperando ver mis reacciones ante las preguntas del terapeuta. Sentía una gran presión y muchas ganas de que me tragase la tierra; no era fácil comprender para mí qué tenía que decir y hacer en los momentos de grupo.

Una vez que terminaba el día de trabajo, las reflexiones que hacía al llegar a casa era que verme sentada con 20 años junto a personas que habían sido consumidoras, que estaban en proceso de rehabilitación, sin conocerme se abrían a mí, me contaban su vida pasada, me permitía reflexionar sobre la suerte de haber tenido una familia implicada en mi educación, unos amigos positivos y facilitadores de hábitos de vida saludables; y haber desarrollado unas habilidades personales que propiciaban la resolución de conflictos de manera satisfactoria. Todo esto me ayudaba ver esta realidad para dar gracias a Dios por la familia en la que había sido educada. La única diferencia entre los chicos y chicas que componían ese grupo y yo era la familia y las habilidades personales. Es decir, los factores de riesgo o protección relacionados con las adicciones que se habían potenciado o anulado desde la infancia para ser capaces de afrontar el día a día con un estilo de vida positivo y adecuado para mi persona.

Permanecí durante dos semanas en esta fase, tenía que asimilar toda la información muy rápidamente porque cada día era distinto al anterior, aunque el horario y las actividades fuesen las mismas; pero era muy vivo porque las personas no estaban igual todos los días, unos días había más motivación y otros días menos.

Pasadas estas dos semanas, ya me encontraba segura, aportaba ideas, ayudaba a mis compañeros en la medida de mis posibilidades, me dan la noticia un viernes antes de irme a casa que el lunes subo a la fase de Comunidad Terapéutica para seguir aprendiendo y poder vivenciar el resto de fases por las que pasa una persona para rehabilitarse. En esta fase el objetivo principal es el crecimiento personal, de manera que investiga el motivo de su consumo y se comienza a trabajar para cambiar su percepción de la vida y la manera de afrontar sus conflictos y sus dificultades.

Como ya he comentado anteriormente, esta fase puede durar entre 8 y 24 meses, dependerá del proceso de cambio de la persona. Se persigue cambiar

patrones de comportamiento pasados por nuevas formas de afrontar las dificultades, descubriendo cómo es cada persona, reorganizando los valores olvidados, desarrollando habilidades, y entrenando estrategias que les ayudarán en la última fase de reinserción social y para el futuro.

A lo largo de este proceso de Comunidad Terapéutica los usuarios permanecen en un régimen residencial, es decir viven en la comunidad y solo acuden a casa los fines de semana cuando el equipo terapéutico valora positivamente el trabajo semanal realizado por el usuario. Durante esta fase la familia no se encuentra olvidada, sino que se trabaja paralelamente. Hay grupos en los que la familia y el usuario trabajan conjuntamente y otros espacios donde la familia comienza su proceso de cambio en solitario con el terapeuta y el resto de familias, sin tener al usuario presente. Es decir, la familia comienza un proceso de formación y aprendizaje para poder ayudar al usuario en su fase de cambio.

La organización de los usuarios en Comunidad Terapéutica (C.T.) es a través de sectores, por ejemplo, el sector cocina, sector mantenimiento, sector lavandería, sector punto... En C.T. todos los usuarios son miembros y partícipes de la convivencia y cuentan con la satisfacción de ser capaces de realizar las tareas y actividades por ellos mismos.

Cada terapeuta de C.T. tiene asignado un sector y un grupo de usuarios con los que trabajar y seguir su proceso de rehabilitación.

En esta fase, el objetivo final que se persigue es expresar sentimientos y emociones; ser capaces de identificarlos y ser capaces de gestionarlos; debido a que en la mayoría de las ocasiones el no gestionar emociones les ha llevado, entre otras cosas, a recurrir al consumo de drogas para poder gestionar sus emociones.

La fase de C.T. se considera una de la más “duras” (según el criterio de los propios usuarios de fases posteriores), ya que, hace tambalear todos los cimientos emocionales y afectivos que la persona tenía. Se trabaja con la persona para que recupere todos los valores y emociones que tienen el letargo, posibilitando el aprendizaje de nuevas actitudes, pensamientos para buscar lo positivo para su vida.

Mi llegada a esta fase generó en mí mucho más miedo, angustia e incertidumbre, me horrorizaba la idea de no saber afrontar todo lo que iba a experimentar en esa fase, quizá descubriese aspectos míos no agradables. Además el cambio generaba en mí bastante ansiedad y tensión sobre mis expectativas de ser capaz o no de soportar la dureza de la fase. Realmente iba muy predispuesta por lo que había escuchado de usuarios que habían finalizado esta fase sobre la dureza y exigencia de este período.

El consejo que me dio una amiga que trabajaba y trabaja en proyecto Hombre era que no hiciera caso a esos comentarios, ya que, depende de la experiencia vivida por cada usuario en ese período. Lo que me recomendaba que hiciese era no pensar más en ello y aprovechar el tiempo de vivencia para sacar lo mejor de mí misma, conocerme, comprender hasta donde soy capaz de llegar; el paso por esta fase me ayudaría para conocerme mejor a nivel emocional.

Eso hice, dejé de empezar a darle vueltas y me dispuse a vivir cada día como el último, exprimir al máximo todo lo que aprendía y poder aplicarlo a mi experiencia de vida presente y futura.

El sector donde me ubicaron fue el de cocina, para los usuarios de C.T. lo consideran uno de los más difíciles; ya que, en este sector sin contar con la ayuda de responsables de cocina cualificados se cocina para toda la C.T. Este sector exige mucha responsabilidad, concentración, trabajo en equipo e iniciativa. Junto a todos estos factores, influye en gran medida el ritmo de trabajo frenético, sin opción a descanso fuera del horario establecido, y compartiendo en todo momento con los compañeros pensamientos, sentimientos, emociones.

Mi horario de permanencia en comunidad era desde las ocho de la mañana hasta las tres y media de la tarde, exceptuando cuando había grupo especial por la tarde que salía a las cinco.

Cuando realicé la vivencia en C.T. no pude quedarme a dormir, debido a que, no había habilitada dormitorios para mujeres. En 2003, acudían muy pocas mujeres a tratamiento.

A modo de resumen, la planificación que debíamos seguir durante la semana era el siguiente:

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00	Llegada a comunidad				
8:00 a 9:15	Turno de limpieza de la cocina del desayuno				
9:15 a 9:30	Cambio de ropa y tiempo libre para compartir con los compañeros				
9:30-10:00	Encuentro de la mañana				
10:00-11:30	Grupo		Zafarrancho de limpieza del sector	Grupo	
11:30-12:00	Media mañana				
12:00 a 13:30	Trabajo en los sectores				Preparar salida de fin de semana
13:30 a 14:00	Tiempo libre				Salida de los usuarios con sus familias de fin de semana
14:00 a 14:30	Comida				
14:30 a 15:30	Turno y limpieza de la cocina				
15:30	Salida de comunidad. Fin del trabajo				

El turno de limpieza, en mi sector, consistía en recoger, fregar, ordenar toda la cocina después del desayuno o comida. Durante este proceso se debía compartir con algún compañero del sector sentimientos, emociones o el tema que marcaba el terapeuta, dicho tema se denomina “línea del día”. Un ejemplo que línea puede ser explicar para tus compañeros qué es para ti compartir.

En C.T., lo que se premiaba era la necesidad de abrirse a las otras personas, compartir pensamientos, emociones, expresarse tal y como somos.

Esta forma de proceder me asustaba bastante y me obligaba a trabajar incesantemente para dejar de ser tímida, abrirme a personas que no conocía y compartir pensamientos y emociones con personas que no conocía de nada. En este proceso de compartir pensamientos y emociones no recordaba las diferencias que antaño me daban tanto miedo, sino que todos los compañeros éramos iguales a la hora de expresar nuestras ideas sobre los temas y dificultades que teníamos a diario.

En los momentos establecidos en el horario como tiempo libre, era el mejor momento del día para mí. La actividad frenética se frenaba, y podías empezar a conocer a cada uno de tus compañeros, ya no solo de tu sector, sino de toda la comunidad; ya que, todos los sectores seguían el mismo planing.

Recuerdo esos espacios como los más interesantes y gratificantes del día, era el momento donde todas las personas de la comunidad se abrían como un libro y elegían a otra persona con la que sentían más afinidad para compartir sus sentimientos, emociones, ideas, miedos...

Es decir, en estos momentos cada persona sacaba lo que realmente pensaba y sentía, ya fuese bueno o malo. No cabe duda, que hasta acostumbrarse a esta dinámica no fue nada fácil. Tuve por suerte el apoyo de los compañeros y de mi “hermano”. Esta figura es un usuario anciano dentro de la C.T. que te acompaña y te guía por la comunidad para ofrecerte tu apoyo y sabiduría hasta que puedes valerte por sí misma y entiendes las dinámicas de la propia comunidad. Esta persona me ofreció mucho cariño, seguridad y afecto. En concreto mi “hermano” se llama Manuel, aún lo recuerdo acompañándome por esa comunidad, dándome cariño, reconfortándome en mis momentos de flaqueza, y diciendo que era valiente y que podía seguir adelante.

Esa experiencia ha sido muy gratificante y me ha marcado mucho, ya que, desde 2003, aún recuerdo sus palabras de ánimo, sus abrazos, su cercanía. Gracias a él, la fase de comunidad me resultó mucho más llevadera y positiva. Manuel actualmente ha creado su familia, es un trabajador excepcional. El trabajo personal

que realizó fue muy grande, forjando su presente y poniendo los espartos para su futuro.

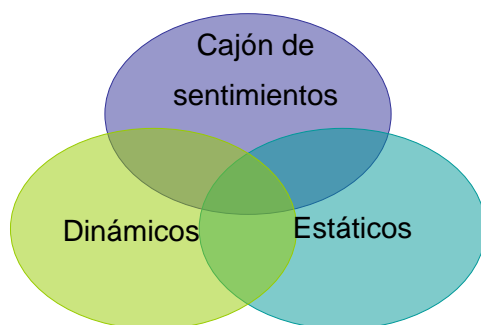
Todas la mañana una vez que se terminaba el turno de limpieza, todos los usuarios pasábamos a una sala denominada “sala de encuentro”. En este espacio cada persona tenía que compartir con el resto de compañeros sus reflexiones referentes a la línea del día que seguíamos.

Precisamente el tener que hablar delante de todos mis compañeros fue una de las tareas que no pude realizar ni superar durante mi estancia en C.T. Para mí ha sido uno de los momentos más amargo, ya que era incapaz de hilar una palabra con otra, me daba tanta vergüenza que me ponía delante de los 30 usuarios que había en comunidad por aquella época, y antes de abrir la boca, mis ojos se llenaban de lágrimas que me impedían ver nítidamente a las personas que estaban conmigo, y por supuesto no podía articular palabra.

Pasado el tiempo y terminada mi experiencia en C.T.; esta dificultad de hablar en público fue superada convirtiéndose en mi herramienta de trabajo.

Durante los momentos de grupo y los momentos de trabajo realizábamos actividades difíciles de comprender fuera del contexto de comunidad, pero muy útiles para gestionar sentimientos y emociones.

Las herramientas que debíamos utilizar eran:



Las herramientas que hemos sintetizado en este gráfico, no tenían sentido en mi cabeza. Tantas cosas nuevas por aprender que me causaban una ansiedad y un malestar de saber si sería capaz de soportar la presión y poder vivenciar cien por cien el proceso de un usuario en Comunidad Terapéutica, resistir la presión que me

generaba la propia comunidad y la que yo ejercía sobre mí misma para cumplir con las expectativas que se esperaba de mí.

La estructura de los sectores era por roles diferenciados con objetivos muy diferenciados. Los distintos roles que existían en cada sector eran: aprendiz, trabajador, supervisor, coordinador, anciano. El de mayor rango es el anciano, como ya he comentado, es la persona que lleva mayor tiempo en comunidad que ofrece su aprendizaje al servicio de los demás usuarios más noveles y que está próximo a cambiar de fase y abandonar C.T. para iniciar su fase de reinserción. Cada rol lleva implícito mayor nivel de responsabilidad y de trabajo en equipo, aspectos que en la vida personal los usuarios han dejado atrás.

Las personas que acuden a C.T. como experiencia o vivencia personal no podrán ostentar el rol de anciano; ese rol es un privilegio para los propios usuarios del programa.

En mi experiencia en comunidad pude ascender hasta el rol de coordinador, el citado rol lo pude ejercer durante un breve espacio de tiempo, debido a que debía regresar la universidad a terminar mis estudios de Pedagogía.

Cuando compartía con mis compañeros de CT las motivaciones que me llevaron a vivir la experiencia como usuaria, no llegaban a comprender el motivo que lleva a una persona por el simple hecho de conocer una institución vivir en proceso de rehabilitación en primera persona, de una persona con problemas de adicción.

Todos mis compañeros me animaban diciéndome que era muy valiente por enfrentarme a vivir esa experiencia. De ellos recibía mucho apoyo, cariño, comprensión y ánimos; incluso recibía apoyo por parte de los y las terapeutas.

Desde fuera puede dar la impresión de ser un lugar frío, distante, sin comunicación con los y las terapeutas pero es totalmente al contrario, se preocupan mucho por el bienestar de los usuarios, por sus preocupaciones, por que cambien actitudes y comportamientos del pasado y se conviertan en personas positivas, libres, autónomas, decididas y responsables.

Ante mis cambios de humor, mis deseos de abandonar la experiencia, mis ganas de no volver y concluir el proceso; recibía por parte de todos mis compañeros, tanto de mi sector, como del resto, ánimos y ganas de continuar para obtener la satisfacción de lograr el propósito que me planteé durante mis vacaciones de verano del año 2003.

Poniendo tierra de por medio, analizando todas las experiencias buenas y malas vividas; las que hacen daño y las que permanecen todavía como si fuese ayer, compruebo que los equipos terapéuticos en ocasiones incurren en incongruencias o



disonancia, según mi punto de vista, con respecto a lo que expresa la filosofía de Proyecto Hombre y en lo que realmente hacen y dicen con los usuarios. Hablo y reflexiono de manera genérica, ya que, puede provocar ejemplos erróneos para los usuarios.

Del mismo modo, y analizando la situación como antigua trabajadora se observan ciertas resistencias a la innovación con respecto a los programas del entramado nacional. Parece des fuera, como si la innovación y el cambio para adaptarse los nuevos perfiles de los usuarios y de las usuarias pudiese provocar un cambio en la concepción inicial de por qué surgió Proyecto Hombre.

### ***5.6.2. Vuelta a la casa de proyecto hombre para trabajar en algo denominado prevención***

Concluida mi estancia de dos meses en la institución de Proyecto Hombre, y después de haber conocido la fase de Acogida y Comunidad Terapéutica del Programa Base, retomé mis estudios de Pedagogía, continuando con los cursos de doctorado en la Universidad de Granada.

Mi experiencia vivida en Proyecto Hombre Córdoba, me sirvió para poder escribir mi suficiencia investigadora para el Doctorado que estaba realizando. Superado ese proceso, continué trabajando en diversos ámbitos Federación de Asociaciones de padres y madres de Granada, colaboraba en el Centro UNESCO Andalucía, elaboré diversos proyectos para empresas en las continué mi formación, hasta que un buen día suena el teléfono con prefijo de Córdoba.

No era capaz de dar crédito a lo que estaba ocurriendo, después de dos años de haber pasado por la experiencia en proyecto Hombre Córdoba, me llamaban desde el mismo centro para ofrecerme un trabajo como Técnica de Prevención de drogodependencias.

La persona que me llamaba era la misma que hacía dos años me acogía en la misma institución para abrirme sus puertas y mostrarme todos los procedimientos de trabajo.

Mi cabeza fue asaltada por sentimientos contradictorios de anhelo, miedo, pánico por los momentos no gratificantes vividos; pero a la vez esperanza por formarme y abrir un nuevo campo de trabajo que en Proyecto Hombre Córdoba no estaba consolidado.

El coordinador terapéutico que me llamo, me dijo que la incorporación era inmediata, tenía tres días para cambiarme de ciudad, buscar piso e iniciar una nueva andadura en mi vida profesional y personal.

Al terminar de colgar el teléfono con el coordinador terapéutico, llame corriendo y muy angustiada a mi familia, Necesitaba que una persona adulta de mi familia reafirmara mi decisión y me mostrase su apoyo. La persona que hizo esta función fue mi padre, el me apoyo, me ayudó a buscar piso a hacer la mudanza... Mi madre me apoyo pero desde una postura más comedida, ya que nunca le ha gustado que trabajase en Proyecto Hombre por estar lejos de su control.

Pasados los tres días, después de mucho estrés, ansiedad, locura, me encontraba ubicada en Córdoba. Volvía a sentir las mismas emociones de hacía dos años, estaba en Córdoba solo sin amigos y en un trabajo nuevo que no dominaba.

El primer día de mi nuevo trabajo como es lógico llegué antes de la hora prevista, allí me esperaba el coordinador terapéutico para volver a presentarme a las personas que trabajan ahora en la institución y para explicarme en qué iba a consistir mi trabajo.

La función del técnico de prevención era la de poner en marcha programa de prevención universal que tenía la Asociación proyecto hombre en centros educativos. Concretamente el Programa era de prevención universal escolar y familiar denominado "Entre Todos".

Este programa era destinado para el alumnado de 1º a 4º de Educación Secundaria Obligatoria. El programa aborda los aspectos de prevención específica (abordaje del consumo de sustancias tales como tabaco, alcohol y cannabis), como aspectos de prevención inespecífica (entrenamiento en habilidades y estrategias para desarrollar hábitos de vida saludable, y formar de manera integral a la persona). El citado programa implica a los tres agentes preventivos implicados en la educación de la adolescencia (docentes, familias y alumnado).

Los docentes son las personas encargadas de poner en práctica en el aula las actividades del programa con el alumnado, bajo la supervisión y orientación del técnico de prevención. Además es el propio técnico el que realiza las sesiones de formación e información con la familia.

Para poder desempeñar yo dicho trabajo necesitaba una formación al respecto, en este caso durante un mes estuve acompañando al compañero que hasta el momento estaba realizando las actividades de prevención que surgían en Córdoba capital. Yo iba con él a los centros educativos, se reunía con los docentes, con los orientadores...

Al ver “in situ” en qué consistía el trabajo me asaltó el pánico derivado de la mala experiencia de hablar en público cuando en el tiempo que estuve en C.T. de experiencia no había sido capaz.

Le comenté a mi compañero la situación y me dijo que no me preocupase que confiaba en capacidad. Esas palabras me tranquilizaron, pero en mi interior temía el día que tuviera que enfrentarme a las familias y, a los y las docentes como una especialista en materia de adicciones.

Durante el mes que duró la formación con este compañero terapeuta estuvimos recorriendo centros educativos de Córdoba capital y de la provincia para que conociesen el programa y pudiesen ponerlo en práctica en su centro.

Antes de terminar la formación desde la Escuela de Formación de Proyecto Hombre se realizaba un curso de formación en prevención donde mi centro me envió para aprender todo aquello que me faltaba y, para poder afianzar contenidos y conocer a otros técnicos de España y poder compartir información, materiales e ideas. En ese curso conocí a los miembros de la Comisión de Prevención a nivel Nacional, eran ellas las organizadoras del curso de formación de una semana de duración.

Las componentes de la Comisión procedían de los distintos distritos en las que se dividen los centros a nivel estatal:

- Canarias: zona centro (una persona)
- Andalucía: zona sur (dos personas)
- Baleares: zona mediterránea (dos persona)

El curso me ayudó a afianzar los conocimientos adquiridos, a desarrollar herramientas y actividades para poner en práctica en los centros docentes.

La formación y tener como a referentes a personas de la Comisión de prevención para poder consultar dudas, inquietudes tranquilizó la angustia y la ansiedad que me generaba el comenzar a trabajar en prevención de drogodependencias en solitario sin llevar ningún guía.

El día fatídico de finalización de la formación con el terapeuta que me enseñó todo lo que sabía llegó después de un mes intenso, junto a este momento se apoderó de mí el pensamiento recurrente de que no era capaz de hablar en público, esa situación me angustiaba y me impedía actuar de manera adecuada.

En el mes de enero el director de Proyecto Hombre Córdoba recibe una llamada del orientador del centro educativo “Cárbula” de la localidad de Almodóvar del Río, para poder dar una charla sobre adicciones destinado al alumnado de 2º,3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria.

El objetivo de la charla era concienciar al alumnado sobre sus hábitos de ocio poco saludables y cercanos al consumo de sustancias, además de dar a conocer Proyecto Hombre y la labor que desarrolla en Córdoba.

Una vez que termina la llamada, mi director nos reúne al terapeuta que me formaba y a mí para contarnos el objetivo de la llamada y el trabajo que debíamos desarrollar, aportando un detalle nuevo, la formación y el acompañamiento del terapeuta se terminaba y yo debía preparar esa charla sola y acudir a ella, bajo la atenta mirada del director de Proyecto Hombre que acudía a la misma charla.

Después de una semana de preparación de la charla (con powerpoint y actividades dinámicas para el alumnado destinatario), se aproxima el momento de iniciarme en la profesión de prevención de drogodependencias con un auditorio de 200 alumnos y alumnas con edades comprendidas entre los 13 y los 16 años.

Cuando entré en el auditorio, al ver a todo el alumnado reunido y las dimensiones de la sala, pensé en salir corriendo y huir. No era capaz de articular palabra y necesitaba tragar saliva y respirar. La sala era inmensa, yo necesitaba respirar, temía que cuando me tocase intervenir no poder hacerlo debido al pánico escénico.

La primera persona que hablaba en la charla fue mi director, después de 20 minutos, tenía por delante 50 minutos para hacer reflexionar al alumnado sobre las actividades de ocio que realizan, motivarlos para que practiquen actividades alejadas del consumo de sustancias.

Recuerdo que comencé a hablar muy nerviosa, pasados los cinco primeros minutos, comencé a sentirme cómoda y sentirme segura con lo que es estaba haciendo.

Por fin, la charla terminó y en el viaje de vuelta mi director comentó como me había visto. Sugirió que debía hablar más despacio y moverme menos en el espacio de la sala. Esas palabras fueron muy reconfortantes para mí, mi director con esas palabras daba su aceptación al nuevo ámbito laboral que se abría en Proyecto Hombre Córdoba.

Durante el primer año de trabajo estuve en constante aprendizaje y reciclaje para adaptarme las nuevas herramientas y habilidades que debían trabajarse en el ámbito de la prevención de drogodependencias.

En este año tuve la suerte de acudir a las reuniones de la zona sur de Andalucía, donde se reunían los técnicos y las técnicas de prevención para poner en común modos de proceder y herramientas novedosas a trabajar en los centros educativos.

Mi período de trabajo Proyecto Hombre Córdoba como técnica de prevención ha durado seis años, durante este tiempo he aprendido de los compañeros y de las compañeras terapeutas, de las familias con las que trabajábamos, de los alumnos y las alumnas que realizaba el programa y de los y las docentes que debíamos formar.

En estos años, la labor del técnico de prevención consistía en implantar el programa en los centros educativos que lo solicitaban, además era necesario hacer estrategias de conocimiento y acercamiento del programa a los centros educativos a través de cartas de presentación, trípticos informativos...

En el segundo año como técnico de prevención, la Comisión Nacional de Prevención elaboró un nuevo programa enfocado hacia prevención selectiva. Esta prevención va dirigida a poblaciones susceptibles de desarrollar patrones de consumo, derivados de la realización de actividades de ocio cercanas al consumo, relacionarse con grupos de iguales consumidores...; es decir, poseen a su alrededor un alto número de factores de riesgo relacionados con la propia persona y con el grupo de iguales.

El nuevo programa se denomina “rompecabezas”, destinado a centros educativos de ámbitos prelaborales y casas de oficios, Programas de Cualificación Profesional Inicial donde el consumo de drogas es más acentuado. Consta de unidades temáticas dinámicas que persigue que el alumnado reflexiones sobre sus patrones de consumo, aprendan herramientas para modificar su conducta hacia una educación basada en hábitos de vida saludable. En este caso al ser alumnado con edades comprendidas entre los 16 y los 23 años, no se trabaja conjuntamente con la familia.

A diferencia del programa de prevención Universal “Entre Todos”, el profesorado es formado e informado por el técnico de prevención, pero en este caso, es el propio técnico el que lleva a cabo las actividades en el aula. La función de los y las docentes es acompañar y guiar el aula para que el técnico de prevención enganche con el alumnado.

Con el alumnado de este ámbito se debe trabajar desde la reducción de riesgos en el consumo y el desarrollo de sus propias habilidades para buscar alternativas al consumo.

En este segundo año, el director de Proyecto Hombre Córdoba me propuso para formar parte de la Comisión de Prevención Nacional. Esa noticia provocó sentimientos contradictorios en mí, por un lado, era un privilegio poder formar parte del equipo de la Asociación que está en constante renovación y en fase de creación de materiales y programas para adaptarse a las necesidades que la sociedad y los

centros educativos solicitaban. Por otro lado, me preguntaba que yo no tenía nada para aportar a las responsables de la Comisión, era una recién llegada al mundo de la prevención y estaba en aprendizaje constante.

Gracias a la ayuda y apoyo de compañeros y compañeras de Córdoba y de Málaga, me propuse un reto; si formaba parte de la Comisión de Prevención sería una gran oportunidad el poder aprender de la mano de las expertas en prevención de drogodependencias a nivel nacional, dentro de la Asociación Proyecto Hombre.

Al llegar a la primera reunión a Aravaca (Madrid), mis compañeros y compañeras me acogieron magníficamente, me tranquilizaron, me ayudaron a entender lo que hacían y los proyectos nuevos en los que estaban inmersos.

En esta Comisión se trabaja a través de proyectos que se solicitan al Plan Nacional sobre Drogas, además el realizar proyectos bajo el amparo a nivel estatal del Plan nacional es indicativo de eficacia y de un trabajo bien hecho.

Los nervios fueron pasando en cada reunión, según los proyectos que debíamos realizar llegaban momentos en los que nos reuníamos una vez al mes en Aravaca para poder terminar los proyectos.

Hasta el momento, en los proyectos que he participado como trabajadora de Proyecto Hombre Córdoba y como miembro de la Comisión ha sido el poder elaborar la formación on-line de los programas de prevención universal “Entre Todos” y prevención selectiva “Rompecabezas”. [[www.formacionph.es](http://www.formacionph.es)].

El pertenecer a esta comisión era un gran responsabilidad, ya que, el trabajo que te encomendaban debía ser de calidad y adaptado a las exigencias nacionales y europeas. Era necesario compaginar el trabajo de técnico en mi centro y el trabajo de la comisión.

Independientemente del esfuerzo y el sacrificio de tantas reuniones, viajes, noches de trabajo extenuante; para mí ha sido muy reconfortante ver que todos los proyectos que realizábamos eran bien acogidos por la sociedad y cubrían las necesidades que se plantearon para su creación.

Al acudir a las reuniones con mis compañeros y compañeras de toda España que formaban parte de la Comisión pude acercarme a un nuevo programa del cual no tenía noticias, no sólo se podía trabajar con las familias de los centros educativos, sino que existía un programa de prevención selectiva para familias, denominado “A Tiempo”.

Este programa está dirigido para familias cuyos hijos e hijas son consumidores de drogas legales, están experimentando con drogas ilegales, tienen amigos consumidores, realizan actividades de ocio cercanas al consumo o poseen un elevado

índice de fracaso escolar. En este programa en concreto es el técnico de prevención el que forma e informa de manera dinámica y participativa, adaptándolo a sus realidades familiares, para poder ponerlo en práctica con sus hijos e hijas.

Gracias a los cursos de formación que desde la Comisión de Prevención se realizaban con los técnicos y técnicas de toda España sobre pudimos conocer un nuevo ámbito de trabajo en prevención que se encuentra en desarrollo: prevención laboral y comunitaria.

Estos dos nuevos ámbitos de trabajo comenzaron a implantarse en mi centro.

A raíz de la formación recibida en el año 2010, surgió la oportunidad de poner en práctica un proyecto de prevención comunitaria en la localidad de Luque, una población de 3.000 habitantes de la provincia de Córdoba.

El proyecto surgió por la petición de ayuda del párroco de la localidad a mi director, debido al creciente aumento del consumo de drogas por parte de la juventud.

Ante esta petición, mi director me pidió que comenzase a elaborar un proyecto conjunto donde se implicase a toda la sociedad. Para ello iniciamos una rueda de contactos con todas las asociaciones e instituciones de la localidad para explicarles el propósito de la presencia de Proyecto Hombre. Los sentimientos y emociones primeras en estas entrevistas iniciales eran muy contradictorios, ya que, no estaban seguros de la alarma social que se estaba creando. Además no entendían en qué podían ayudar, ya que estas asociaciones no estaban de acuerdo con la idea del aumento del consumo de la juventud de Luque.

En las entrevistas iniciales para conocer la realidad de cada uno de los sectores de la localidad, contamos con la autoridad del ayuntamiento, incluyendo las instancias de la Policía Local y la Guardia Civil.

Una vez recogidas las opiniones y detectadas las necesidades por cada uno de los sectores con los que se mantuvieron entrevistas, mejoramos el proyecto inicial para adaptarlo a las necesidades reales y comenzó a desarrollarse las distintas fases del proyecto.

Las emociones que sentía al ver que el proyecto se iba cumpliendo y se conseguían los objetivos eran de satisfacción, alegría. No todo era bueno, ya que, en ocasiones las personas o las asociaciones no respondían cómo se les pedía, eso provocaba en mí frustración, fracaso. Pero estos sentimientos permitían que siguiera adelante, y mejorase aquellas cosas que estaban fallando para adaptarlo a las necesidades reales que estaban surgiendo.

La entrevista que recuerdo con mayor cariño fue la que realizamos a las personas mayores de la localidad, alrededor de 20 personas estaban totalmente

dispuestas a ayudar a la juventud de su pueblo porque ellos comprobaban a diario cómo el consumo iba aumentando, y observaban los problemas asociados a estos patrones de comportamiento.

La ternura que me transmitieron las palabras de las personas del Centro de mayores donde hombres y mujeres con edades comprendidas entre 65 y 80 años, relataban las diferencias tan significativas que encontraban desde hacía dos años atrás.

Personalmente a mí, el escuchar relatar lo que estas personas observan de su localidad y lo relacionan con sus vivencias años pasados, me despertó mucho amor, cariño y ternura; me ayudaron a comprender que la sabiduría que tenía la suerte de comprobar en la sala donde nos encontrábamos, era muy necesario tenerlo en cuenta para mejorar el proyecto.

Comenzamos las formaciones en los distintos sectores: familias, docentes, alumnado para iniciar el trabajo en prevención de drogodependencias.

Nuestro objetivo era crear redes dentro de la propia localidad para sin depender de Proyecto Hombre Córdoba pudieran resolver sus problemas de consumo y convertirse en agentes preventivos. Es decir, tra una formación y el acompañamiento de nuestra institución creando redes de funcionamiento, pasado un tiempo prudencial el propio pueblo pudiera gestionar las dificultades con las adicciones a todos los niveles, buscando por sí mismos solución.

La experiencia fue muy gratificante, muy costosa a nivel personal porque requería mucha dedicación y esfuerzo, pero sinceramente mereció la pena por el simple hecho de cambiar estrategias locales de prevención a nivel de instituciones y a nivel familiar la formación de familias preocupadas por educar en hábitos de vida saludable, no solo de sus hijos e hijas, sino de toda la juventud de la localidad.

Paralelo a la realización de este proyecto, el trabajo en prevención de drogodependencias en el ámbito universal y selectivo continuaba.

Concretamente a un centro al cual debo mucho es el centro Educativo Concertado Santísima Trinidad-Trinitarios de Córdoba capital, desde que inicié mi trabajo en prevención he estado 6 seis años implantando incesantemente junto con el orientador y los y las docentes de Educación Secundaria Obligatoria del centro el programa de prevención universal escolar y familiar "Entre Todos". Al llevar tantos años, debíamos formar al equipo de profesionales con los cambios y novedades a nivel de adicciones, además de adaptar las actividades a las necesidades del centro y de las distintas aulas.



Concretamente, el equipo de profesionales de este centro, merecen todo mi respeto y aprecio; ya que gracias a ellos surgió la idea de poder investigar y evaluar el programa “Entre Todos” durante cuatro cursos académicos para poder comprobar los puntos débiles y fuertes del programa, derivado del cambio de perfil del alumnado que accede a Educación Secundaria Obligatoria.

Gracias al trabajo constante de estos profesionales hemos podido recopilar 917 cuestionarios de cuatro cursos académicos consecutivos iniciándose en 2006-2007 hasta 2009-2010.

### **5.6.3. *La actualidad profesional y personal***

Como he comentado antes, la labor profesional del equipo de profesionales del centro Trinitarios me ha permitido poder realizar esta investigación para descubrir las necesidades de cambio del programa “Entre Todos” que surgió en el año 2000, fue evaluado de manera externa en 2005, pero con el devenir de los tiempos y el cambio tan brusco en los patrones de comportamiento de la adolescencia y juventud se consideró necesario volver a evaluarlo para poder modificar los aspectos que quedaban obsoletos e introducir temáticas nuevas.

En este punto nos encontramos, cuando iniciamos esta investigación pertenecía al equipo de prevención de Proyecto Hombre Córdoba, situación que me impedía evaluar de manera objetiva sin dejarme influenciar los mis sentimientos y emociones derivados del esfuerzo y la dedicación para mejorar el programa y darlo a conocer en Córdoba capital y provincia.

Actualmente, no trabajo de manera directa en el ámbito de la prevención de drogodependencias, lo que me permite poder analizar los datos con mucha objetividad y dejando atrás emociones. Este aspecto no quita que cada vez que recuerdo anécdotas, palabras de las familias, conversaciones con el alumnado, inunden mis ojos de lágrimas de felicidad y nostalgia recordando los momentos vividos, y el aprendizaje derivado.

Mi trabajo como técnica de Prevención me ha ayudado a mejorar como comunicadora y como persona, siendo capaz de adaptar todo lo que se abordaba con el alumnado y con la familia ponerlo en práctica en mi propia vida para así comprobar que realmente era efectivo y recomendable.

Un ejemplo puede ser el hablar de la empatía y la escucha activa, estas estrategias son muy útiles en la vida diaria; ya que, te permite comprender al resto de las personas y poder observar toda la información que una persona puede darte por

sus gestos, sin considerar el aspecto verbal. La mayoría de la ocasiones el aspecto no verbal da más información que la verbal.

Al dejar de trabajar en proyecto Hombre puede pensarse que he dejado de colaborar en la Comisión Nacional de Prevención, es cierto, pero me he “quedado enganchada” continuando mi colaboración como asesora externa del Centro de Formación de la Asociación Proyecto Hombre.

La comisión de Prevención es una comisión muy enérgica y con muchos proyectos, donde mi investigación sobre el programa “Entre Todos” nos ha ayudado para poder considerar las reflexiones que conseguimos en esta investigación y poder trasladarlo a la revisión que se está realizando desde la propia comisión del programa.

Esta situación genera una gran felicidad para mí, ya que, producto de una investigación que estoy realizando con la ayuda de mis directores, compañeros y compañeras podemos mejorar un programa que funciona pero debe adaptarse a las necesidades y a los cambios de la adolescencia actual.

Solo comentaré brevemente que se está cambiando la estructura tradicional, convirtiéndolo en más flexible y con la capacidad de adaptarse a las necesidades de cada centro educativo; incluyendo nuevos temas interesantes para el alumnado.

Para finalizar, el trabajar como técnica de prevención me ha ayudado a nivel personal y profesional a forjarme como especialista o en vías de ser especialista en una temática muy cambiante según la sociedad y las políticas antidrogas que se generen.

Estos seis años en Proyecto Hombre, me han ayudado a ser capaz de superar mi pánico escénico a hablar en público, provocando el efecto contrario, ahora no paro de hablar. Por otro lado, me ha inculcado unas rutinas y unas exigencias de trabajo que fuera de esta institución, en ocasiones son difíciles de encontrar. Debo decir que todo no ha sido un camino de rosas, también he pasado por proyectos frustrados, he visto flaquear mis fuerzas a lo hora de enfrentarme a nuevos retos. Yo siempre me voy a quedar con los mejores momentos, destacando al equipo de profesionales que compone esta institución donde he intentado aprender de cada persona lo mejor y adaptarlo a mi trabajo.

Que puedo decir que las compañeras de la Comisión de Prevención, se ha generado un vínculo tan estrecho que ya no solo es una comisión de trabajo, sino de encuentro, yo las calificó como “mis hermanas de prevención”, me acogieron, me ayudaron, me enseñaron hasta que yo fui capaz de aportar conocimientos y sabiduría. Son un pilar importante en mi vida, no solo a nivel profesional, sino también personal; ya que, hemos traspasado la línea del trabajo para llevarlo al punto de amistad.

Solo decir, muchas gracias chicas, sin vuestro apoyo, comprensión esta investigación no hubiese llegado a su final.

Muchas gracias.



## **II. ESTUDIO EMPÍRICO**



## Capítulo VI: Estudio Empírico

La investigación que se presenta tiene como base el Programa de Prevención Universal, Escolar y Familiar “*Entre Todos*”, perteneciente a la Asociación Proyecto Hombre que se lleva a cabo en los centros educativos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), implantándose en los dos ciclos educativos que compone dicha enseñanza; es decir, de 1º a 4º de ESO. El objetivo de este programa consiste en mejorar la competencia personal de los adolescentes a través del aprendizaje de habilidades como autocontrol, estrategias para resistir la presión ante el consumo de drogas, etc. Como objetivos específicos, a modo de síntesis de lo comentado en el capítulo cuatro, contempla potenciar el proceso de maduración de los menores para superar dificultades, y reforzar su control emocional, sus vínculos de relación. Con respecto al equipo docente persigue fomentar la implicación para prevenir las drogodependencias en el centro educativo, a través de formación y entrenamiento. Además de formar a la familia para que puedan aplicar los conocimientos adquiridos para la educación de sus hijos, y se impliquen en el desarrollo del programa.

Las estadísticas del PNSD apuntan que cada vez más son los menores que se inician en el consumo de drogas a edades tempranas. Además, este proceso de comenzar a experimentar con sustancias se realiza en el período de ESO, momento que los adolescentes están forjando su personalidad futura, y son muy influenciados por otros compañeros.

Del mismo modo, se observa que la percepción de riesgo sobre el consumo de sustancias legales (tabaco y alcohol) ha descendido. A esto se le suma la consideración de drogas ilegales como el cannabis, como sustancias sin riesgo para la salud. Es decir, valorándola al nivel de las drogas legales.

Todas estas circunstancias, hacen necesario que se tomen medidas para modificar estos patrones de comportamiento en la juventud; por lo que, desde la Asociación Proyecto Hombre se convierte en una prioridad el abordar el problema social.

Desde este punto de vista, esta investigación surge para poder dar respuesta a la necesidad de modificar el Programa “Entre Todos” para atender la reducción del consumo de drogas y/o reducir la edad de inicio en las mismas.

No solo se centrará la investigación en la evaluación del programa a nivel de resultados en el centro educativo donde se implanta, sino que se analizará su contenido y su formato.

El objetivo final de la investigación consiste en arrojar luz sobre los puntos fuertes y débiles de la metodología de trabajo que se utiliza en este programa en concreto, y realizar las modificaciones oportunas al programa para poder difundir los resultados de eficiencia a la comunidad científica, con el fin de poder implantarlo de manera genérica en los centros educativos de Educación Secundaria Obligatoria.

## 6.1. Objetivo de Investigación

El objetivo de esta investigación es evaluar un programa de prevención universal desde una perspectiva longitudinal, durante los cuatro cursos de su implantación en un centro educativo concreto.

Por lo tanto, el objetivo general es evaluar la efectividad del Programa de Prevención Universal “*Entre Todos*”, con el fin de satisfacer las necesidades de los agentes implicados en el mismo, familias, docentes y alumnado. Para ello se recogerá información de los distintos niveles educativos de los que se componen el programa, de 1º a 4º de ESO, durante los cursos académicos 2006/2007 hasta 2009/2010.

Esta evaluación servirá para proponer mejoras en el programa en sí y, a nivel general, en estrategias de prevención para llevar a cabo los tres agentes implicados en el programa de prevención.

De este objetivo se derivan los siguientes objetivos específicos:

- Describir los logros y las flaquezas del Programa de Prevención de drogas “*Entre Todos*” tras su implantación.
- Detallar las mejoras que debe realizar el programa para adaptarse a las necesidades de la población destinataria.

A raíz de estos objetivos, se plantean una serie de interrogantes, a los cuales el estudio dará respuesta. Las cuestiones hacen referencia a:

- ¿De qué virtudes y de qué debilidades dispone el Programa para ser implantado en los centros educativos a nivel general?
- ¿Qué mejoras son necesarias realizar al Programa para adaptarse a las necesidades del alumnado?
- ¿Se considera oportuno revisar ciertos planteamientos curriculares y organizativos del programa?



## 6.2. Limitaciones de la investigación

La investigación que se presenta fija una serie de limitaciones establecidas de antemano. Las principales limitaciones a las que no se va a hacer frente son:

- El cuestionario con el que se trabaja en esta investigación viene dado por la institución, situación que impide el realizar modificación alguna al instrumento para adaptarlo a las exigencias de la investigación.
- Del mismo, modo al ser un instrumento dado parte con debilidades propias en su construcción, que no pueden ser resueltas; ya que, sino el instrumento dejaría de ser el oficial proporcionado por la institución.
- El programa de prevención que se va a evaluar solo realiza el seguimiento de los participantes hasta 4º de ESO, pasado este nivel educativo, no se desarrolla ningún proceso de análisis de los resultados obtenidos durante la implementación del programa a nivel de habilidades sociales, de hábitos de consumo, etc.
- La investigación no se sustenta en otras fuentes documentales, como podrían ser las memorias anuales, debido a que no cuentan con el suficiente rigor científico para incluirse en este estudio; ya que, están registradas pero no son significativas al no representar a todas las personas implicadas. Es decir, sus resultados no representan a todas las familias participantes en el Programa, ni cuenta con la opinión de todos los docentes que han intervenido. Ante esta situación, se concluye que no son válidos para apoyar este estudio.

Estas limitaciones facilitarán la comprensión sobre el diseño de investigación desarrollado en este estudio.

## 6.3. Variables de Estudio

Para dar respuesta a los objetivos planteados en esta investigación, se formalizaron las variables que podían dar una aproximación a las cuestiones generadas. Para ello, se clasificaron las variables en dimensiones para facilitar la comprensión.

Al tratarse de un programa de prevención universal que abarca los dos ciclos de Educación Obligatoria, se contó cinco dimensiones para el primer ciclo de ESO, y con siete para el segundo ciclo de ESO. Existen variables semejantes entre las dimensiones de 1º y 2º. Sin embargo, las dimensiones que contienen las variables del

segundo ciclo de ESO, mantienen algunas diferencias con respecto a las variables que componen el cuestionario de los niveles académicos de 3º y 4º de ESO.

### 6.3.1. Variables del Primer Ciclo de ESO: 1º ESO y 2º ESO

Las variables que conforman el primer ciclo de ESO, quedan estructuradas del siguiente modo:

- Opinión sobre el consumo de sustancias: Hace referencia a afirmaciones relacionadas con el consumo de drogas, para recoger la opinión del alumnado al respecto. Se hace alusión a drogas legales (tabaco y alcohol) y drogas ilegales (cannabis).
- Hábitos de consumo: Relacionado con identificar las sustancias en las se han iniciado, incluyendo algunos efectos secundarios del consumo.
- Edad de inicio en el consumo: Recoge la edad de inicio en el consumo de las drogas comentadas anteriormente.
- Frecuencia del consumo: Representa el grado de consumo que realiza el alumnado.
- Aspecto social del consumo: Referido a indagar sobre los hábitos de consumo de las amistades con las que se relacionan.

La siguiente figura (6.1), ejemplifica las variables que se incluyen en cada dimensión comentada, concretamente las que competen con 1º de ESO.

Opinión sobre consumo de drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perjuicio consumo Tabaco</li> <li>• Adicción Tabaco</li> <li>• Perjuicio humo Tabaco</li> <li>• Disminución resistencia Tb</li> <li>• Perjuicio Cannabis</li> <li>• Adicción Cannabis</li> <li>• Disminución funcionamiento cerebral Cannabis</li> <li>• Perjuicio trastornos circulatorios Cannabis</li> </ul>
Hábitos de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábito inicio Cannabis</li> </ul>
Frecuencia del consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia consumo Tabaco semanal</li> <li>• Frecuencia consumo Cannabis semanal</li> </ul>
Edad de inicio en el consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad inicio Tabaco</li> <li>• Edad inicio Cannabis</li> </ul>
Aspecto social del consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de iguales consumidores de Tabaco</li> <li>• Grupos de iguales consumidores de Cannabis</li> </ul>

Figura 6.1. Ejemplo preguntas del cuestionario de 1º de ESO

La figura 6.2, muestra las variables relacionadas con las dimensiones de estudio de 2º de ESO.

Opinión sobre consumo de drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perjuicio Alcohol</li> <li>• Adicción Alcohol</li> <li>• Problemas consumo habitual Alcohol</li> <li>• Necesidad de utilizar el Alcohol para divertirse</li> <li>• Perjuicio Cannabis</li> <li>• Consideración del cannabis como sustancia legal</li> <li>• Adicción Cannabis</li> <li>• Disminución funcionamiento cerebral Cannabis</li> <li>• Perjuicio trastornos circulatorios Cannabis</li> </ul>
Hábitos de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábito inicio Alcohol</li> <li>• Hábito inicio Cannabis</li> </ul>
Frecuencia del consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia consumo Alcohol semanal</li> <li>• Frecuencia consumo Alcohol mensual</li> <li>• Frecuencia consumo Cannabis semanal</li> <li>• Frecuencia consumo Cannabis mensual</li> </ul>
Edad de inicio en el consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad inicio Alcohol</li> <li>• Edad inicio Cannabis</li> </ul>
Aspecto social del consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de iguales consumidores de Alcohol</li> <li>• Grupos de iguales consumidores de Cannabis</li> </ul>

Figura 6.2. Ejemplo preguntas del cuestionario de 2º de ESO

### 6.3.2. Variables del Segundo Ciclo de ESO: 3º y 4º de ESO

Las dimensiones en las que se clasifican las variables que componen el segundo ciclo de ESO son:

- Influencia Medios de Comunicación: Referido a afirmaciones que les hace reflexionar, al alumnado, sobre la influencia de los Medios de Comunicación de Masas.
- Vivencias en el centro educativo: Relacionado sobre conocer su opinión al respecto de la relación que mantienen con el centro educativo.
- Consideraciones sobre la familia: se refiere a conocer la relación que mantienen con su familia, en el período evolutivo en que se encuentra el alumnado.
- Influencia sobre el grupo de amigos: Recoge las ideas que tienen sobre lo que les aporta el grupo de amigos.
- Consideraciones sobre actividades de ocio: Recoge información referida a las actividades de ocio que realiza el alumnado en su tiempo libre.

- Opinión sobre la percepción personal: se les plantean cuestiones para analizar la percepción que el alumnado tiene de sí mismo.
- Hábitos de consumo: Relacionado con identificar las sustancias en las que se han iniciado, incluyendo algunos efectos secundarios del consumo.
- Edad de Inicio: Recoge la edad de inicio en el consumo de las drogas comentadas anteriormente.
- Se les pregunta por la edad aproximada en el inicio de consumo de sustancias tanto de drogas legales (tabaco y alcohol) como ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis, dopamina...)
- Frecuencia de Consumo: Referido al consumo habitual que se puede estar produciendo.

A modo de resumen se presenta la figura 6.3, donde se recogen variables y dimensiones que corresponden a 3º de ESO.

Influencia medios de Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influencia publicidad en decisiones</li> <li>• Personalidad autónoma crítica a los Medios de Comunicación de Masas</li> <li>• Transmisión información dependiendo de interés</li> </ul>
Vivencias en el centro educativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituto conveniencia de normas</li> <li>• Instituto lugar agradable</li> <li>• Asignatura importantes para futuro</li> </ul>
Consideraciones sobre la familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia tratarse con respeto</li> <li>• Confianza en la familia</li> <li>• Conflictos familiares usas empatía</li> </ul>
Opinión percepción personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener buenas cualidades</li> <li>• Pensar que el resto de chicos son mejores</li> <li>• Capaz de hacer cosas como el resto</li> <li>• Contento con la forma de ser</li> </ul>
Hábitos de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábito inicio Tabaco</li> <li>• Hábito inicio Alcohol</li> <li>• Mareo consumiendo Alcohol</li> <li>• Frecuencia fines de semana mareado</li> <li>• Denominación hábito de inicio otras drogas</li> </ul>
Edad de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad inicio Cannabis</li> </ul>
Frecuencia de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia consumo Cannabis mensual</li> </ul>

Figura 6.3. Ejemplo preguntas del cuestionario de 3º de ESO

Las variables que componen las dimensiones de 4º de ESO, quedan recogidas en la figura 6.4.



Figura 6.4. Ejemplo preguntas del cuestionario de 4º de ESO

## 6.4. Diseño de la Investigación

Según Bunge (1985) hablamos de método científico para referirse al conjunto de procedimientos que, a partir de diferentes técnicas o instrumentos de recogida de datos, aborda y soluciona un problema o conjunto de ellos. Enunciado que reitera la profesora Hernández Pina (citado en Buendía, Colás y Hernández, 1997) al afirmar que el método científico es una “estrategia consciente” encaminada a solucionar problemas planteados por el investigador con un fin determinado. Método que ha de ser adecuado al tipo de objeto de estudio y problema planteado. Por metodología, y siguiendo el discurso de la profesora Hernández Pina, se hace referencia al metanivel de investigación que aspira a comprender los procesos de investigación.

En la investigación que se desarrolla la metodología de trabajo elegida es la Investigación Evaluativa.

La investigación evaluativa, según Vega, Torres y Cerna (2013) “es el método concreto de la evaluación, pues aporta a ésta últimas herramientas de la investigación social para hacer más preciso y objetivo el proceso de evaluar” (p. 1).

En este sentido, Haro (2009) expone las actuaciones que permite realizar este tipo de investigación. Se pueden resumir en:

- Permite obtener información sobre problemas, expectativas y necesidades sociales, con el objetivo de poder contribuir de manera activa a las decisiones que se toman en las políticas sociales.
- Procura recopilar información para analizar las consecuencias de las decisiones que se toman, buscando alternativas asequibles socialmente, en beneficio de las decisiones futuras que se tomen.
- Posibilita el responder de forma eficiente y rápida a las preguntas de relevancia social. Dar respuesta en forma rápida y precisa a cuestiones prácticas y preguntas de relevancia social, teniendo en cuenta las cuestiones teóricas, metodológicas y técnicas.

En definitiva, la investigación evaluativa permite “la recolección sistémica de información acerca de actividades, características y resultados de programas, permite realizar juicios acerca del programa, mejorar su efectividad, o informar la toma de futuras decisiones” (Vega et al., 2013, p. 2).

En el estudio que se plantea, la investigación evaluativa se traduce en una evaluación de producto, como plantea Bausela (2013); ya que consiste en valorar, interpretar y juzgar los logros de un programa, teniendo presentes todos los instrumentos que se utilizan para conseguirlo, con la intención de averiguar si el programa ha podido satisfacer las necesidades del grupo al que se dirigía.

La finalidad de la evaluación de producto “es recoger información que nos permita analizar si los objetivos específicos que nos habíamos propuesto alcanzar en nuestro programa han sido logrados o no, con el fin de tomar determinadas decisiones de reciclaje” (Bausela, 2003, p. 370).

Para concluir, el proceso evaluador comprende una serie de pasos, que recoge Abad (1997, p. 35):

- Obtención de información sobre el objeto evaluado.
- Obtención de información complementaria.
- Selección y puesta en práctica de los métodos y técnicas adecuados para la recogida de datos necesarios para el estudio.

- Análisis de los datos recogidos y elaboración de resultados.
- Interpretación de los resultados en el contexto en el que el objeto ha sido investigado.
- Elaboración y difusión de un informe.

Del mismo modo, Escudero corrobora los pasos comentados anteriormente para desarrollar adecuadamente una investigación evaluativa. El autor sitúa que las fases que deben abordarse para construir un modelo de investigación evaluativa son (Escudero, 2003, párr. 93):

1. Objetivo de la investigación evaluativa.
2. Propósito, objetivos.
3. Audiencias/implicados/clientela.
4. Énfasis/aspectos prioritarios o preferentes.
5. Criterios de mérito o valor.
6. Información a recoger.
7. Métodos de recogida de información.
8. Métodos de análisis.
9. Agentes del proceso.
10. Secuenciación del proceso.
11. Informes/utilización de resultados.
12. Límites de la evaluación.
13. Evaluación de la propia investigación evaluativa/metaevaluación.

Una vez concretados los requisitos que conlleva el realizar una investigación evaluativa, se detallan las cuestiones referentes a la metodología seleccionada.

En función de los objetivos formulados, este estudio es de corte mixto, utilizando una metodología cuantitativa (pre-test-post-test), valiéndose del cuestionario como técnica de recogida de información, y una metodología cualitativa, basada en el grupo de discusión como elemento complementivo.

A tratarse de un estudio mixto, se definen ambas metodologías. Monje (2011) expone que la metodología cuantitativa se basa en “la medida y la cuantificación de los datos constituye el procedimiento empleado para alcanzar la objetividad en el proceso de conocimiento. [...] establecer promedios a partir del estudio de las características de un gran número de sujetos” (p. 14).

Sin embargo, la metodología cualitativa “enfatisa en conocer la realidad desde una perspectiva de «insider», de captar el significado particular que a cada hecho atribuye su propio protagonista, y de contemplar estos elementos como piezas de un conjunto sistemático” (Ruíz, 2012, p. 17).

A continuación se detallan las fases que se desarrollan para llevar a cabo la investigación.

#### **6.4.1. Fases de la investigación**

La Planificación de las fases de investigación para desarrollar el estudio, comentado anteriormente, queda representado en la figura 6.5.

### **1ª FASE Planificación del estudio**

- Solicitud a la Asociación Proyecto Hombre para utilizar el cuestionario para recabar información.
- Petición de permiso a la Asociación proyecto Hombre para poder evaluar el Programa de Prevención Universal, Escolar y Familiar “Entre Todos”.
- Solicitud al centro educativo para ser objeto de estudio.
- Solicitud de permiso al centro educativo para la implantación del Programa.
- Petición de permiso a la institución Proyecto Hombre Córdoba para poder utilizar los datos recogidos para la investigación.
- Recogida de datos de la población curso 2006/2007. Concreción de la muestra, curso 2006/2007.
- Recogida de datos de la población curso 2007/2008. Concreción de la muestra, curso 2007/2008.
- Recogida de datos de la población curso 2008/2009. Concreción de la muestra, curso 2008/2009.
- Recogida de datos de la población curso 2009/2010. Concreción de la muestra, curso 2009/2010.
- Selección de las personas integrantes en el grupo de discusión.

### **2ª FASE Trabajo de campo**

- Implementación y recogida del cuestionario pre-test y post-test al alumnado del curso académico 2006/2007.
- Implementación y recogida del cuestionario pre-test y post-test al alumnado del curso académico 2007/2008.
- Implementación y recogida del cuestionario pre-test y post-test al alumnado del curso académico 2008/2009.
- Implementación y recogida del cuestionario pre-test y post-test al alumnado del curso académico 2009/2010.
- Grupo de discusión con familias, alumnado, docentes, Orientador y Técnico de prevención que han participado en los cuatro años de implementación del programa ET.



### 3ª FASE Análisis de los datos

- Datos de carácter cuantitativo con el programa estadístico SPSS 15.0.
- Datos de carácter cualitativo con el programa N-Vivo.

### 4ª FASE Discusión de resultados y conclusiones

- Estudio de los datos recogidos y procesados del alumnado de los cursos académicos 2006/2007, 2007/2008, 2008/2009 y 2009/2010. Estudio de los datos recogidos del grupo de discusión realizado en el curso académico 2009/2010.
- Conclusiones e implicaciones.

Figura 6.5. Planificación de las fases de investigación

#### 6.4.1.1. Primera fase: Planificación del estudio

La Primera Fase, se inicia con la petición de solicitar a la Asociación Proyecto Hombre, el poder utilizar el cuestionario creado para evaluar anualmente el Programa “Entre Todos”, por parte de la Comisión Nacional de Proyecto Hombre. Al pedir permiso a la institución para usar unos de sus instrumentos como instrumento de recogida de información para evaluar el programa no existió ninguna reticencia al respecto. Solo pedían que los datos que resultasen de la investigación fuesen divulgados en revistas científicas. Al mismo, tiempo la propia institución no presentó objeción para evaluar el Programa, debido a que, era un objetivo que contemplaba la Comisión de Prevención de la Asociación. En este caso, solicitó la propia comisión que les fuesen presentados los datos para poder realizar las mejoras necesarias al programa para su futura reedición.

La segunda tarea consistió fue elegir el centro educativo que iba a ser objeto de estudio. Las características buscadas fueron llevar años implantado el Programa “Entre Todos”, que todo el equipo docente que participaba en el programa de prevención estuviese formado por el equipo técnico de prevención de Proyecto Hombre y, que se implementase el programa lo más fielmente posible, atendiendo a actividades, sesiones, etc.; es decir, con el mayor rigor y sin incluir modificaciones ni novedades.

Por todos estos motivos, se escogió al Colegio Santísima Trinidad- Trinitarios. Es un colegio concertado en una zona comercial de Córdoba capital, donde están escolarizadas familias de status social alto como bajo-medio. Se le expuso al equipo directivo el proyecto de investigación que se iba a desarrollar, para solicitar su permiso para estudiar al alumnado de ESO, iniciando la investigación en 2006/2007 y

finalizándolo en 2010. El centro educativo ofreció disposición y colaboración en todo momento, para el buen desarrollo de la investigación.

La última petición que debía realizarse para iniciar el proceso de investigación fue conseguir el visto bueno de la dirección de la entidad Proyecto Hombre Córdoba, para que permitiese manejar los datos recogidos en beneficio de la investigación. En este sentido, no existió ningún obstáculo, sino todo lo contrario, colaboración y disponibilidad.

La intención de la investigación es ver los cambios en la opinión sobre las drogodependencias y todos los aspectos que se adhieren a ellas y, evaluar si el programa de prevención que se lleva a cabo durante el curso académico, incluido dentro del Plan de Acción Tutorial, ayuda a prevenir y/o retrasar la edad de inicio de drogas que tienen el alumnado del centro en cuestión siguiendo las premisas del National Institute on Drug Abuse (NIDA).

Ante todas estas cuestiones, se decidió comenzar el programa de prevención en el curso académico 2006/2007, en los niveles educativos de 1º a 4º de ESO, y finalizar la investigación cuando este alumnado culminase el Programa, cuyo curso académico fue el 2009/2010.

Definida la muestra para el instrumento del cuestionario, se decide seleccionar la muestra de las personas integrantes del grupo de discusión, eligiendo a las familias más colaborativas y participativas en el programa, al alumnado más representativo y participativo que hubiese completado todo el Programa, a todos los docentes que han participado en el desarrollo del mismo, al orientador como figura de referencia en el centro y, al técnico de prevención que correspondía en el centro educativo.

#### *6.4.1.2. Segunda Fase: Trabajo de campo*

Para este diseño de investigación se eligió como instrumento de recogida de información por parte del alumnado el cuestionario.

Los cuestionarios se aplicaron en horario lectivo, teniendo en cuenta que el pre-test se realizaba un día antes de iniciar el Programa, y el post-test un par de días después de terminar el Programa de Prevención. Para ello, se solicitó el permiso necesario al equipo directivo y al profesorado participante en el programa, asegurando así una mayor participación de la población y su recogida en los sucesivos años.

El grupo de discusión se realizó fuera del horario lectivo, acogiéndose a las necesidades horarias de los implicados (familias, alumnado, docentes, orientador, técnico de prevención).

#### *6.4.1.3. Tercera Fase: Análisis de datos*

Aplicado el instrumento y el programa, los datos cuantitativos obtenidos fueron codificados con el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 20.0., al ser considerado como una herramienta base para la investigación dentro del ámbito de las Ciencias Sociales. Se trata de un programa modular versátil que implementa un amplio abanico de temas estadísticos que permiten el tratamiento de la información de manera exhaustiva y detallada.

Por otro lado, para el análisis de los datos cualitativos obtenidos, a través del grupo de discusión, fueron codificados con software de análisis de datos cualitativos de QSR Internacional y N-vivo que ayuda a organizar y analizarla información, a explorar, visualizar patrones, además de facilitar la justificación de manera rigurosa de conclusiones con evidencia, versión 10.

Los datos obtenidos de la autobiografía, se utilizaron como refuerzo de la información recogida en el análisis cualitativo y cuantitativo. Es decir, sirvió para poder triangular ambos resultados, y poder comprobar realmente si la investigación respondía a los interrogantes que se planteaba al inicio.

#### *6.4.1.4. Cuarta Fase: Discusión de resultados y conclusiones*

El análisis cuantitativo de las opiniones del alumnado realizado con el programa SPSS, comenzó con la realización de una matriz con los ítems que formaban el cuestionario. Una vez volcados los datos, se procedió a su depuración para subsanar cualquier error que se hubiera podido tener en el proceso de codificación. Este proceso se realizó con los cuestionarios del curso académico 2006/2007 y sucesivos. A continuación, se extrajeron los análisis estadísticos necesarios para obtener las respuestas a las preguntas de investigación planteados.

Con respecto al análisis cualitativo de las opiniones de familias, docentes, alumnado, orientador, técnico de prevención, se procedió a la transcripción del grupo de discusión grabado por medio de una grabadora de audio.

Una vez transcrito se realizó una matriz de categorías, referidos a los temas comentados para utilizar el Programa, que facilitó el análisis de los mismos.

A partir de los datos obtenidos, cualitativos y cuantitativos, y en base a los objetivos de estudio planteados, se desarrollan las conclusiones que intentan dar respuesta a las cuestiones presentadas desde un principio, así como esbozar nuevas perspectivas de trabajo derivadas de las inferencias extraídas.

Del mismo modo, en la autobiografía y en el análisis de las memorias anuales se destacan las ideas principales que aportan evidencias para mejorar la triangulación entre la parte cuantitativa y la cualitativa de la investigación.

## **6.5. Instrumentos de Recogida de Datos**

La opción metodológica escogida y los interrogantes generados, comentados anteriormente, permitieron utilizar como técnicas de recogida de datos el cuestionario, como técnica cuantitativa, y el grupo de discusión como técnica cualitativa.

### **6.5.1. El cuestionario**

El cuestionario posibilita recabar información, según Buendía (1997), sobre lo que hacen, opinan o piensan los encuestados, mediante preguntas realizadas por escrito y que pueden ser respondidas sin la presencia del encuestador.

En esta investigación el cuestionario no ha sido elaborado para desarrollar el estudio, sino que ha sido facilitado por la Asociación Proyecto Hombre, considerado el cuestionario oficial para poder evaluar el Programa en los distintos centros en los que se implantase a nivel nacional.

El citado cuestionario pertenece a la Asociación Proyecto Hombre, concretamente la Comisión Nacional de Prevención de la citada Asociación. Para su confección se creó un equipo de trabajo interdisciplinar, dando como resultado el cuestionario que se ha usado en este trabajo.

Al ser considerado el cuestionario oficial, y pertenecer a la Asociación, no existió posibilidad de modificaciones para adaptarlo a los requerimientos de la investigación.

Este cuestionario no es público, solo es facilitado por la propia asociación a los equipos técnicos de prevención de los distintos centros de Proyecto Hombre del territorio español que implantan el programa "Entre Todos".

El instrumento está formado por cuatro cuestionarios, uno para cada nivel educativo de ESO. Los cuestionarios que pertenecen al mismo ciclo educativo presentan semejanzas en cuanto a las preguntas, debido a las similitudes evolutivas y madurativas del alumnado de 1º y 2º de ESO. Lo mismo sucede con los cuestionarios de 3º y 4º de ESO, entre ellos existen semejanzas, sin embargo, si se compara con los del primer ciclo, son radicalmente diferentes, principalmente por el proceso madurativo y, por el inicio en el consumo de drogas. En estos niveles los discentes experimentan con todo tipo de sustancias, circunstancia que no ocurre en el primer ciclo, que solo se

inician en drogas legales (tabaco y alcohol) y alguna droga ilegal (cannabis, principalmente).

La edad a la que se dirige el instrumento abarca los 12 años hasta los 16 años, ampliándose hasta 18 años, en el caso que algún alumno haya repetido curso.

La tabla 6.1, muestra la distribución de las dimensiones e ítems que componen el cuestionario de 1º de ESO. Como se puede apreciar el cuestionario de 1º de ESO se compone de 15 preguntas, ocho referidas a la Opinión del alumnado sobre el consumo de sustancias, con una escala valorativa de verdadero, falso y no sé.

La dimensión de Hábitos de consumo, contiene una sola pregunta, concerniente al inicio del consumo de cannabis. Del mismo modo, la dimensión Edad de inicio, cuestiona la edad en la que se iniciaron en el consumo de tabaco y cannabis respectivamente. Unida a estas dimensiones, la Frecuencia del consumo, hace hincapié en analizar el tipo de consumo semanal que realizan.

La última dimensión, relativa al Aspecto social del consumo, incide en la importancia de tener amistades consumidoras.

Tabla 6.1. Distribución áreas de conocimiento, preguntas e ítems del cuestionario de análisis de 1º de ESO

<b>CUESTIONARIO 1º ESO</b>					
<b>ÁREAS DE CONOCIMIENTO</b>	<b>PRE</b>		<b>POST</b>		<b>TIPO DE ÍTEM</b>
	Nº Pregunta	Nº ítem	Nº Pregunta	Nº ítem	
Estado de opinión sobre el consumo de sustancias	1-8	8	1-8	8	Escala valorativa Verdadero/Falso/No sé
Hábitos de consumo	12	1	12	1	Escala Dicotómica Si/No
Edad de inicio	10, 14	2	10,14	2	Edad De 12 a 18 años
Frecuencia del consumo	9, 13	2	9,13	2	Escala Dicotómica Si/No
Aspecto social del consumo	11, 15	2	11,15	2	Escala Dicotómica Si/No

La tabla 6.2, muestra la distribución de las dimensiones e ítems que componen el cuestionario de 1º de ESO. Como se puede apreciar el cuestionario de 2º de ESO se compone de 19 preguntas, nueve, referidas a la Opinión del alumnado sobre el consumo de sustancias, con una escala valorativa de verdadero, falso y no sé.

La dimensión de Hábitos de consumo, contiene dos preguntas, relacionadas con el inicio del consumo de alcohol y cannabis. Del mismo modo, la dimensión Edad de inicio, plantea dos cuestiones implicadas con el inicio de las drogas comentadas anteriormente, el consumo de alcohol y cannabis respectivamente. Unida a estas dimensiones, la Frecuencia del consumo, recoge cuatro preguntas para analizar el tipo de consumo semanal y mensual que realizan.

La última dimensión, relativa al Aspecto social del consumo, incide en la importancia de tener amistades consumidoras, aludiendo a dos ítems.

Tabla 6.2. Distribución áreas de conocimiento, preguntas e ítems del cuestionario de análisis de 2º de ESO

<b>CUESTIONARIO 2º ESO</b>					
<b>ÁREAS DE CONOCIMIENTO</b>	<b>PRE</b>		<b>POST</b>		<b>TIPO DE ÍTEM</b>
	Nº Pregunta	Nº Ítem	Nº Pregunta	Nº Ítem	
Estados de opinión sobre el consumo de sustancias	16-24	9	16-24	9	Escala de valoración Verdadero/Falso/No sé
Hábitos de consumo	25, 30	2	25, 30	2	Escala dicotómica Si/No
Edad de inicio	28, 33	2	28, 33	2	Edad De 12 a 18 años
Frecuencia del consumo	26, 27, 31, 32	4	26, 27, 31, 32	4	Escala Dicotómica Si/No
Aspecto social del consumo	29, 34	2	29, 34	2	Escala Dicotómica Si/No

En esta línea, la tabla 6.3, refleja las diferentes dimensiones y el número de ítems que se incluyen en las mismas, relativo al cuestionario de 3º de ESO.

La primera dimensión hace referencia a la Influencia de los Medios de Comunicación, recoge tres ítems, cuya opción de respuesta se sitúa entre los valores nada de acuerdo y totalmente de acuerdo, con las afirmaciones que se plantean.

Las Vivencias sobre el centro educativo y las Consideraciones sobre la familia, pretenden aglutinar en tres preguntas cada una, las ideas relativas a la percepción del alumnado con respecto a su experiencia en el entorno educativo, y la opinión sobre la relación familiar que mantienen. La escala de valoración para estas dimensiones contempla las opciones nada de acuerdo, poco de acuerdo, no sé, de acuerdo y totalmente de acuerdo.

La última dimensión relativa al intervalo de valoración nada de acuerdo hasta totalmente de acuerdo, hace alusión a la Opinión sobre la percepción personal, se

intenta descubrir en cuatro preguntas, el conocimiento que tienen de sí mismos, el alumnado encuestado.

La dimensión de Hábitos de consumo, contiene seis preguntas, relacionadas con el inicio del consumo de drogas legales e ilegales. Del mismo modo, la dimensión Edad de inicio, plantea una cuestión sobre el inicio en la experimentación con cannabis. Unida a estas dimensiones, la Frecuencia del consumo, recoge la última pregunta relacionada con el tipo de consumo mensual que realizan los encuestados con respecto al cannabis.

Tabla 6.3. Distribución áreas de conocimiento, preguntas e ítems del cuestionario de análisis 3º de ESO

CUESTIONARIO 3º ESO					
ÁREAS DE CONOCIMIENTO	PRE		POST		TIPO DE ÍTEM
	Nº Preg.	Nº Ítem	Nº Preg.	Nº Ítem	
Influencia Medios de comunicación	5-37	3	5-37	3	Escala de valoración
					Nada de acuerdo
Vivencias en el centro educativo	8-40	3	8-40	3	Escala de valoración
					Nada de acuerdo
Consideraciones sobre la familia	1-43	3	1-43	3	Escala de valoración
					Nada de acuerdo
Opinión sobre la percepción personal	4-47	4	4-47	4	Escala de valoración
					Estoy de acuerdo
Hábitos de consumo	8, 49	2	8, 49	2	Escala de Valoración
					Nunca
	50	1	50	1	Escala Dicotómica
					Si/No
	51	1	51	1	Escala de Valoración
					Un F/S
52	1	52	1	Escala Dicotómica	
				Si/No	
53	1	53	1	Escala Dicotómica	
				Si/No	
Edad de Inicio	54	1	54	1	Escala Dicotómica
					Si/No
Frecuencia de Consumo	55	1	55	1	Escala de Valoración
					Solo de vez en cuando

Para concluir, la descripción del cuestionario, la tabla 6.4, presenta las cuestiones relativas al cuestionario de 4º de ESO.

La dimensión primera, que abre este cuestionario, recoge las ideas relativas a la Influencia de los Medios de Comunicación. Establece tres ítems, cuya opción de respuesta se sitúa entre los valores nada de acuerdo y totalmente de acuerdo, con las afirmaciones que se plantean.

La Influencia del grupo de iguales y las Consideraciones sobre las actividades de ocio y tiempo libre que se practican, incluyen cuatro y siete cuestiones respectivamente. La influencia del grupo de iguales persigue conocer la relación que mantienen el alumnado con su entorno social, junto analizar las actividades de ocio que realizan en su tiempo; con el fin de comprobar si están cercanas al consumo de drogas. La escala de valoración para estas dimensiones contempla las opciones nada de acuerdo, poco de acuerdo, no sé, de acuerdo y totalmente de acuerdo.

La dimensión de Hábitos de consumo, contiene seis preguntas, relacionadas con el inicio del consumo de drogas legales e ilegales. Del mismo modo, la dimensión Edad de inicio, plantea una cuestión sobre el inicio en la experimentación con cannabis. Unida a estas dimensiones, la Frecuencia del consumo, recoge la última pregunta relacionada con el tipo de consumo mensual que realizan los encuestados con respecto al cannabis.

Tabla 6.4. Distribución áreas de conocimiento, preguntas e ítems del cuestionario de análisis 4º de ESO

CUESTIONARIO 4º ESO									
ÁREAS DE CONOCIMIENTO	PRE		POST		TIPO DE ÍTEM				
	Nº Preg.	Nº Ítem	Nº Preg.	Nº Ítem					
Influencia Medios de comunicación	56-59	4	56-59	4	Escala de valoración				
					Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Influencia del grupo de iguales	60-63	4	60-63	4	Escala de valoración				
					Nada de acuerdo	poco de acuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Consideraciones sobre las actividades de ocio y tiempo libre que se practican	64-70	7	64-70	7	Escala de valoración				
					Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Hábitos de consumo	71, 72	2	71, 72	2	Escala de Valoración				
					Nunca	Lo he probado	De vez en cuando	Fumo F/S	Fumo a diario
	73	1	73	1	Escala Dicotómica				
					Sí/No				
	74	1	74	1	Escala de Valoración				
					Un F/S	Dos F/S	Casi todos los F/S	Todos los F/S	Nunca
75	1	75	1	Escala Dicotómica					
				Sí/No					



	76	1	76	1	Escala Dicotómica				
					Si/No				
Edad de Inicio	77	1	77	1	Escala Dicotómica				
					Si/No				
Frecuencia de Consumo	78	1	78	1	Escala de Valoración				
					Solo de vez en cuando	Fumo casi todos los días	Varias veces a la semana	Fumo todos los días	Nunca

Para finalizar este apartado, es necesario comentar que los cuestionarios se aplicaron en las aulas del centro educativo objetivo de estudio, con la presencia del técnico de prevención, exclusivamente. De ese modo, el alumnado no se sentía observado ni coaccionado a la hora de responder honestamente a las cuestiones, debido a que, la persona que estaba en el aula no era docente del centro educativo, por lo que, no suministraría información a las familias. La principal preocupación del alumnado encuestado era que la familia supiera el resultado del cuestionario, ya que, muchas familias no sabían que sus hijos habían experimentado con drogas.

### 6.5.2. El grupo de discusión

El grupo de discusión, también denominado grupo focal, según Canales y Peinado (citado en Buendía, 1997) constituye un dispositivo que permite la reconstrucción del sentido social en el seno de una situación grupal discursiva.

*El grupo focal puede ser definido como:*

Un conjunto de "personas representativas", en calidad de informantes, organizadas alrededor de "una temática" propuesta por otra persona, en este caso "el investigador", quien además de seleccionarlos, coordina sus procesos de interacción, discusión y elaboración de acuerdos, en un mismo espacio y en un tiempo acotado. La interacción grupal que se produce en el encuentro promueve un aumento de las posibilidades de exploración y de generación espontánea de información. (Bertoldi, Fiorito, Álvarez, 2006, p. 115).

En esta misma línea, Colás, Buendía y Hernández (1998) lo definen como una técnica de investigación social que trabaja con el habla, descubriéndonos, a través de sus formas de lenguaje, dimensiones socioculturales y cognitivas. En función del objetivo de estudio así será la selección muestral, respondiendo más a criterios estructurales más que a criterios estadísticos.

El diseño y desarrollo del grupo de discusión debe seguir una serie de fases que posibilitan, la creación de un adecuado grupo. La estructura lógica consiste en:

captación o convocatoria del grupo, la composición de los grupos condicionará su producción discursiva, el espacio físico, la relación investigador-participantes, el registro de los textos producidos, la duración del grupo de discusión y la dinámica del grupo de discusión. (Op. Cit, 1998).

El grupo focal tiene como finalidad el propiciar en un mismo espacio distintos puntos de vista entre las personas participantes, ofreciendo información para lograr aportar información al objetivo de estudio.

En esta investigación, el grupo de discusión estaba compuesto por representantes de los distintos agentes implicados en el Programa de Prevención; es decir, familias, docentes y alumnado.

#### 6.5.1.1. *Diseño del grupo de discusión*

Para llevar a cabo este instrumento, de manera efectiva, se necesita planificar previamente el diseño de la sesión a realizar, teniendo en cuenta los objetivos de investigación, realizando las siguientes fases:

- Clarificar el objetivo del grupo de discusión.
- Programación del guión de la sesión.
- Elaboración de las preguntas estímulo.
- Selección de los participantes y tamaño del grupo.
  - Moderador.
  - Observador.
  - Informantes.
- Elección del recurso técnico adecuado para registrar la sesión
- Selección del espacio.
  - Duración de la sesión.
- Desarrollo de la sesión.
- Transcripción de las opiniones mantenidas en la sesión.
- Codificación de la transcripción de las opiniones vertidas en la sesión.

Los objetivos del grupo de discusión, por el cual se diseña y planifica este instrumento, quedan definidos del siguiente modo:

- Complementar las virtudes y flaquezas del Programa de Prevención.
- Enriquecer las propuestas de mejora que debe realizar el programa para adaptarse a las necesidades actuales de la población adolescente.

Para llevar a cabo este instrumento, como se ha comentado, se realizaron preguntas estímulo, en función de los 917 casos volcados en la base de datos, elaborando las siguientes cuestiones de interés para la sesión, recogidas en la tabla 6.5.

Tabla 6.5. Preguntas estímulo del grupo focal

	¿Qué aspectos del programa “Entre Todos” han producido en vosotros más movimiento interior para cambiar de opinión y para cambiar de comportamiento?
	El análisis cuantitativo evidencia que el programa favorece la maduración de la personalidad de vuestros hijos y vuestras hijas, de los docentes y de vosotros como familia. ¿Qué herramientas o actividades facilita esa maduración?
	¿Cómo el programa parece que es especialmente efectivo a la hora de sensibilizar sobre las características y riesgos del cannabis y sus derivados?
	En el programa no aparece recogido las tendencias adictivas en las tecnologías digitales (videojuegos, redes sociales, móvil, etc.) o denominadas “tecnoadicciones”, pero en las sesiones de familias si se aborda. ¿Debería de contemplar el programa?
	El programa debería contemplar en los primeros momentos, en las primeras etapas este tipo de informaciones de lo que suponen las redes sociales, la pérdida de intimidad, etc.?
	¿Habéis echado algo de menos en el programa aparte de las adicciones a las nuevas tecnologías?
	Como madres que acuden a las sesiones familiares, ¿cómo le transmitís a vuestras parejas la formación y las vivencias del programa?
	Vosotros alumnos, ¿observáis la misma sensibilidad al abordar el tema de la prevención de drogas en los compañeros que sus familias se implican en el programa, que en los que no acuden?
	Si valorásemos lo que personalmente ha ayudado el programa a cada uno de vosotros (mejorar vuestros estados emocionales, mejorar la comunicación familiar, etc.), ¿qué nota le pondríamos al programa de 0 a 10?

A continuación se especifican los datos relativos al moderador y observador, así como los informantes del grupo de discusión.

El moderador, en el grupo focal, tiene la misión de conducir de manera objetiva y clara las opiniones y discursos de los participantes, a través de la propuesta de cuestiones elaborada para facilitar el proceso. Del mismo modo, debe reconducir el grupo para que no se alejen en sus respuestas del tema tratado, permitiendo y facilitando los canales de comunicación por parte de todos los participantes. En este estudio, la labor de moderador fue desarrollada por un profesor del Departamento de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad de Granada.

El criterio seguido para la selección de los representantes de los diferentes grupos de informantes en el grupo de discusión, fue la participación activa en el Programa, durante los años de implantación.

En este sentido, en el caso del alumnado, se solicitó la colaboración voluntaria de aquellos alumnos que había iniciado el programa el curso en 1º de ESO y lo finalizaban en 4º, y durante la implantación se implicaban; por lo que participaron dos

alumno, un chico y una chica. En el caso de las familias, la selección se hizo a través de la asistencia permanente a todas las reuniones que planteaba el programa; en ese caso, asistieron voluntariamente cuatro madres. Los docentes seleccionados eran los cuatro tutores de los distintos niveles educativos que desarrollaban el programa con el alumnado. Además se sumaron como informantes clave el orientador del centro educativo, como representante del centro y coordinador del Programa en el centro educativo, así como, el técnico de prevención que había supervisado el programa en el centro de estudio durante sus años de implantación.

El papel de observador de la sesión, con el fin de supervisar que se cumplieran todos los patrones establecidos para realizar un grupo focal, fue llevada a cabo por un docente del propio centro educativo objeto de estudio.

Para el registro de las conversaciones mantenidas entre los informantes clave, se descartó la grabación de video, a petición de los interesados, por la posible coacción e intimidación de los participantes, ya que, podrían condicionar los resultados que se obtuviesen. Por lo tanto, se procedió a registrar el grupo a través de grabación de audio, recurso que permitía que las personas pudiesen expresarse libremente.

El espacio elegido para el desarrollo de la reunión fue la biblioteca del centro educativo, un lugar agradable y amplio que permitía la reunión de todos los participantes.

La duración de la sesión fue de una hora y media, para no desgastar al grupo, tiempo suficiente para todos los participantes pudiesen expresar sus opiniones referentes a las preguntas estímulo, comentadas anteriormente.

#### *6.5.1.2. Análisis del grupo de discusión*

Realizado el instrumento, se procedió a transcribir las conversaciones de la sesión (ver anexo 4), siendo posteriormente codificadas y analizadas mediante estrategias de análisis de contenido.

El procedimiento seguido para el análisis de la información recogida, fue el siguiente:

- Análisis del contenido de las opiniones expresadas.
- Registro de las categorías más frecuentes.
- Registro gráfico de la vertebración del mapa de categorías.

El análisis del contenido puede realizarse de forma cuantitativa o cualitativa en función a los fines que se persigan. Mientras que la primera se centra en la reducción de los mensajes a través de técnicas de codificación y a su objetivación mediante cálculos de frecuencias, la de corte cualitativo tiene como objetivo hacer emerger el

sentido de lo dicho y lo escrito sin aplicar categorías exteriores a la observación (Cabrera, 2009).

Se analizó minuciosamente las conversaciones que los participantes expusieron en el grupo de discusión, atribuyendo significados que construyan una realidad sobre el programa.

El análisis del contenido de forma cualitativa permite la posibilidad de beneficiarse de las ventajas del análisis cuantitativo a la vez que se desarrollan nuevas formas de análisis cualitativo (Abela, 2003), de forma que se apuesta por un procedimiento novedoso de claro corte cualitativo pero con técnicas ajustadas al contenido analizado.

En este sentido, se ha realizado un proceso de categorización para sistematizar la información, facilitando su análisis. Las categorías han sido elaboradas a través de un procedimiento inductivo. De modo, que cada una de las categorías han ido cobrando sentido en función al crecimiento del propio contenido. El procedimiento de análisis de contenido cualitativo desarrollado a través de categorías inductivas parte del interés por el desarrollo de categorías tan cerca como sea posible del material a interpretar (Abela, 2003), acercando lo máximo posible la agrupación del contenido con el documento obtenido del grupo de discusión.

La delimitación de las categorías se basa en una clara intención de determinar si los logros del Programa satisfacen las necesidades de los participantes, a la vez que alumbran las posibles mejoras a introducir. La adjudicación de códigos responde a una cuestión de practicidad para introducir los datos en un programa informático de análisis cualitativo.

#### - ASPECTOS QUE MANTIENEN LA EFICACIA DEL PROGRAMA

- REFLEXIÓN PERSONAL (RP): se refiere a las reflexiones personales que plantean los agentes implicados en el programa (familia, docentes y alumnado) sobre el propio programa. Se subdivide en:
  - REFLEXIÓN PERSONAL DE ALUMANDO CON CAMBIO DE ACTITUD (RPAC)
  - REFLEXIÓN PERSONAL DEL ALUMNADO SIN CAMBIO DE ACTITUD (RPAI)
  - REFLEXIÓN PERSONAL DE FAMILIA CON CAMBIO DE ACTIUD (RPPC)
  - REFLEXIÓN PERSONAL DE FAMILIA SIN CAMBIO DE ACTIUD (RPPI)

- REFLEXIÓN PERSONAL DE DOCENES CON CAMBIO DE ACTITUD (RPDC)
- REFLEXIÓN PERSONAL DE DOCENTES SIN CAMBIO DE ACTITUD (RPDI)
- INFORMACIÓN SOBRE SUSTANCIAS (IS): Se refiere a comentarios explícitos sobre el conocimiento de las adicciones. Se subdivide en:
  - INFORMACIÓN SOBRE SUSTANCIAS ALUMANDO (ISA)
  - INFORMACIÓN SOBRE SUSTANCIAS FAMILIAS (ISP)
  - INFORMACIÓN SOBRE SUSTANCIAS DOCENTES (ISD)
- COMUNICACIÓN FAMILIAR (CF): Hace referencia a actividades familiares que han propiciado el mejoramiento de la comunicación familiar derivada de los efectos formativos del programa. Se subdividen:
  - COMUNICACIÓN FAMILIAR DOCENTES (CFD)
  - COMUNICACIÓN FAMILIAR ALUMNADO (CFA)
  - COMUNICACIÓN FAMILIAR FAMILIA (CFP)
- MADURACIÓN FAMILIAR (MF): Se refiere a los comentarios realizados tras el aprendizaje en las sesiones tanto individuales de las familias como de familias e hijos/as. Se subdivide:
  - MADURACIÓN FAMILIAR EXPRESADA POR LOS DOCENTES (MFD)
  - MADURACIÓN FAMILIAR EXPRESADA POR LAS FAMILIAS (MFP)
  - MADURACIÓN FAMILIAR EXPRESADA POR EL ALUMANDO (MFA)
- RELACIONES INTERFAMILIARES (RI): Hace alusión al clima de comunicación y respeto que se crea en las sesiones con las familias donde “todos aprenden de todos”. Hace referencia a los lazos de unión creados y a los espacios de reflexión familiares para solucionar la problemática de sus hijos e hijas en el hogar. Se subdivide en:
  - RELACIONES INTERFAMILIARES QUE MEJORAN EL CLIMA DE COMUNICACIÓN (RIC)
  - RELACIONES INTERFAMILIARES REFERIDAS A LOS APRENDIZAJES PRODUCIDOS (RIA)
  - RELACIONES INTERFAMILIARES REFERIDAS A LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (RIP)

- HERRAMIENTAS (H): Hace referencia a la valoración favorable hacia los frutos de las acciones y actividades que se realizan dentro del programa (autoestima, mejora de habilidades sociales, etc.). Se subdivide en:
  - HERRAMIENTAS FRUTO DE LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL PROGRAMA DE FAMILIAS (HFP)
  - HERRAMIENTAS FRUTO DE LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL PROGRAMA DEL ALUMNADO (HFA)
- EFICACIA DEL TÉCNICO/A DE PREVENCIÓN (ET): Comentarios acerca de las habilidades del técnico/a de prevención en relación directa al buen funcionamiento del programa. Se subdivide en:
  - EFICACIA DEL TÉCNICO/A REFLEJADO POR LAS FAMILIAS (ETP)
  - EFICACIA DEL TÉCNICO/A REFLEJADO POR EL ALUMNADO (ETA)
  - EFICACIA DEL TÉCNICO/A REFLEJADO POR LOS DOCENTES (ETD)
- ASPECTOS REFERIDOS AL MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA
  - MEJORAS A INTRODUCIR EN EL PROGRAMA: hace referencia a las propuestas creativas emanadas de la reflexión de los actores del programa para optimizar su organización interna, su funcionamiento y sus resultados. Se subdivide en:
    - + MEJORAS EN LA INCLUSIÓN DE CONTENIDOS EN EL PROGRAMA (MJIC), se clasifican en tres:
      - Mejoras en la inclusión de contenidos por parte del alumnado (MJICA)
      - Mejoras en la inclusión de contenidos por parte de los docentes (MJICD)
      - Mejoras en la inclusión de contenidos por parte de las familias (MJICP)
    - + MEJORAS ORGANIZATIVAS EN EL PROGRAMA DE SESIONES CONJUNTAS (MJO), divididas en:
      - Mejoras organizativas introducidas por las familias (MJOP)
      - Mejoras organizativas introducidas por los docentes (MJOD)

- Mejoras organizativas introducidas por el alumnado (MJOA)
- + MEJORAS FUNCIONALES A INTRODUCIR EN EL PROGRAMA CAMBIANDO DINÁMICAS DENTRO DE LAS SESIONES CONJUNTAS (MJF), divididas en tres categorías:
  - Mejoras funcionales a incluir en el programa, aportadas por el alumnado (MJFA)
  - Mejoras funcionales a incluir en el programa, aportadas por los docentes (MJFD)
  - Mejoras funcionales a incluir en el programa, aportadas por la familia (MJFP)

La codificación y presentación de los resultados, se apoya en la distribución del contenido en categorías inductivas que han sido organizadas con la ayuda del programa de análisis de datos cualitativos NVIVO v.10.

## **6.6. Población y Muestra participante**

La investigación que se desarrolló establece como grupos informantes para dar respuesta a las finalidades planteadas a cuatro colectivos: alumnado, familias, docentes y técnico de prevención. Para cada colectivo, se utiliza un instrumento de recogida de información diferente.

### **6.6.1. Alumnado participante**

Los discentes participantes en la investigación, pertenecen al Centro Santísima Trinidad-Trinitarios, de Córdoba capital, centrándose en los niveles de 1º a 4º de ESO de los cursos académicos 2006/2007 hasta 2009/2010.

Como se ha comentado anteriormente, se eligió este centro por implantar con mayor rigor el Programa de Prevención, sin realizar modificaciones ni adaptaciones durante el proceso de investigación.

Además, en este estudio población y muestra son coincidentes, debido a que, la población objeto de estudio es el alumnado matriculado en el centro en los niveles de 1º a 4º de ESO. Del mismo modo, la muestra elegida es el 100% del alumnado de Educación Secundaria Obligatoria que cursa estudios en este centro; ya que este estudio no selecciona alumnado como grupo control.

El instrumento elegido para obtener información por parte del alumnado fue el cuestionario (tabla 6.6).



Tabla 6.6. División de la población objeto de muestra

AÑO ACADÉMICO	CURSO	CUESTIONARIO PRE	CUESTIONARIO POST	TOTAL
2006/2007	1º ESO	26	26	52
	2º ESO	30	24	54
	3º ESO	23	20	43
	4º ESO	14	14	28
<b>Total por curso</b>		<b>93</b>	<b>84</b>	<b>177</b>
2007/2008	1º ESO	28	28	56
	2º ESO	23	23	46
	3º ESO	23	23	46
	4º ESO	20	20	40
<b>Total por curso</b>		<b>94</b>	<b>94</b>	<b>188</b>
2008/2009	1º ESO	29	25	54
	2º ESO	29	25	54
	3º ESO	20	20	40
	4º ESO	18	18	36
<b>Total por curso</b>		<b>96</b>	<b>88</b>	<b>184</b>
2009/2010	1º ESO	54	52	106
	2º ESO	47	28	75
	3º ESO	47	45	92
	4º ESO	48	47	95
<b>Total por curso</b>		<b>196</b>	<b>172</b>	<b>368</b>
<b>Total</b>		<b>917 cuestionarios</b>		

El número total de participantes es de 917 cuestionarios, divididos en cuatro cursos académicos, iniciándose la investigación en 2006/2007 hasta 2009/2010; analizando los cuatro niveles educativos que componen la Educación Secundaria Obligatoria.

### 6.6.2. Docentes y familias colaboradores

El siguiente grupo de población del que se nutre la investigación, reside en los docentes y en las familias participantes.

La población docente elegida, han sido los docentes-tutores que impartían clase en ESO. En este caso, el total de docentes era de cuatro, uno por cada nivel educativo; por lo que la población y la muestra son coincidentes al 100%. En este caso, el instrumento utilizado para recabar información sobre la evaluación del programa, ha sido a través del grupo de discusión.

Por su parte, las familias intervinientes, son las personas que han desarrollado el Programa en el seno familiar, aplicando lo aprendido en el centro. Las personas elegidas han participado activamente en el Programa desde su implantación inicial, manteniendo su implicación en el desarrollo del mismo. En este caso, el número total de familias ha sido de cuatro. Sus opiniones han sido muy valiosas para completar los resultados aportados por los cuestionarios, y así conseguir el objetivo de investigación planteado.

### **6.6.3. Técnico de prevención ayudante**

El técnico de prevención, es el último grupo informante de donde se nutre esta investigación. En este caso, era la única persona que conformaba el equipo técnico de proyecto Hombre Córdoba, por lo que nuevamente población y muestra coinciden.

Las consideraciones de esta persona son imprescindibles para poder analizar las virtudes y flaquezas del Programa. Como se ha relatado anteriormente, en este caso investigador y técnico, son coincidentes. El fin de la participación del técnico de prevención, a través del grupo de discusión, permite aportar puntos de vista diferentes sobre el proceso de implantación del Programa.

## **6.7. Análisis e Interpretación de Datos**

Una etapa fundamental en el proceso de investigación y, más concretamente en esta fase del estudio, posterior a la recogida de información una vez aplicadas las herramientas de recogida de información es la agrupación de los datos recogidos referentes a cada variable del estudio, y su posterior análisis, en una base de datos específica. Esta etapa está conformada principalmente por dos fases previas al tratamiento estadístico de los datos en función de las premisas planteadas: la *corrección* (Cohen y Manion, 1990) y la *codificación* (Visauta, 1989).

La corrección supone para el investigador comprobar los errores que puedan haberse cometido a la hora de contestar a las diferentes preguntas por parte de los encuestados, así como posibles errores de transcripción que el encuestador pudiese haber cometido a la hora de confeccionar la base de datos de las respuestas.

Por otra parte, la codificación consiste en transformar los datos del cuestionario en símbolos ordinariamente numéricos (Del Rincón et al., 1995). Para ello, se da un número a cada pregunta y a cada una de las alternativas, de modo que puedan ser identificadas y clasificadas en categorías con el objetivo de extraer conclusiones una vez fueron sometidas a análisis. Esta segunda fase suele completarse con la depuración de la base de datos (o matriz) de modo que se subsanen los posibles errores cometidos en la codificación.

El instrumento básico empleado, el cuestionario, con escala de valoración según el nivel educativo, destinado al alumnado del centro educativo objeto de estudio, compuesto por preguntas cerradas que se codificaron con facilidad conforme al proceso de descripción del propio cuestionario.

El número total de cuestionarios recogidos ascendió a 917, por lo que la cantidad de respuestas a analizar procedentes de este instrumento, dividido pre-test y post-test, de cada curso académico a investigar.

Una vez fueron codificados los datos, se informatizaron y se depuraron. Para el análisis de la información obtenida, de naturaleza cuantitativa, se ha precisado de técnicas estadísticas diferenciadas, no excluyentes y sí complementarias.

El estudio de datos cuantitativos tiende a cuantificar los fenómenos con el fin de constatar relaciones y explicaciones causales para su generalización, justificando y contrastando hipótesis. Por esta razón se procedió, en primer lugar, a realizar un estudio descriptivo de las diferentes variables con el objeto de descubrir irregularidades o características existentes en este conjunto de datos, así como para su organización interna. Se comienza a explorar los datos de cada variable cuantitativa, calculando su distribución de frecuencias, para continuar con la explicación de cómo han sido distribuidas las variables escalares a través del empleo de estadísticos de tendencia central como la media y medidas de dispersión como la desviación típica, todo ello adaptado a la naturaleza de estas variables.

En segundo lugar, y en función de los objetivos formulados se realizó, a partir de muestras representativas y su posterior generalización, un análisis comparativo o inferencial de estos datos a través de pruebas de significación como la t de Student y análisis de la varianza (ANOVA), a partir del tipo de variable considerada. Realizado este análisis inferencial y una vez verificada la existencia de esas diferencias, se procedió a identificar en qué grupos se han producido, en el caso de los Análisis de Varianza. Para ello y al no tener una idea previa sobre ellas, se han utilizado contrastes no planeados o post-hoc, debido a la amplitud de los grupos y a la máxima reducción de errores posibles. De entre todas las pruebas existentes se ha empleado es la prueba de Tukey, debido a que no trabaja con grupos equilibrados y varianzas similares, haciendo todas las comparaciones posibles entre los grupos en los cuáles queda categorizada cada variable de clasificación.

Por otro lado, la información recogida de carácter cualitativo ha sido categorizada atendiendo a criterios teóricos de clasificación, codificando numéricamente los mismos e incorporando los resultados de este procedimiento en la base de datos de carácter general para su posterior tratamiento. Esta información consiste en una serie de elaboraciones descriptivas con una enorme carga polisémica (“muestran y ocultan significados”, Gil Flores, 1994, p. 29) específicas de un contexto y un momento determinados, muy densas en cuanto a la información que aportan y que requieren de una escasa instrumentación para su recolección. Se asume, por tanto, su

condición de datos cualitativos en forma textual que según Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez (1996, p. 21) “aluden a la comprensión de la acción social y sus efectos (...) no traducibles en términos matemáticos y no sujetos a inferencia estadística”.

Lo que se trata de obtener con esta información es explorar, describir y analizar patrones funcionales y sociales dentro de la labor de la orientación educativa.

Analizar estos referentes desde la perspectiva del análisis de contenido, supone “reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar la información con el fin de obtener una visión lo más completa posible de la realidad objeto de estudio” (Pérez Serrano, 1998, 102). Se asume, por tanto, como un proceso sistemático y ordenado que en palabras de Colás Bravo (1992, p. 535), “resulta arduo y complejo debido a la gran amplitud de información con la que se trabaja, la diversidad y apertura de los datos y la inexistencia de guías procedimentales precisas y concretas”.

Como procedimientos de análisis de datos cualitativos, Bartolomé (1990, p. 15), destaca “los protocolos de observación estandarizados, tipologías, comparaciones constantes, inducción analítica y análisis de contenido”. Esta última técnica, el análisis de contenido, responde al carácter que tiene el ser humano de indagación y de descubrimiento, el más allá de la información textual, por lo que se centra en buscar dentro de las distintas locuciones humanas aquellas particularidades del lenguaje que aporten significados intersubjetivos característicos de sus sistemas de comunicación. Se trata de obtener registros de ese contenido para inferir una serie de conclusiones que respondan a una serie de hipótesis preestablecidas y unas teorías de partida.

La codificación de los datos cuantitativos obtenidos, a través del cuestionario, se realizó a través del programa estadístico SPSS, versión 20.0. Dicho soporte permite implementar un gran amplio abanico de pruebas estadísticas, comentadas anteriormente.

Sin embargo, para los resultados de los datos cualitativos, a través del grupo de discusión, se analizaron gracias a la herramienta N-vivo, versión 10, que permite analizar, explorar, visualizar patrones, y justificar conclusiones rigurosas, a tenor de los datos registrados.

## **CAPÍTULO VII: RESULTADOS OBTENIDOS ANÁLISIS CUANTITATIVO**

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación cuantitativa del conjunto de los datos descriptivos obtenidos del análisis realizado a partir de los cuestionarios del alumnado donde se ha implantado el Programa de Prevención Universal y Escolar “*Entre Todos*”, en los niveles educativos de 1º a 4º de ESO.

Al presentar este análisis se pretende dibujar una visión global del programa “*Entre Todos*”, por parte del alumnado implicado durante cuatro cursos académicos, iniciándose en 2006/2007 hasta 2009/2010.

Los cuestionarios presentados al alumnado constan de un pre, antes de realizar la intervención y un post, finalizado dicha implantación.

A lo largo del análisis descriptivo para agilizar la comprensión se procederá a unificar dimensiones que plantean relaciones directas para presentar los resultados obtenidos.

### **7.1. Curso académico 2006/2007**

#### **7.1.1. 1º Educación Secundaria Obligatoria**

Los resultados más destacados del análisis estadístico del curso académico 2006/2007, año de inicio de esta investigación, se analizarán por dimensiones, destacando lo más significativo.

Atendiendo a la dimensión 1 de Estado de opinión sobre el consumo de drogas en el alumnado de 1º de ESO, se destacan los ítems 1, 4, 6 y 8, donde en el primer año del programa el alumnado se hace consciente de la nocividad de sustancias como el tabaco y el cannabis; debido a que, sus respuestas ante las afirmaciones de estos ítems al finalizar la implementación del programa provoca una disminución en el porcentaje de respuesta. Por lo que, un porcentaje de alumnado que ha finalizado el programa se da cuenta de las consecuencias del consumo de sustancias como tabaco y cannabis.

Tabla 7.1. Estado de opinión sobre el consumo en el alumnado de 1º ESO, curso 06/07

Nº ítem	Dim. 1: Opinión consumo	Verdadero		Falso		No sé		X <sup>2</sup>	p	N						
		pre		post		pre					post					
		f	%	f	%	f	%				f	%				
1	Fumar Tb perjudica la salud	1	4,0	2	7,7	23	92,0	23	88,5	1	4,0	1	3,8	0,981	0,612	51
2	El Tb produce adicción	2	8,0	2	7,7	19	76,0	21	80,8	4	16,0	3	11,5	11,133	0,568	50
3	El humo del Tb perjudica a no fumadores	0	0	1	3,8	20	80,0	21	80,8	5	20,0	4	15,4	00,005	0,945	51
4	El consumo de Tb disminuye la resistencia física	2	8,0	2	7,7	18	72,0	18	69,2	5	20,0	6	23,1	0,047	0,828	51
5	Cnb perjudica a la salud	2	8,0	1	3,8	19	76,0	20	76,9	4	16,0	5	19,2	0,171	0,679	51
6	Cnb produce adicción	1	4,0	1	3,8	17	68,0	16	61,5	7	28,0	9	34,6	0,233	0,629	51
7	Cnb – función cerebral y - SNC	1	4,0	1	3,8	16	64,0	17	65,4	8	32,0	8	30,8	0,001	0,980	49
8	Cnb produce trastornos vasculares	1	4,0	2	53,8	15	60,0	14	7,7	9	36,0	10	38,5	22,816	0,245	51

Sin embargo, los datos muestran como contrapartida los ítems 2, 3, 5 y 7, cuestiones que el programa no ha conseguido disuadir al alumnado sobre sus pensamientos acerca del consumo de sustancias legales (tabaco) o ilegales (cannabis), donde su valoración hacia las afirmaciones es falsa. Es decir, el alumnado refuerza la idea que una sustancia legal como el tabaco no genera consecuencias en la persona que lo consume; incluyendo en esta forma de pensar a sustancias ilegales como el cannabis.

Desde la experiencia acumulada, los resultados hacen vislumbrar que el programa en su primer año de implantación no ha conseguido hacer cambiar de opinión al alumnado sobre la nocividad del consumo de drogas tanto legales como ilegales. Por lo que se observa que la percepción de riesgo en torno sustancias como el tabaco y el cannabis es muy baja en este alumnado. La tabla 7.2, presenta las dimensiones relativas a los hábitos de consumo, la edad de inicio y la frecuencia del consumo. Dimensiones muy relacionadas entre sí para poder comprender el patrón de consumo del alumnado de 1º de ESO.

Tabla 7.2. Hábitos del consumo, edad de inicio, frecuencia del consumo y aspecto social del consumo del alumnado de 1º de ESO, curso 06/07

Nº Ítem	Dim. 2: Hábitos de consumo	Si				No				x <sup>2</sup>	p	N				
		pre		post		pre		post								
		f	%	f	%	f	%	f	%							
12	Probar Cnb alguna vez	0	0	0	0	25	100,0	26	100,0	-	-	51				
Nº Ítem	Dim. 3: Edad de Inicio	9-11 años		12-15 años		Nunca		x <sup>2</sup>	p	N						
		pre		post		pre					post					
		f	%	f	%	f	%				f	%				
10	inicio Tb	4	16,0	2	7,7	0	0	6	23,1	21	84,0	18	69,2	<b>66,880</b>	<b>0,032</b>	<b>51</b>
14	inicio Cnb	0	0	0	0	0	0	0	0	25	100,0	26	100,0	-	-	51
Nº Ítem	Dim. 4: Frecuencia consumo	Si				No				x <sup>2</sup>	p	N				
		pre		post		pre		post								
		f	%	f	%	f	%	f	%							
9	Fumas 1 cigarro a la semana	4	16,0	1	3,8	21	84,0	25	96,2	22,129	0,145	51				
13	Fumas 1 porro a la semana	0	0	0	0	25	100,0	26	100,0	-	-	51				
Nº Ítem	Dim. 5: Aspecto social del consumo	Si				No				x <sup>2</sup>	p	N				
		pre		post		pre		post								
		f	%	f	%	f	%	f	%							
11	Amistades consu. Tb	12	48,0	16	61,5	13	52,0	10	38,5	0,481	0,488	51				
15	Amistades consu. Cnb	2	8,0	4	15,4	23	92,0	22	84,6	0,180	0,671	51				

Se destaca muy positivamente el dato referido a que el alumnado de 1º de ESO no ha experimentado el consumo de cannabis a la edad de 12 años. Sin embargo, el programa advirtió que al comienzo de la intervención el alumnado nunca había probado tabaco en un 84,0%, pero después de la misma, disminuye el porcentaje a un 69,2%. De dichos datos se deduce, que al finalizar el programa un 23,1 % del alumnado había experimentado con el consumo de tabaco en el intervalo de 12 a 15 años.

La figura 7.1, resume la edad de inicio en el consumo de tabaco, en la que el programa hace hincapié en la edad de 12 años; ya que, al inicio del mismo no se iniciaron, pero al finalizarlo el 25% del alumnado encuestado se había iniciado en el consumo de tabaco.

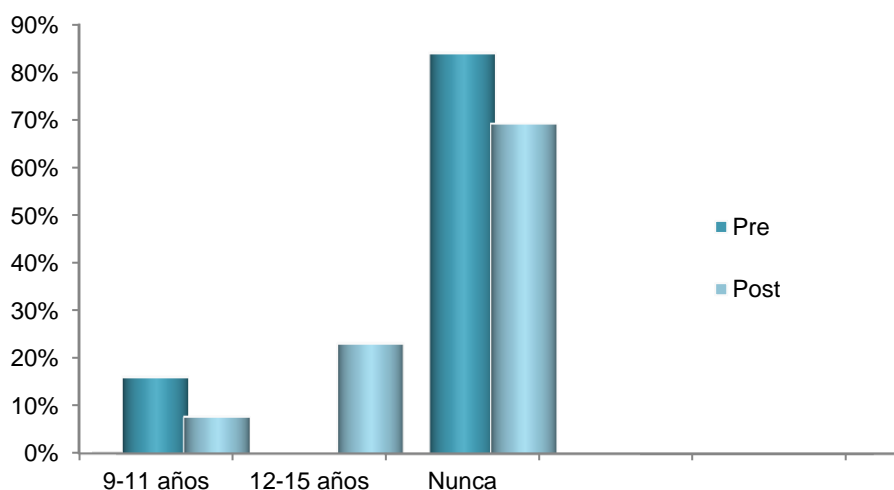


Figura 7.1. Edad de inicio en el consumo de tabaco en 1º de ESO, curso 06-07

En el apartado relativo al abordaje e implementación de los programas de prevención, se constata que los cuestionarios finales se pasan en los centros educativos por el mes de mayo; mes de muchas fiestas en la ciudad, circunstancia que provoca la oportunidad de experimentar el consumo de sustancias para cumplir la función principal en la adolescencia de buscar sensaciones nuevas, sentirse adultos y ser aceptados en el grupo de iguales. Esta situación explicaría en gran medida el aumento en el consumo de tabaco pasada la implementación de programa de prevención.

Atendiendo a la dimensión 4, Frecuencia de consumo, en el tabla 7.2, se destaca que el alumnado ha experimentado el consumo de tabaco en el intervalo de edad de 12 a 15 años, pero no mantienen la frecuencia de su consumo. Es decir, el alumnado no considera su consumo una dependencia, argumentan que únicamente probaron, y continúan el consumo en un porcentaje mínimo. Con respecto a la frecuencia en el consumo de cannabis, no han experimentado ni consumen de manera habitual.

La última dimensión a considerar a la hora de abordar estrategias de prevención en los centros educativos es la relacionada con el aspecto social, la tabla 7.2, muestra que el 61,5% de alumnos y alumnas finalizado el primer curso de implantación del programa de prevención tienen amistades consumidoras de tabaco. Sin embargo, existen a la edad de 12 años un porcentaje de amigos y amigos no consumidores de cannabis.

Por consiguiente, el aumento del porcentaje de amistades consumidoras puede deberse a la influencia del grupo de iguales con los que comparten el tiempo de ocio,



que no se encuentran bajo la influencia del programa, situación que provocaría inercias neutralizadoras hacia el propio programa.

Aplicada la prueba de ji-cuadrado ( $n.s. = 0,005$ ), los resultados de las tablas 7.1 y 7.2, muestran que hay diferencias significativas entre el pre-test y el post-test ( $p = 0,032$ ), en referencia a la edad de inicio en el consumo de tabaco. Concretamente, las diferencias se observan finalizado el programa, donde el alumnado pasa de no iniciarse en el consumo en el intervalo de 12-15 años, a un 23,1%. Estos datos refuerzan la idea de que el programa debe hacer énfasis en analizar los factores de riesgo y protección relacionados con el grupo de iguales, junto con las actividades de ocio y tiempo libre que realizan los adolescentes. Debido a que, reflexionando sobre sus propios factores de riesgo o protección, tienen mayor predisposición a iniciarse en el consumo o no.

### **7.1.2. 2º de Educación Secundaria Obligatoria**

Con respecto a la Dimensión 1: Estado de opinión sobre el consumo, se destacan los ítems 22, 23, 24 de la 16, 20, 21, tabla 7.3; en ellos se refleja que en la comparación antes y después de la implantación del programa en el alumnado de 2º de ESO en el curso académico 06/07, finalizada la intervención aumenta la opción de respuesta en la variable verdadero. Este hecho hace reflejar, que el programa anual ha conseguido concienciar al alumnado sobre los efectos del consumo de sustancias que se han trabajado durante la intervención, siendo estas el alcohol y cannabis.

Sin embargo, como contrapartida los ítems 17, 18, 19 no han conseguido disuadir al alumnado sobre sus pensamientos y opiniones acerca del consumo de sustancias legales (alcohol) o ilegales (cannabis).

Estos resultados hacen vislumbrar que el programa en su implantación de 2º de ESO debe hacer más hincapié en abordar la percepción de riesgo del alumnado en sustancias como el alcohol, ya que, no consideran que su consumo sea problemático y genere dificultades para su vida. Un tema muy preocupante derivado de la legislación vigente sobre el alcohol que permite beber en los lugares acotados al efecto denominados “botellódromos”.

Tabla 7.3. Estado de opinión sobre el consumo de alcohol y cannabis del alumnado de 2º ESO, curso 06/07

Nº ítem	Dim.1: Estado de opinión sobre el consumo	Verdadero		Falso		No sé		X <sup>2</sup>	p	N						
		pre		post		pre					post					
		f	%	f	%	f	%				f	%				
16	Beber Alc perjudica salud	2	6,7	2	8,3	28	93,3	22	91,7	0	0	0	0	0,054	0,816	54
17	El Alc = adicción	4	13,3	3	12,5	22	73,3	20	83,3	4	13,3	1	4,2	3,471	0,176	54
18	Persona bebe mucho Alc = problemas	2	6,7	1	4,2	28	93,3	23	95,8	0	0	0	0	0,159	0,690	54
19	Necesario beber Alc= pasarlo bien amistades	21	70,0	17	70,8	6	20,0	4	16,7	3	10,0	3	12,5	2,792	0,248	54
20	Consumo de Cnb = perjudica salud	2	6,7	2	8,3	28	93,3	22	91,7	0	0	0	0	0,054	0,816	54
21	Cnb = legal	23	76,7	21	87,5	4	13,3	1	4,2	3	10,0	2	8,3	4,185	0,123	54
22	Cnb =adicción	1	3,3	1	4,2	25	83,3	21	87,5	4	13,3	2	8,3	4,740	0,093	54
23	Cnb - funcionamiento cerebral y - SNC	0	0	1	4,2	21	70,0	19	79,2	9	30,0	4	16,6	<b>13,601</b>	<b>0,001</b>	54
24	Cnb produce trastornos circulatorios y del corazón	2	6,7	2	58,3	12	40,0	14	8,3	16	53,3	8	33,3	<b>21,081</b>	<b>0,000</b>	54

En la tabla 7.4, se recogen los datos relativos a los hábitos de consumo, la edad de inicio, la frecuencia del consumo y el aspecto social que se deriva de dicho consumo. Por tanto, la tabla 7.4, refleja que los hábitos del consumo del alumnado de este nivel educativo, son principalmente el ingerir alcohol, tanto antes como después de la intervención, los y las jóvenes opinan que el alcohol no genera problemas porque además es legal.

Por lo tanto, el programa no ha conseguido disminuir el consumo de una sustancia legal como el alcohol. La edad de inicio en el consumo de alcohol se sitúa en el intervalo de 9-11 años con un porcentaje de 56,7%, en pre y 58,3% en post.

Tabla 7.4. Dimensiones hábitos de consumo, edad de inicio, frecuencia y aspecto social del consumo en el alumnado de 2º ESO, curso 06/07

Nº Ítem	Dimen. 2: Hábitos de consumo	Si		No		X <sup>2</sup>	p	N				
		pre	post	pre	post							
		f %	f %	f %	f %							
25	Probado Alc alguna vez	22 73,3	20 83,3	8 26,7	4 16,7	0,771	0,380	54				
30	Probado Cnb alguna vez	4 13,3	1 4,2	26 86,7	23 95,8	1,333	0,248	54				
Nº Ítem	Dimen. 3: Edad de Inicio	6-8 años		9-11 años		12-15 años		Nunca		X <sup>2</sup>	p	N
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post			
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %			
28	Edad inicio Alc	0 0	0 0	17 56,7	14 58,3	4 13,3	6 25,0	9 30,0	4 16,7	1,971	0,373	54
33	Edad inicio Cnb	1 3,3	0 0	3 10,0	1 4,2	0 0	0 0	26 86,7	23 95,8	1,333	0,248	54
Nº ítem	Dimen. 4: Frecuencia del consumo	Si		No		X <sup>2</sup>	p	N				
		pre	post	pre	post							
		f %	f %	f %	f %							
26	Bebes Alc 1 vez a la semana	3 10,0	4 16,7	27 90,0	20 83,3	0,525	0,469	54				
27	Bebes Alc 1 vez al mes	10 33,3	10 41,7	20 66,7	14 58,3	0,397	0,529	54				
31	Fumas Cnb 1 vez a la semana	0 0	0 0	30 100,0	24 100,0	-	-	54				
32	Fumas Cnb 1 vez al mes	0 0	0 0	30 100,0	24 100,0	-	-	54				
Nº Ítem	Dimen. 5: Aspecto social del consumo	Si		No		X <sup>2</sup>	p	N				
		pre	post	pre	Post							
		f %	f %	f %	f %							
29	Amistades consumen Alc	24 80,0	21 87,5	6 20,0	3 12,5	0,540	0,462	54				
34	Amistades consumen Cnb	12 40,0	8 33,3	18 60,0	16 66,7	0,254	0,614	54				

De esta manera, debe evitarse realizar los cuestionarios post-test en fechas cercanas al mes de mayo en Córdoba, ya que el calendario festivo permite la experimentación de drogas legales, en personas que antes de la intervención no consumían, por la presión social del grupo de iguales.

Por otro lado, se destaca que la mayoría del alumnado de 2º ESO presenta una ausencia de hábito de consumo en la experimentación de cannabis, con porcentajes del 86,7% en el pre-test y el 95,8% en el post-test.

Las figuras 7.2 y 7.3, reflejan la edad de inicio en el consumo de alcohol y cannabis respectivamente.

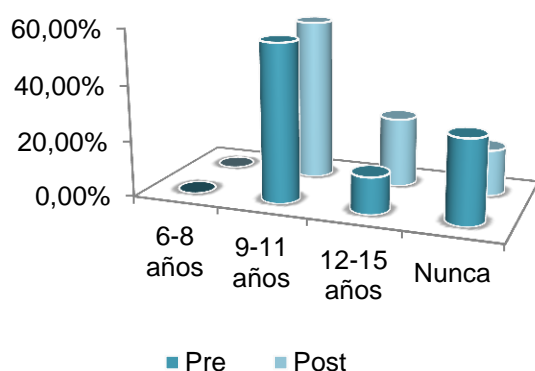


Figura 7.2. Edad de inicio en el consumo de alcohol 2º ESO, curso 06/07

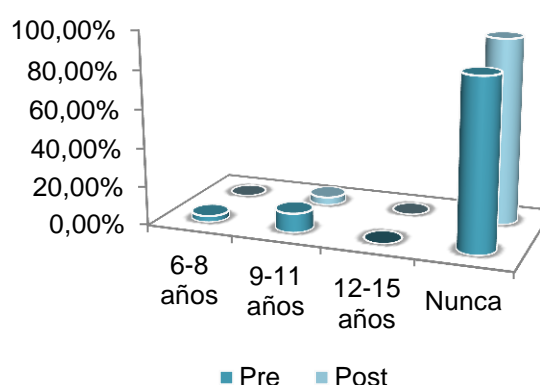


Figura 7.3. Edad de inicio en el consumo de cannabis en 2º ESO curso 06/07

Se puede apreciar en el figura 7.3, la existencia de una minoría de alumnos y alumnas que se han iniciado su consumo de cannabis en el intervalo de edad de 9-11 años, situación que por el momento no resulta significativo, debido a que, solo han experimentado y no mantienen el consumo. Contrastando este dato con la frecuencia del consumo de cannabis. Se constata que los alumnos y las alumnas de 2º ESO solo han experimentado el consumo de cannabis pero no mantienen su consumo de forma ni ocasional ni habitual, solo cumplían con el patrón de búsqueda de sensaciones derivada de su etapa evolutiva de la adolescencia.

Relacionando los hábitos de consumo, la edad de inicio y la frecuencia en el consumo de alcohol, la tabla 7.4, muestra que la mayoría del alumnado encuestado (90,0% en pre y 83,3% en post) no bebe ningún tipo de alcohol de forma semanal. Sin embargo, al ampliar la cuestión hacia el consumo mensual de esta sustancia, el alumnado encuestado que no consume mensualmente disminuye con respecto al ítem anterior, en un porcentaje del 24,0% aproximadamente (66,7% en pre y 58,3% en post). Por lo que, estas cifras muestran que el 33,0% en pre y el 41,7% en post-test, reconocen consumir alcohol mensualmente; valores bastante altos, teniendo en cuenta

que estamos hablando de alumnado de 12-13 años que consumen mensualmente para divertirse.

Esta situación indica que el alumnado sigue sin considerar al alcohol como una droga generadora de problemas futuros, por lo que su percepción de riesgo ante esta sustancia legal es muy baja. Por lo tanto, el programa debe hacer frente al tratamiento del riesgo derivado del consumo de alcohol.

La última dimensión del cuestionario del nivel educativo de 2º ESO relativa al aspecto social del consumo de alcohol y cannabis recogido en la tabla 7.4, presenta el aumento en el número de amigos y amigas consumidores de alcohol antes y después de la intervención, pasando de un 80,0% en pre a un 87,5% en post. Sin embargo, disminuye el número de amigos y amigas consumidores de cannabis, situándose de un 40% en pre a un 33,3% en post.

El valor de p para los ítems del cuestionario de 2º de ESO en el curso 2006/2007, una vez aplicada la prueba de ji cuadrado (n.s.) entre los grupos pres-test y post-test, señala diferencias significativas en los siguientes ítems:

- En cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del Sistema Nervioso Central ( $p= 0,007$ ), donde finalizado el programa el alumnado aumenta su porcentaje de respuesta en la opción *Falso*.
- El cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón ( $p= 0,000$ ). En este caso, la intención de respuesta aumenta terminado el programa en considerar verdadera la afirmación de que el cannabis produce trastornos circulatorios.

Estos datos confirman que el programa debe hacer hincapié en desmitificar falsas concepciones sobre el consumo de sustancias ilegales como el cannabis, para poder favorecer el desarrollo de una personalidad autónoma, crítica y libre de drogas.

### **7.1.3. 3º Educación Secundaria Obligatoria**

En el segundo ciclo educativo de Educación Secundaria, las dimensiones del cuestionario varían con respecto al primer ciclo. Se considera que el nivel de maduración y de toma de decisiones ya se encuentra instaurado en el alumnado de 14-15 años. Por lo tanto, las cuestiones giran en torno a la influencia de los medios de comunicación, las vivencias que tienen en el centro educativo, las opiniones que realizan sobre la familia, la percepción que poseen de sí mismos. Las dimensiones que se relacionan en ambos ciclos son: hábitos de consumo, edad de inicio y frecuencia del consumo.

La primera dimensión que se observa en la tabla 7.5, hace referencia a la influencia de los medios de comunicación, donde el ítem 35 presenta que el 34,5% en pre y el 50,0% en post, los medios de comunicación influyen en las decisiones que los y las jóvenes toman a diario. De igual modo, el ítem 36 con un 17,4% en pre y 44,4% en post, consideran que para ser autónomos, los adolescentes deben estar pendientes de los medios de comunicación pero analizando críticamente todo aquello que nos presentan.

Tabla 7.5. Influencia Medios de Comunicación, Comentarios sobre las vivencias en el centro educativo, Apreciaciones sobre la familia y Percepción personal en el alumnado de 3º ESO, curso 06/07

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
35	Influencia publicidad en decisiones sin darnos cuenta	0	0	1	5,6	6	26,1	1	5,6	5	21,7	6	33,3	8	34,8	9	50,0	4	17,4	1	5,6
36	Personalidad autónoma = ser crítico con MCM	3	13,0	1	5,6	10	43,5	3	16,7	3	13,0	5	27,8	4	17,4	8	44,4	3	13	1	5,6
37	Transmisión información según intereses de MCM	2	8,7	0	0	2	8,7	0	0	6	26,1	8	44,4	6	26,1	2	11,1	7	30,4	8	44,4
Nº ítem	Dim.2: Comentarios Centro educativo	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
38	En el C.E. necesidad de normas para convivencia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,6	9	39,1	8	44,4	14	60,9	9	50,0		
39	Centro lugar agradable	0	0	5	27,8	6	26,1	4	22,2	2	8,7	1	5,6	13	56,5	8	44,4	2	8,7	0	0
40	Todas asignaturas importantes	0	0	2	11,1	5	21,7	3	16,7	2	8,7	2	11,1	11	47,8	9	50,0	5	21,7	2	11,1
Nº ítem	Dim.3: consideraciones sobre la familia	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
41	Fundamental hablarse y tratarse con cariño	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8,7	3	16,7	21	91,3	15	83,3		
42	Importante tener confianza en la familia	0	0	0	0	1	4,3	0	0	0	0	2	11,1	8	34,8	7	38,9	14	60,9	9	50,0
43	Solucionar conflictos en familia necesario usar la empatía	1	4,3	1	5,6	2	8,7	1	5,6	1	4,3	0	0	12	55,2	8	44,4	7	30,4	8	44,4
Nº ítem	Dim.4: Opinión percepción personal	Estoy en desacuerdo		No sé		Estoy de acuerdo															
		pre	post	pre	post	pre	post														
		f %	f %	f %	f %	f %	f %														
44	Tengo buenas cualidades	10	43,5	11	61,1	11	47,8	7	38,9	2	8,7	0	0								
45	Muchos chicos y chicas de mi edad son mejores que yo	10	43,5	6	33,3	10	43,5	7	38,9	3	13,0	5	27,8								
46	Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como otros compañeros de clase	21	91,3	13	72,2	1	4,3	5	27,8	1	4,3	0	0								
47	En general estoy contento con mi forma de ser	19	82,6	14	77,8	2	8,7	2	11,1	2	8,7	2	11,1								

La tabla 7.5, muestra del mismo modo, la respuesta del alumnado encuestado en relación a las dimensiones sobre las vivencias en el centro educativo, las apreciaciones sobre la familia y su propia percepción personal. En concreto, los resultados referentes a las vivencias en el centro educativo, las respuestas generalizadas es que su centro educativo no es considerado un lugar agradable ni antes ni después de la intervención. Sin embargo, en el ítem 38, el alumnado considera muy adecuado la necesidad de tener normas para mejorar la convivencia (39,1% en pre y 44,4% en post). Del mismo modo, el ítem 40, afirma que las asignaturas que estudian son importantes (47,8% en pre y 50,0% en post). Es decir, los y las discentes valoran positivamente el trabajo que se realiza en los centros educativos para mejorar la convivencia y, para formar y educar a los y las estudiantes para el futuro.

Desde esta perspectiva, las consideraciones sobre si el centro educativo es un lugar agradable o no, debe ser tenido en cuenta, junto a las vivencias personales de cada alumno y alumna en el centro; ya que, una mala experiencia hará que la valoración sea totalmente negativa y su relación con el centro educativo sea totalmente negativa, pudiendo derivar en conductas disruptivas.

En relación a la dimensión sobre las apreciaciones sobre la familia, en la tabla 7.5, el alumnado encuestado refleja que los ítems 41 y 42, relacionados con la afectividad familiar y la confianza familiar, respetivamente, son fundamentales; ya que la familia, puede ayudarles en muchos aspectos. Junto con estas ideas, plantean la necesidad de mostrar empatía con los miembros de la familia para poder entenderlos a la hora de resolver algún conflicto, reflejado en el ítem 43, pasando de un 30,4% antes de la intervención hasta un 44,4% pasada la misma.

En la percepción sobre sí mismos, los porcentajes más llamativos se sitúan en el ítem 44. El alumnado considera que no tiene buenas cualidades (43,5% en pre y 61,1% en post). A este nivel encontramos el ítem 47, relacionado con la aceptación de su forma de ser, considerando que no están contentos con su forma de ser (82,6% en pre y 77,8% en post). Incluso la variable 46, que cuestiona al alumnado sobre su capacidad de hacer las cosas tan bien como el resto de sus compañeros y compañeras, ofrece una opción de respuesta muy alta en estar en desacuerdo con la variable (91,3% en pre y 72,2% en post).

Sorprende la poca valoración y aceptación de sí mismos que presenta el alumnado de 3º de ESO, cuestión que mejora de manera muy sutil pasado el programa pero provoca incertidumbre sobre el programa; ya que no ha conseguido mejorar su autoestima y autoconcepto, aspectos fundamentales a trabajar en un



programa de prevención; por lo que el centro educativo debe tomar medidas realizando acciones a través del Plan de Acción Tutorial, una vez que se ha detectado el problema.

Es muy importante tener en cuenta las variables familiares, personales y del centro educativo; ya que son los principales ámbitos que se abordan como factores de riesgo y protección en la persona a la hora de afrontar el consumo de drogas en la adolescencia.

Las últimas dimensiones a abordar del cuestionario de 3º de ESO, son relativas a los hábitos, edad de inicio y frecuencia del consumo de drogas en el alumnado de 14 a 15 años.

La tabla 7.6, muestra que un 22,2% no ha consumido ninguna droga. Como contrapartida, el 44,4% del alumnado pasada la intervención, fuma tabaco los fines de semana.

Siguiendo en esta línea de hábitos de consumo del alumnado de 3º ESO, la tabla 7.6, expresa que el 30,4% en pre y el 55,6% en post, del alumnado encuestado ha tomado alguna bebida alcohólica casi siempre cuando salen los fines de semana. Junto con el 47,8% en pre y el 16,7% en post, que beben a veces los fines de semana.

Ante la experimentación de otras sustancias diferentes al tabaco y el alcohol, un 5,6% en post han iniciado su consumo en otras drogas fuera de las legales. Sin embargo, el 100,0% en pre y el 94,4% en post nunca han probado otras drogas diferentes a las legales (tabaco y alcohol).

Las drogas que han experimentado principalmente son cannabis, drogas de síntesis, anfetaminas, alucinógenos (5,6% en post) y cocaína el 11,1% en post [no se muestran datos en el pre-test porque ante estas cuestiones no hay porcentaje de respuesta].

Tabla 7.6. Hábitos de consumo del alumnado de 3º de ESO, curso 06/07

Nº ítem	Dim.5: Hábitos de consumo	Nunca		Lo he probado		Fumo de vez en cuando/ A veces		Fumo los F/S / Casi siempre que salgo		Fumo diariamente/ Siempre que salgo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
48	Has fumado Tb alguna vez	3	13,0	4	22,2	3	13,0	0	0	6	26,1	2	11,1	4	17,4	8	44,4	7	30,4	4	22,2
49	Has tomado Alc alguna vez	0	0	1	5,6	2	8,7	2	11,1	11	47,8	3	16,7	7	30,4	10	55,6	3	13,0	2	11,1
50	Te has mareado o emborrachado alguna vez	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		6	26,1	6	33,3	17	72,9	12	66,7												
51	Cuántos fines de semana en el último mes te has emborrachado	Un fin de semana		Dos fines de semana		Casi todos los F/S		Todos los F/S		Nunca											
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %
		0	0	0	0	0	0	4	17,4	1	5,6	6	26,1	2	11,1	13	56,5	15	83,3		
52	Has probado alguna otra droga:	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		0	0	1	5,6	23	100,0	17	94,4												
53	¿Cuáles?	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
	f %	f %	f %	f %																	
	Cannabis	0	0	1	5,6	23	100,0	17	94,4												
	Cocaína	0	0	2	11,1	23	100,0	16	88,9												
	Droga de síntesis	0	0	1	5,6	23	100,0	17	94,4												
	Anfetaminas	0	0	1	5,6	23	100,0	17	94,4												
	Dopamina	0	0	0	0	23	100,0	18	100,0												
	Alucinógenos	0	0	1	5,6	23	100,0	17	94,4												
inhalantes	0	0	0	0	23	100,0	18	100,0													

En la tabla 7.7, se comprueba que el intervalo de la edad de inicio del consumo de cannabis es 12-15 años. En la dimensión referida a la frecuencia del consumo de cannabis no existen datos.

Por lo tanto se puede afirmar, que el alumnado de 3º de ESO consume de manera habitual drogas legales (tabaco y alcohol), experimentan con drogas ilegales como cannabis, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos; sin llegar al abuso de las mismas y, sin mantener una frecuencia de consumo.

Tabla 7.7. Edad de inicio y frecuencia del consumo del alumnado de 3º ESO, curso 06/07

Nº ítem	Dim.7: Frecuencia del consumo	Sólo de vez en cuando		Casi todos los fines de semana		Varias veces a la semana		Fumo todos los días		Nunca he fumado			
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post		
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %		
55	Fumado Cnb último mes	0	0	0	0	0	0	0	0	23	100,0	18	100,0

Nº ítem	Dim.6: Edad de Inicio	9-11 años		12-15 años		Nunca				
		pre	post	pre	post	pre	post			
		f %	f %	f %	f %	f %	f %			
54	Edad inicio Cnb	0	0	0	1	23	17	100,0	5,6	94,4

A continuación, se trata de establecer diferencias estadísticamente significativas entre la prueba pre-test y post-test mediante la aplicación de una prueba de t para muestras independientes (n.s.=0,05). De dicho análisis se deduce, en la tabla 7.8, la consideración de la influencia de la publicidad en las decisiones que toman los adolescentes sin que se den cuenta. La tendencia se sitúa hacia el establecimiento de una relación clara entre la importancia de la publicidad y la generación de inquietudes nuevas (t= 0,276, p= 0,043), lo que indica que el alumnado se hace consciente del peso de la publicidad y de los Medios de comunicación en su vida.

Tabla 7.8. Media, desviación típica y prueba de t, 3º ESO curso 06/07

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
35	Influencia publicidad en decisiones sin darnos cuenta	3,69	1,037	36	3,63	0,518	8	<b>0,276</b>	<b>0,043</b>
36	Personalidad autónoma= ser crítico con MCM	3,06	1,264	36	3,25	0,707	8	-0,418	0,094
37	Transmisión información según intereses de MCM	3,78	1,174	36	3,75	1,035	8	0,062	0,957

Nº ítem	Dim.2: Comentarios Centro educativo	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
38	En el C.E. necesidad de normas para convivencia	4,47	0,560	36	4,38	0,744	8		
39	Centro escolar lugar agradable	3,61	1,076	36	3,00	1,195	8	1,425	0,592
40	Todas asignaturas importantes	3,67	1,069	36	3,25	1,165	8	0,982	0,831

Nº ítem	Dim.3: consideraciones sobre la familia	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
41	Fundamental hablarse y tratarse con cariño	4,83	0,378	36	4,88	0,354	8		

42	Importante tener confianza en la familia	4,47	0,736	36	4,38	0,744	8	0,337	0,951
43	Solucionar conflictos en familia necesario usar la empatía	3,94	0,893	36	4,50	0,535	8	-1,685	0,884
Nº ítem	Dim.4: Opinión percepción personal	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	$S_x$	N	$\bar{X}$	$S_x$	N		
44	Tengo buenas cualidades	1,61	0,728	36	1,63	0,518	8		
45	Muchos chicos y chicas de mi edad son mejores que yo	1,83	0,737	36	1,88	0,835	8	-0,141	0,742
46	Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como otros compañeros de clase	1,22	0,591	36	1,38	0,518	8	-0,675	0,594
47	En general estoy contento con mi forma de ser	1,33	0,632	36	1,38	0,744	8	-0,163	0,683

A este respecto, el programa de prevención debe reforzar, tanto el riesgo de consumo como la relación entre consumo de sustancias y ocio que realizan los y las adolescentes. Los datos nos reflejan que asocian el divertirse, pasarlo bien y disfrutar de su tiempo de ocio con la ingesta de drogas legales. Es decir, debemos trabajar para disuadir a los y las adolescentes sobre su baja percepción de riesgo en torno al consumo de drogas tanto legales como ilegales.

#### 7.1.4. 4º Educación Secundaria Obligatoria

Considerando las variables relativas al cuestionario de 4º ESO para el alumnado del curso académico 2006/2007, se destaca la dimensión de Influencia de los Medios de Comunicación atendiendo a los ítems 56 y 58, donde se refleja que una vez terminada la implantación del programa, el alumnado ha modificado su intención de respuesta en torno a la influencia de la publicidad en la toma de decisiones del alumnado pasando de un 71,4% en pre a un 88,9% en post, (ítem 56). Del mismo modo, consideran que la información que transmiten los medios de comunicación varía dependiendo de los intereses que existan, pasando de un 35,7% en pre a un 44,4% en post.

En la tabla 7.9, se encuentran los ítems 57 y 59, que no han conseguido disminuir su porcentaje de desacuerdo, finalizado el programa, con las variables que reflejan la influencia de los medios de comunicación en la creación de la personalidad autónoma de la adolescencia y, el efecto que causan en la forma de hablar de los y las adolescentes, respectivamente.

Por lo tanto, el programa debe abordar la influencia de los medios de comunicación de manera más pormenorizada para hacerles conscientes a los alumnos y las alumnas que, estos causan efectos en la toma de decisiones sin que se den cuenta, teniendo que analizar constantemente de manera crítica todo aquello que presentan.

Tabla 7.9. Influencia Medios de Comunicación, Influencia del grupo de iguales y Consideraciones sobre las actividades de ocio en el alumnado de 4º ESO, curso 06/07

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo							
		pre		post		pre		post		pre		post					
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%				
56	Influencia publicidad en decisiones sin darnos cuenta	0	0	0	0	0	0	0	0	10	71,4	8	88,9	4	28,6	1	11,1
57	Personalidad autónoma = ser críticos con MCM	1	7,1	0	0	2	14,3	4	44,4	2	14,3	2	22,2	9	64,3	2	22,2
58	Transmisión información según intereses MCM	0	0	0	0	0	0	1	11,1	4	28,6	0	0	5	35,7	4	44,4
59	Influencia MCM en formas de hablar	3	21,4	0	0	4	28,6	5	55,6	0	0	1	11,1	5	35,7	2	22,2
Nº ítem	Dim.2: Influencia del grupo de iguales	Nada Acuerdo		Poco acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo							
		pre		post		pre		post		pre		post					
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%				
60	Amistades únicos me entienden	3	21,4	2	22,2	7	50	4	44,4	2	14,3	1	11,1	2	14,3	2	22,2
61	Identificación y respeto con amistades	0	0	0	0	4	28,6	0	0	0	0	0	0	9	64,3	6	66,7
62	Amistades resuelven dudas que no la familia	3	21,4	1	11,1	1	7,1	4	44,4	1	7,1	1	11,13	8	57,1	3	33,3
63	Amistades me fuerzan a cosas que no quiero	12	85,7	9	100	2	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº ítem	Dim.3: consideraciones actv. Ocio y Tiempo Libre	Nada Acuerdo		Poco acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo							
		pre		post		pre		post		pre		post					
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%				
64	Salir de fiesta con amistades	2	14,3	0	0	7	50	5	55,6	2	14,3	0	0	3	21,4	3	33,3
65	Para distraerme veo la tele	1	7,1	0	0	9	64,3	5	55,6	0	0	0	0	4	28,6	4	44,4
66	Quedarme tirado en el sofá sin hacer nada	9	64,3	5	55,6	1	7,1	4	44,4	0	0	0	0	3	21,4	0	0
67	Leer un libro me resulta aburrido	1	7,1	1	11,1	3	21,4	2	22,2	1	7,1	2	22,2	5	35,7	3	33,3
68	Ir de excursión es un rollo	2	14,36	2	22,2	6	42,9	6	66,7	3	21,4	1	11,1	3	21,4	0	0
69	Ocio jugar a la videoconsola	10	71,4	4	44,4	2	14,3	2	22,2	0	0	0	0	2	14,3	3	33,3
70	Consultando internet sin más	3	21,4	2	22,2	5	35,7	3	33,3	2	14,3	1	11,1	4	28,6	3	33,3

La tabla 7.9, del igual modo muestra, las dimensiones relativas a la influencia del grupo de iguales en la adolescencia encuestada, y su relación con las actividades de ocio en las que invierten el tiempo libre disponible. Ambas dimensiones están muy relacionadas; ya que, dependiendo de la relación que el alumnado establezca con el grupo de amigos y amigas en el que se sienten identificados, dependerán las actividades de ocio que realicen. Es decir, las actividades de ocio y la relación con el grupo de pares deben ser tenidas muy en cuenta, al considerarse factores de protección o de riesgo para los adolescentes. Dependiendo si las amistades son positivas y promocionan la Educación para la Salud en sus actividades de ocio, o por el contrario, favorecen e incitan al consumo de drogas en compañía.

Se comprueba que los ítems 60 y 61, atestiguan la idea de la influencia del grupo de iguales sobre el alumnado. Con un porcentaje del 14,3% en pre y un 22,2% en post, el alumnado de 4º ESO está totalmente convencido que sus amigos y amigas son las únicas personas que las entienden, y con las que se identifican y se sienten respetados (64,3% en pre y 66,7% en post), respectivamente. Incluso se enfatiza en el ítem 61, la opción de respuesta totalmente de acuerdo en la afirmación que con el grupo de pares se sienten identificados y respetados, en un 7,1% en pre y un 33,3% en post.

Por otro lado, las opciones de respuesta que cercioran las ideas sobre la consideración del grupo de iguales como sector principal en el desarrollo y maduración de los y las adolescentes, pero no manteniéndolos como único grupo, se refleja en los ítems 60, 62 y 63. Las afirmaciones y las opciones de respuesta que refutan esta idea son:

- Mis amigos son los únicos que me entienden, en la opción poco de acuerdo con esta afirmación en un porcentaje de 50,0% en pre y 44,4% en post. En esta ocasión el programa ha provocado un cambio de opinión al respecto.
- Mis amigos me resuelven dudas que mis padres no, la opción mayoritaria es poco de acuerdo con la afirmación con un porcentaje de 7,1% en pre y 44,4% en post.
- Mis amigos me fuerzan a hacer cosas que no quiero, la amplia mayoría de los encuestados expresan un 85,7% en pre y un 100,0%, que con esa afirmación no están nada de acuerdo.

No solo son importantes como factores de protección el grupo de iguales con los que se relacionan los y las adolescentes, además se debe analizar de manera paralela las actividades de ocio; para disuadir al alumnado en la inversión del tiempo

libre en actividades de ocio cercanas al consumo de drogas. Es decir, si las actividades de los y las jóvenes se centran principalmente en actividades relacionadas con el consumo de sustancias provoca un mayor factor de riesgo para consumir, a esto debe asociarse otros factores relacionados con la persona, la familia, etc.

La encuesta refleja como se observa en la tabla 7.9, que como en el caso de la influencia del grupo de iguales, las opciones de respuesta en torno a las actividades de ocio se encuentran divididas con respecto a la realidad de cada alumno y alumna.

Salir de fiesta con los amigos (ítem 64), es valorada como una actividad dentro de otras más que realizan en su tiempo libre; por lo que están poco de acuerdo en 50% en pre y un 55,6% en post.

Sin embargo, el grupo de alumnado que considera esta como una actividad primordial, su opción de respuesta es que están de acuerdo con la afirmación en un 21,4% en pre y un 33,3% en post.

El ítem 65, para distraerme veo la televisión, un 64,3% en pre y un 55,6% en post, consideran que están poco de acuerdo con la afirmación, por lo que, su tiempo libre no solo lo dedican a ver la tele, sino que pueden hacer deporte o cualquier otra actividad. Al respecto de este ítem hay un 28,6% en pre y un 44,4% en post, que mantienen esta actividad como la principal y única a realizar en su tiempo de descanso de las obligaciones diarias.

La afirmación valorada de manera muy clara con respecto a la no aceptación de la actividad de quedarse tirado en el sofá sin hacer nada como ocio, la amplia mayoría considera que no están nada de acuerdo (64,3% en pre y 55,6% en post) o poco de acuerdo (7,1% en pre y 44,4% en post) con esta afirmación.

La actividad de leer un libro no se considera llamativa para realizar como actividad de ocio; ya que les resulta aburrida en un 35,7% en pre y 33,3% en post.

Se destaca un consenso de opinión ante una actividad como ir de excursión, donde el alumnado no está nada de acuerdo (14,36% en pre y 22,2% en post) o poco de acuerdo (42,9% en pre y 66,7% en post) con la idea de que ir de excursión es un rollo. De hecho, reflejan que deberían salir más de excursión, porque es actividad que aúna diversión y aprendizaje.

Las dos últimas actividades relacionadas con la utilización de tecnologías existen discrepancias a la hora de considerarlas como actividades exclusivas para realizar en el tiempo libre. Un 71,4% en pre y un 44,4% en post no están de acuerdo con pasar el tiempo de ocio jugando a la videoconsola. Sin embargo, un 14,3% en pre y un 33,3% en post la consideran como adecuada.

Por otro lado, pasar la tarde consultando internet el 35,7% en pre y el 33,3% en post, no consideran una actividad divertida para realizar en el tiempo libre; pero el 28,6% en pre y el 33,3% en post lo consideran una actividad muy acertada para pasar las horas de ocio.

La experiencia en la materia sostiene que, el hecho de tener amigos consumidores y realizar actividades de ocio cercanas al consumo, son factores de riesgo suficientemente importantes para comenzar a tomar medidas para prevenir conductas de riesgo relacionadas con el consumo. Además de estos factores, debe considerarse a la familia, la propia persona, el centro educativo, etc.

Por lo que, para el programa de prevención "*Entre Todos*", es fundamental abordar el ocio saludable y que estimule actividades de promoción para la salud.

Los hábitos de consumo del alumnado encuestado, recogidos en la tabla 7.10, se presenta que el 35,7% en el pre-test y el 55,6% en el post-test, no se han iniciado en el consumo de tabaco. Como contrapartida, el 28,6% en pre y el 22,2% en post, junto al 35,7% en pre y el 22,2% en post, mantienen un hábito de consumo de tabaco diario y se acentúa los fines de semana cuando salen con los amigos y amigas respectivamente.

Con respecto al inicio en el consumo de alcohol, el alumnado encuestado asocia su consumo al tiempo libre cuando salen los fines de semana con el grupo de iguales, tanto de forma esporádica (28,6% en pre y 22,2% en post) como de manera habitual (35,7% en pre y 33,3% en post).



Tabla 7.10. Hábitos de consumo del alumnado de 4º de ESO, curso 06/07

Nº ítem	Dim.5: Hábitos de consumo	Nunca		Lo he probado		Fumo/Bebo de vez en cuando los F/S		Fumo/Bebo los F/S		Fumo/bebo diariamente											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
71	Fumado Tb alguna vez	5	35,7	5	55,6	0	0	0	0	5	35,7	2	22,2	4	28,6	2	22,2				
72	Bebido Alc alguna vez	0	0	0	0	1	7,1	2	22,2	4	28,6	2	22,2	5	35,7	3	33,30	4	28,6	2	22,2
73	Mareado o emborrachado alguna vez	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		6	42,9	5	55,6	8	57,1	4	44,4												
74	Cuántos fines de semana en el último mes te has emborrachado	Un fin de semana		Dos fines de semana		Casi todos los F/S		Todos los F/S		Nunca											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %					
		0	0	0	0	0	0	0	0	4	28,6	4	44,4	10	71,4	4	44,4				
75	Has probado alguna otra droga:	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		5	35,7	4	44,4	9	64,3	5	55,6												
76	¿Cuáles?	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
	Cannabis	4	28,6	4	44,4	10	71,4	5	55,6												
	Cocaína	0	0	0	0	14	100,0	9	100,0												
	Droga de síntesis	0	0	0	0	14	100,0	9	100,0												
	Anfetaminas	0	0	0	0	14	100,0	9	100,0												
	Dopamina	0	0	0	0	14	100,0	9	100,0												
Alucinógenos	0	0	0	0	14	100,0	9	100,0													
Inhalantes	0	0	0	0	14	100,0	9	100,0													

Concluidas las cuestiones relativas al consumo de drogas legales, las preguntas relacionadas con la experimentación de drogas ilegales muestran que, el 35,7% en pre y el 44,4% en post, han experimentado con otras drogas. Las drogas ilegales más consumidas en el alumnado de 4º ESO es el cannabis, en un 28,6% en pre y un 44,4% en post. La edad de inicio de este consumo de cannabis se sitúa en el intervalo de edad 9-11 años, siendo la frecuencia de consumo diaria (7,1% en pre y 11,1% en post), que se reflejan en la tabla 7.11.

Tabla 7.11. Edad y frecuencia de consumo del alumnado de 4º de ESO, curso 06/07

Nº ítem	Dim6: Edad de Inicio	6-8 años		9-11 años		12-15 años		Nunca											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
77	Si has fumado porros alguna vez	3	21,4	0	0	2	14,3	4	44,4	0	0	0	0	9	63,4	5	55,6		
Nº ítem	Dim7: Frecuencia del consumo	Sólo de vez en cuando		Casi todos los fines de semana		Varias veces a la semana		Fumo todos los días		Nunca he fumado									
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post								
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %								
78	Si has fumado porros en el último mes	0	0	0	0	0	0	1	7,1	0	0	1	7,1	1	11,1	12	85,7	8	88,9

Para establecer diferencias significativas entre la prueba de pres-test y post-test en el curso académico, se realizó la prueba de t (n.s.= 0,005), obteniendo los siguientes resultados (tabla 7.12):

- El alumnado, al inicio de del Programa, entiende la importancia de la Influencia de la publicidad en decisiones que toman, sin ser conscientes. Sin embargo, terminada la implementación del mismo, el alumnado expresa su disconformidad con esa idea, apelando al hecho de que no son influenciables, y son capaces de tomar sus propias decisiones libremente (t=1,043, p= 0,040).

Tabla 7.12. Media, desviación típica y prueba de t, 4º ESO curso 06/07.

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
56	Influencia publicidad en decisiones sin darnos cuenta	4,29	0,469	14	4,11	0,333	9	<b>1,043</b>	<b>0,040</b>
57	Personalidad autónoma= ser crítico con MCM	3,36	1,008	14	3,00	1,118	9	0,795	0,796
58	Transmisión información según intereses de MCM	4,07	0,829	14	4,22	0,972	9	-0,398	0,903
59	Influencia MCM en formas de hablar	2,93	1,492	14	2,89	1,167	9	0,67	0,098
Nº ítem	Dim.2: Influencia grupo de iguales	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
60	Amistades únicos me entienden	2,21	0,975	14	2,33	1,118	9	-0,270	0,557
61	Identificación y respeto con amistades	3,50	1,019	14	4,33	0,500	9	<b>-2,610</b>	<b>0,026</b>
62	Amistades resuelven dudas que no la familia	3,21	1,369	14	2,67	1,118	9	1,002	0,462
63	Amistades me fuerzan a cosas que no quiero	1,14	0,363	14	1,00	0,000	9	<b>1,472</b>	<b>0,011</b>
Nº ítem	Dim.3: Consideraciones activ. Ocio y Tiempo Libre	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
64	Salir de fiesta con amistades	2,43	1,016	14	3,00	1,225	9	-1,215	0,181
65	Para distraerme veo la tele	2,50	1,019	14	2,89	1,054	9	-0,882	0,451
66	Quedarme tirado en el sofá sin hacer nada	2,00	1,519	14	1,44	0,527	9	<b>1,256</b>	<b>0,004</b>
67	Leer un libro me resulta aburrido	3,57	1,342	14	3,11	1,269	9	0,819	0,705
68	Ir de excursión es un rollo	2,50	1,019	14	1,89	0,601	9	<b>1,808</b>	<b>0,033</b>
69	Ocio jugar a la videoconsola	1,57	1,089	14	2,22	1,394	9	-1,254	0,202
10	Consultando internet sin más	2,50	1,160	14	2,56	1,236	9	-0,109	0,782

- Relativo a la identificación del alumnado con el grupo de amistades con las que se relaciona, se destaca significativa la circunstancia que remarca la idea de identificación con el grupo, además de sentirse respetado (t= -2,610, p= 0,026), pensamiento que se remarca al finalizar la intervención.
- Haciendo referencia al hecho de si las amistades les fuerza a hacer cosas que no quieren (t=1,472, p= 0,011), al término de la intervención existen discrepancias en cuanto a las acciones que realizan cuando están en grupo, ya bien sean coaccionados o incitados de alguna manera para comprobar su filiación con el grupo.
- De las actividades de ocio que realiza el alumnado, resultan significativas dos, referentes a Quedarme tirado en el sofá sin hacer nada (t= 1,256, p= 0,004) e Ir de excursión es un rollo (t= 1,808, p= 0,033). En ambos casos, al terminar el programa el alumnado comprende que no solo es recomendable estar tumbado en el sofá como una actividad de ocio, sino que además el ir de excursión resulta entretenido porque se sale del lugar habitual.

Por lo tanto, se vuelve a comprobar, que la percepción de riesgo ante el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) en alumnado de 15-16 años es prácticamente nula; debido a que, no consideran problemático el hecho de consumir alcohol y tabaco de manera habitual los fines de semana cuando salen con los amigos y las amigas. En esta línea, las actividades de ocio que realiza un sector del alumnado de 4º de ESO del curso académico 2006/2007, se encuentran muy cercanas al consumo de drogas. Sin embargo, otros sectores trabajan para realizar actividades de ocio que permitan la promoción de la salud y estilos de vida saludables.

## 7.2. Curso académico 2007/2008

### 7.2.1. 1º Educación Secundaria Obligatoria

En el curso académico 2007-2008, el alumnado de 1º de ESO inicia su proceso de aprendizaje con el Programa. Los datos estadísticos extraídos en la categoría concerniente al estado de opinión sobre el consumo de sustancias legales (tabaco) y de sustancias ilegales (cannabis), la tabla 7.13, muestra que en los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 no se observan cambios significativos antes y después de la implantación del programa de prevención.

De esta manera, para el alumnado de 1º de ESO es la primera vez que desarrollan un programa de prevención de estas características; por lo que, no se consiguen los objetivos previstos. Debido a que, los programas de prevención eficaces sus resultados se obtienen a medio o largo plazo.

Por todos estos motivos, en el alumnado no ha calado la idea de los riesgos derivados del consumo de drogas legales e ilegales. La percepción de riesgo al respecto, por parte del alumnado es muy baja.

Tabla 7.13. Estado de opinión sobre el consumo de sustancias del alumnado de 1º ESO, curso 07/08

Nº ítem	Dim1: Estado de opinión sobre el consumo	Verdadero		Falso				No sé				X <sup>2</sup>	p	N		
		pre		post		pre		post		pre					post	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%				f	%
1	Fumar Tb perjudica la salud	1	4,3	0	0	22	95,7	28	100,0	0	0	0	0	1,242	0,265	51
2	Tb = adicción	0	0	0	0	23	100,0	28	100,0	0	0	0	0	-	-	51
3	Humo Tb perjudica a no fumadores	0	0	0	0	22	95,7	27	96,4	1	4,3	1	3,6	0,178	0,673	51
4	Tb disminuye resistencia física	1	4,3	0	0	11	47,8	27	96,4	11	47,8	1	3,6	<b>15,899</b>	<b>0,000</b>	<b>51</b>
5	Cnb perjudica la salud	0	0	0	0	21	91,3	27	96,4	2	8,7	1	3,6	1,272	0,529	51
6	Cnb = adicción	0	0	0	0	20	87,0	27	96,4	3	13,0	1	3,6	1,904	0,386	51
7	Cnb reduce funcionamiento cerebral y del SNC	0	0	0	0	14	60,9	20	71,4	9	39,1	8	28,6	5,312	0,070	51
8	Cnb = trastornos circulatorios y del corazón	0	0	1	3,6	16	69,6	22	78,6	7	30,4	5	17,9	<b>13,588</b>	<b>0,001</b>	<b>51</b>

Se puede señalar el ítem 8 de manera positiva, referido a la afirmación sobre los trastornos circulatorios y del corazón que puede generar el consumo de cannabis. Un 3,6% del alumnado, pasado el programa consideran que es verdadero. Es decir, consideran que el consumo de cannabis puede provocar trastornos en el organismo.

La tabla 7.14, muestra las cifras relativas a los hábitos de consumo, la edad de inicio y la frecuencia del consumo del alumnado de 1º ESO.

Cabe señalar significativamente, que la mayoría del alumnado no ha experimentado el consumo de cannabis, tan sólo un 4,3% antes de la intervención comentan haber probado esta sustancia ilegal.

Tabla 7.14. Hábitos, edad de inicio y frecuencia del consumo del alumnado de 1º ESO, curso 07/08

Nº ítem	Dim.2: Hábitos de consumo	Si				No				X <sup>2</sup>	p	N				
		pre		post		pre		post								
		f	%	f	%	f	%	f	%							
12	Probado Cnb alguna vez	1	4,3	0	0	22	95,7	28	100,0	1,242	0,265	51				
Nº ítem	Dim.3: Edad de Inicio	12-15 años				16-18 años				Nunca				X <sup>2</sup>	p	N
		pre		post		pre		post		pre		post				
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
10	Edad inicio Tb	2	8,7	2	7,1	1	4,3	2	7,1	20	87,0	24	85,7	0,255	0,880	51
14	Edad inicio Cnb	0	0	0	0	0	0	0	0	23	100,0	28	100,0	-	-	51
Nº ítem	Dim.4: Frecuencia del consumo	Si				No				X <sup>2</sup>	p	N				
		pre		post		pre		post								
		f	%	f	%	f	%	f	%							
9	Fumas Tb una vez a la semana	1	4,3	0	0	22	95,7	28	100,0	0,020	0,887	51				
13	Fumas Cnb una vez la semana	0	0	0	0	23	100,0	28	100,0	-	-	51				
Nº ítem	Dimen. 5: Aspecto social del consumo	Si				No				X <sup>2</sup>	p	N				
		pre		post		pre		post								
		f	%	f	%	f	%	f	%							
11	Amistades consumen Tb	9	39,1	24	85,7	14	60,9	4	14,3	14,294	0,000	51				
15	Amistades consumen Cnb	1	4,3	10	35,7	22	95,7	18	64,3	8,567	0,003	51				

Atendiendo a la edad de inicio, que muestra la tabla 7.14, sitúa el consumo de tabaco en el intervalo de edad de 12-15 años (8,7% en pre y 7,1% en post), y en 16-18 años (4,3% en pre y 7,1% en post). En este nivel educativo, existían alumnos y alumnas repetidoras, situación que explica la edad de inicio en el intervalo de 16 a 18 años. Junto a la edad de inicio, se muestra la frecuencia de dicho consumo, en un 4,3% en pre. El resto del alumnado no mantiene un consumo con respecto a esta sustancia.

Por otro lado, la tabla 7.14, no muestra datos relativos a la edad de inicio en el consumo de cannabis. Es decir, que el 100% de los alumnos y las alumnas no han experimentado ni consumen cannabis de manera habitual.

Como resumen de las cuestiones relativas a la edad de inicio del consumo de tabaco, se presenta la siguiente figura:

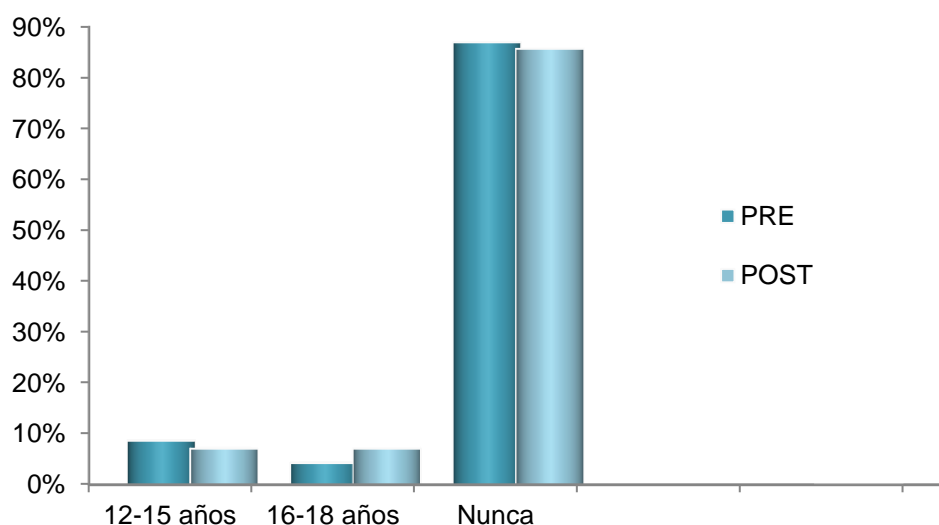


Figura 7.4. Edad de inicio del consumo de tabaco del alumnado de 1º de ESO, curso 07/08

La última dimensión que se plantea en el tabla 7.14, hace referencia al aspecto social del consumo de drogas. Esta dimensión aborda las relaciones del grupo de iguales y su posible relación con actividades de ocio cercanas al consumo.

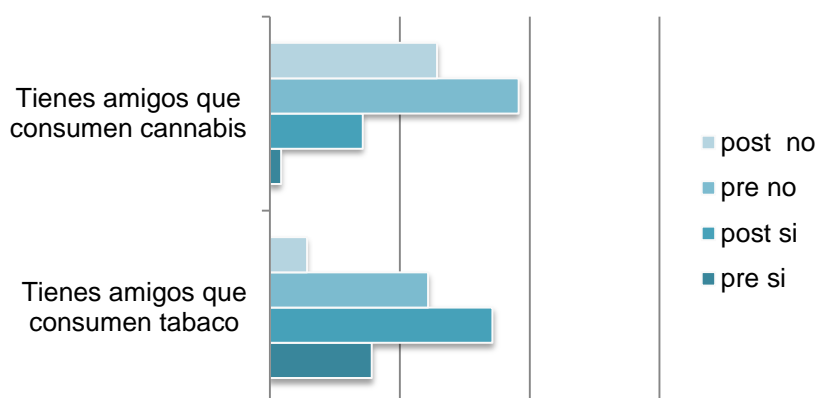


Figura 7.5. Aspecto social del consumo de drogas del alumnado de 1º de ESO, curso 07/08

La figura que se adjunta (figura 7.5), resume el apartado relacionado con las amistades consumidoras del alumnado de 1º ESO.

Los datos muestran que el 39,1% en pre y el 85,7% del alumnado encuestado, se relacionan con amigos y amigas consumidores de tabaco. Como contrapartida, solo un 64,3% no tienen amistades consumidoras de cannabis. El alumnado de 1º ESO no han experimentado ni consumen cannabis pero mantienen un 35,7% de amistades que sí consumen esta sustancia.

Analizados los datos descriptivos para el curso 2007/2008, se aplica la prueba ji-cuadrado para reforzar lo comentado anteriormente. En este sentido, de los 15

ítems, tan solo cuatro elementos muestran diferencias significativas entre el pre-test y el post-test al aplicar esta prueba ( $n.s.= 0,05$ ). Concretamente son:

- El tabaco disminuye la resistencia física ( $p= 0,000$ ). El alumnado, terminado el programa, sigue considerando que esta afirmación es falsa en un 96,4%.
- El cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón ( $p= 0,001$ ). Esta diferencia se observa en el post-test, donde el alumnado sigue pensando que el cannabis no produce ningún perjuicio a nivel cardiovascular para la salud.
- Amistades que consumen tabaco ( $p= 0,000$ ). En este caso, aumenta el porcentaje de amistades consumidoras del alumnado al finalizar el programa, pasando de un 39,1% a un 85,7%.
- Amistades que consumen cannabis ( $p= 0,003$ ). Concretamente, en el consumo de cannabis sigue aumentando el porcentaje de amigos que consumen cannabis por parte de los encuestados al finalizar el programa, en detrimento de la disminución del porcentaje de amigos que no consumen.

Por lo que, estos datos refutan el argumento de que el programa no ha conseguido disuadir al alumnado sobre su pensamiento en torno al consumo de tabaco ni cannabis, además se advierte que no ven como factor de riesgo el tener amigos consumidores para su propio proceso de acercamiento a las drogodependencias.

### **7.2.2. 2º Educación Secundaria Obligatoria**

El alumnado de 2º de ESO lleva dos años realizando el programa de prevención “Entre Todos”, y como se aprecia en la tabla 7.15, el estado de opinión sobre el consumo, se enfatizan los ítems 19, 21, 23 y 24. En los citados ítems el alumnado expresa que necesitan beber alcohol para pasarlo bien, que el cannabis es considerado una sustancia legal y que disminuye el funcionamiento cerebral y produce trastornos circulatorios y del corazón, respectivamente. Resulta muy llamativo que consideren el ítem 21 (el cannabis es una sustancia legal), como afirmación verdadera pasando de un 43,5% en el pre a un 82,6% en el post.



Tabla 7.15. Estado de opinión sobre el consumo de drogas del alumnado de 2º de ESO, curso 07/08

Nº ítem	Dim.1: Estado de opinión sobre el consumo	Verdadero				Falso				No sé				X <sup>2</sup>	p	N
		pre		post		pre		post		pre		post				
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
16	Beber Alc perjudica la salud	1	4,3	0	0	21	91,3	23	100,0	1	4,3	0	0	2,002	0,368	45
17	Alc = adicción	0	0	0	0	17	73,9	21	91,3	6	26,1	2	8,7	4,795	0,091	45
18	Persona bebe mucho Alc = problemas	0	0	0	0	21	91,3	23	100,0	2	8,7	0	0	2,002	0,157	45
19	Necesario beber Alc para pasarlo bien con amistades	22	95,7	22	95,7	0	0	1	4,3	1	4,3	0	0	2,002	0,368	45
20	Cnb perjudica la salud	1	4,3	1	4,3	19	82,6	22	95,7	3	13,0	0	0	3,079	0,214	45
21	Cnb = sustancia legal	10	43,5	19	82,6	6	26,1	0	0	7	30,4	4	17,4	<b>16,847</b>	<b>0,000</b>	<b>44</b>
22	Cnb = adicción	1	4,3	0	0	17	73,9	21	91,3	5	21,7	2	8,7	5,557	0,062	45
23	Cnb = disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC	0	0	1	4,3	17	73,9	19	82,6	6	26,1	3	13,0	<b>10,011</b>	<b>0,007</b>	<b>45</b>
24	Cnb = produce trastornos circulatorios y del corazón	0	0	1	4,3	10	43,5	12	52,2	13	56,5	10	43,5	<b>24,037</b>	<b>0,000</b>	<b>45</b>

Por otro lado, los ítems 16, 17, 18, 20, 22, 23 y 24 refuerzan la idea del alumnado relativo al consumo de drogas como el cannabis y el alcohol no generan problemas en las personas que las consumen.

Tabla 7.16. Hábitos, edad de inicio, frecuencia y aspecto social del consumo del alumnado de 2º de ESO, curso 07/08

Nº Ítem	Dimen. 2: Hábitos de consumo	Si		No		X <sup>2</sup>	p	N				
		pre	post	pre	post							
		f %	f %	f %	f %							
25	Probado Alc alguna vez	20 87,0	14 60,9	3 13,0	9 39,1	4,465	0,035	45				
30	Probado Cnb alguna vez	0 0	0 0	23 100,0	23 100,0	-	-	45				
Nº Ítem	Dimen. 3: Edad de Inicio	9-11 años		12-15 años		16-18 años		Nunca		X <sup>2</sup>	p	N
		pre	post	pre	post			post				
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %			
28	Edad inicio Alc	17 73,9	12 52,2	3 13,0	1 4,3	0 0	0 0	3 13,0	10 43,5	6,036	0,049	45
33	Edad inicio Cnb	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	23 100,0	23 100,0	-	-	45
Nº ítem	Dimen. 4: Frecuencia del consumo	Si		No		X <sup>2</sup>	p	N				
		pre	post	pre	post							
		f %	f %	f %	f %							
26	Bebes Alc 1 vez a la semana	1 4,3	1 4,3	22 95,7	22 95,7	0,001	0,974	45				
27	Bebes Alc 1 vez al mes	5 21,7	1 4,3	18 78,3	22 95,7	0,584	0,445	45				
31	Fumas Cnb 1 vez a la semana	0 0	0 0	23 100,0	23 100,0	-	-	45				
32	Fumas Cnb 1 vez al mes	0 0	0 0	23 100,0	23 100,0	-	-	45				
Nº Ítem	Dimen. 5: Aspecto social del consumo	Si		No		X <sup>2</sup>	p	N				
		pre	post	pre	post							
		f %	f %	f %	f %							
29	Amistades consumen Alc	18 78,3	14 60,9	5 21,7	9 39,1	1,171	0,279	45				
34	Amistades consumen Cnb	5 21,7	7 30,4	18 78,3	16 69,6	0,584	0,445	45				

A tenor de los datos sobre el estado de opinión sobre el consumo de drogas, el Programa indica que debe enfatizar en la temática de desmitificar ideas erróneas sobre el consumo, enseñando estrategias de toma de decisiones en los y las jóvenes sobre su acercamiento al consumo de sustancias.

En la tabla 7.16, se recogen las valoraciones al respecto de los hábitos, la edad de inicio, la frecuencia y el aspecto social del consumo; dichas variables se relacionan entre sí, debido a que, componen el conjunto de factores de riesgo o protección que deben considerarse a la hora de diagnosticar conductas disruptivas relacionadas con el consumo de drogas.

Revisando la experimentación de alcohol por parte del alumnado de 2º de ESO, se encuentra que el 87,0% en pre y el 60,9% en post se han iniciado. En esta investigación se considera probar alcohol, el haberle dado un sorbo a alguna bebida alcohólica, indistintamente de la graduación. A este respecto, tan solo un 39,1% en post, no han experimentado el consumo de alcohol, ingiriendo ninguna sustancia alcohólica (se considera probar alcohol). La edad de inicio se sitúa en los intervalos de 9-11 años (73,9% en pre y 52,2% en post) y 12-15 años (13,0% en pre y 4,3% en post).

Para clarificar la edad de inicio en el consumo de alcohol por parte del alumnado de 2º de ESO, se presenta la figura 7.6. En ella se observa que el intervalo de edad mayoritario de inicio en el consumo de alcohol es 9-11 años, para el alumnado de 2º de ESO, en el curso 07/08.

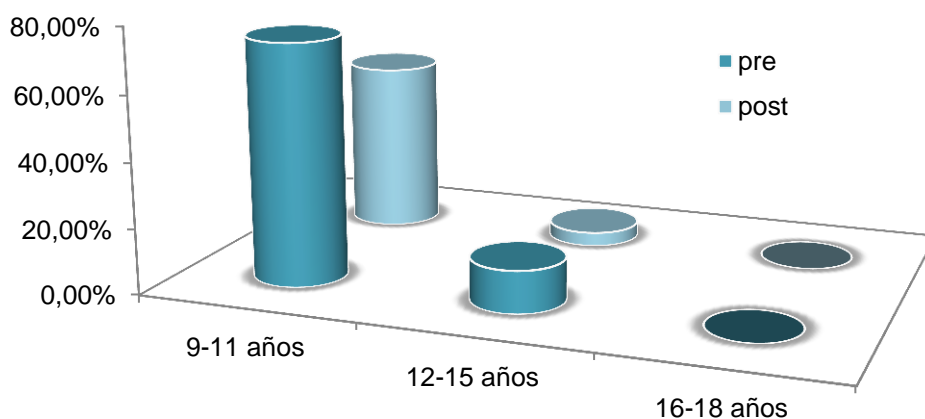


Figura 7.6. Edad de inicio en el consumo de alcohol del alumnado de 2º de ESO, curso 07/08

Esta figura (7.6.) refleja claramente que el inicio en el consumo de alcohol se produce a edades muy tempranas y, en ocasiones, consentido por las personas adultas de referencia para el o la adolescente. A estas edades se inician los rituales para convertirse en persona adulta, ingiriendo alcohol como las personas adultas de su alrededor.

Por otro lado, el alumnado de 2º de ESO no ha experimentado con el consumo de cannabis en un 100%, tanto en el pre-test como en el post-test. Y estos datos quedan corroborados en la edad de inicio del consumo de cannabis de la tabla 7.16, donde el 100% del alumnado encuestado manifiesta que no se ha iniciado en el consumo de cannabis.

Cuando se habla de experimentar con algunas sustancias, se hace referencia al haber probado cualquier tipo de alcohol sin distinguir su graduación. Con respecto al cannabis se refiere a haberle dado una calada como mínimo a un porro, sin necesidad de terminarlo.

Lo que refuta la hipótesis de la baja percepción de riesgo ante el consumo de alcohol, tanto para la adolescencia como para las personas responsables de su educación, al considerarse legalmente una sustancia aceptada socialmente, no genera tanto rechazo como cualquier otra sustancia que sea ilegal, por ejemplo cocaína; ambas son igual de dañinas, pero socialmente no están aceptadas de la misma forma; sus secuelas son semejantes pero a nivel social se acepta mejor el consumo de alcohol que el de cocaína por ejemplo.

Atendiendo a la dimensión de la frecuencia del consumo de alcohol, se consideran los ítems 26 y 27, donde aproximadamente el 80% del alumnado encuestado no utiliza el alcohol ni de manera semanal ni mensual, situación que hace elucidar que han experimentado con el alcohol pero no mantienen un consumo habitual. Sin embargo, se enfatiza en el ítem 27, donde un 21,7% en pre y un 4,3% en post, de alumnos y alumnas, utilizan el alcohol en ocasiones durante el mes. Este hecho hace presagiar que realizan actividades de ocio cercanas al consumo, en este caso relacionado con el alcohol. El porcentaje varía del pre al post, lo que significa que el programa ha conseguido disuadir al alumnado para que utilice el consumo de alcohol para desinhibirse, sino utilizar habilidades sociales que el propio programa enseña.

La frecuencia del consumo de cannabis sigue siendo nula, ya que, el 100% del alumnado no consume dicha sustancia ni semanal ni mensualmente.

Relacionando la frecuencia del consumo de alcohol y el aspecto social del mismo, el alumnado de 2º de ESO, responde que el 78,3% en pre y el 60,9% en post,

tienen amigos y amigas consumidores de alcohol, como se ponen de manifiesto en la tabla 7.16.

Concerniente al grupo de iguales con los que se relaciona los encuestados que son consumidores de cannabis, la tabla 7.16, refleja que el 78,3% en pre y el 69,6% en post no tienen amigos o amigas que sean consumidores. Sin embargo, se destaca que existe un 21,7% en pre y un 30,4% en post que sí tienen amistades consumidores de cannabis.

En este curso académico, solo se aprecian diferencias significativas en 5 de las 19 preguntas que conforman el cuestionario, tras la aplicación de la prueba ji cuadrado, como en los cursos anteriores. Dichos ítems son:

- El cannabis es una sustancia legal ( $p= 0,000$ ). El alumnado finalizado el programa, sigue considerando que el cannabis es una sustancia legal, pasando de un 43,5% a un 82,6%.
- El cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del Sistema Nervioso Central ( $p= 0,007$ ). Los encuestados no perciben el perjuicio del consumo de cannabis en su función cerebral, ya que en el post-test aumenta el porcentaje de respuesta de *Falso* (se incrementa de un 73,9% a un 82,6%).
- El cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón ( $p=0,000$ ). El cannabis no es percibido como una sustancia peligrosa, por lo que en el post-test el alumnado sigue contemplando como falsa esta afirmación.
- Has probado Alcohol alguna vez ( $p= 0,035$ ). Con respecto al inicio en el consumo de alcohol, la significación se refleja en el aumento en el porcentaje de *No*, al finalizar la intervención, disminuyendo el porcentaje de *Sí*.
- Edad de inicio en el alcohol ( $p= 0,049$ ). Al finalizar el programa, en el post-test, el alumnado aumenta su respuesta *NO*, ante la experimentación de alcohol con 13 años.

Como se ha comentado, el aspecto social del consumo tanto de alcohol y de cannabis, debe trabajarse ampliamente para modificar los factores de riesgo relacionados con el grupo de iguales y convertirlos en factores de protección, a través del programa de prevención a nivel escolar y a nivel familiar. De ese modo, la familia también se convertirá en un agente de prevención excepcional para sus hijos e hijas. Igualmente, debe hacerse hincapié en continuar la incesante desmitificación de tópicos relacionados con el consumo de drogas, no solo con el alumnado, sino con la familia

para que el alumnado analice la percepción de riesgo real que supone el consumo de drogas tanto legales como ilegales.

### **7.2.3. 3º Educación Secundaria Obligatoria**

El alumnado de 3º de ESO, lleva inmerso en el programa de prevención dos años; ya que iniciaron su proceso de aprendizaje en 2º de ESO del curso académico 2006/2007.

El cuestionario de este curso contempla siete categorías:

- Dimensión 1: Influencia de los medios de comunicación
- Dimensión 2: Comentarios sobre las vivencias en el centro educativo
- Dimensión 3: Consideraciones sobre la familia
- Dimensión 4: Opinión sobre la percepción personal
- Dimensión 5: Hábitos de consumo
- Dimensión 6: Edad de inicio
- Dimensión 7: Frecuencia del consumo

Para facilitar la comprensión se unificarán categorías, que tienen relación entre sí, presentándose en una única tabla las dimensiones 1, 2, 3 y 4 (tabla 7.17), junto con la 6 y 7 (tabla 7.18).

En la tabla 7.17, se observan los ítems 35, 36 y 37, donde el alumnado está de acuerdo con las afirmaciones referentes a la influencia de la publicidad en las decisiones que toman a diario, que influyen del mismo modo en el proceso de forjar la personalidad y, dependiendo de los intereses de cada uno de los medios de comunicación, la información se transmite de forma diferente.

Tabla 7.17. Influencia Medios de Comunicación, Comentarios sobre las vivencias en centro educativo, Consideraciones sobre la familia, Percepción personal del alumnado de 3º ESO, curso 07/08

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre		post		pre		post		pre		post									
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%								
35	Influencia publicidad en de decisiones sin darnos cuenta	0	0	0	0	2	9,5	0	0	2	9,5	3	13,0	15	71,4	16	69,6	2	9,5	4	17,4
36	Personalidad autónoma = ser críticos con los MCM	0	0	1	4,3	3	14,3	4	17,4	6	28,6	5	21,7	11	52,4	7	30,4	1	4,8	6	26,1
37	Transmisión información según intereses	0	0	0	0	3	14,3	1	4,3	4	19,0	2	8,7	12	57,1	10	43,5	2	9,5	10	43,5
Nº ítem	Dim. 2: Comentarios Centro educativo	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre		post		pre		post		pre		post									
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%								
38	En el IES convivimos muchas personas y las normas son necesarias para que funcione bien	1	4,8	0	0	0	1	4,8	0	0	0	1	4,8	0	0	0	1	4,8	0	0	0
39	Mi IES me parece un lugar agradable	1	4,8	2	8,7	3	1	4,8	2	8,7	3	1	4,8	2	8,7	3	1	4,8	2	8,7	3
40	Todas las asignaturas que se estudian son importantes	0	0	1	4,3	4	0	0	1	4,3	4	0	0	1	4,3	4	0	0	1	4,3	4
Nº ítem	Dim.3: consideraciones sobre la familia	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre		post		pre		post		pre		post									
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%								
41	Fundamental en familia hablarse y tratarse con cariño en la familia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	33,3	6	26,1	14	66,7	17	73,9
42	Importante confianza en la familia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4,8	2	8,7	4	19,0	10	43,5	16	76,2	11	47,8
43	conflictos familiares usar empatía	0	0	0	0	1	4,8	0	0	1	4,8	3	13,0	11	52,4	11	47,8	8	38,1	9	39,1
Nº ítem	Dim.4: Opinión percepción personal	Estoy en desacuerdo		No sé		Estoy de acuerdo															
		pre		post		pre		post													
		f	%	f	%	f	%	f	%												
44	Tengo buenas cualidades	13	61,9	3	13,0	7	33,3	6	26,1	1	4,8	14	60,9								
45	Muchos chicos y chicas de mi edad son mejores que yo	13	61,9	11	47,8	4	19,0	7	30,4	4	19,0	5	21,7								
46	Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como el resto	14	66,7	21	91,3	7	33,3	1	4,3	0	0	1	4,3								
47	Estoy contento con mi forma de ser	15	71,4	20	87,0	4	19,0	0	0	2	9,5	3	13,0								

En relación a las vivencias del alumnado en el centro educativo, resaltan significativamente los ítems 38, 39 y 40, donde el alumnado de 3º ESO considera muy importante el establecimiento de normas para facilitar la convivencia, además de valorar su entorno de estudios como un lugar agradable, junto a la importancia de estudiar asignaturas importantes para su futura vida laboral y personal. Por tanto, los porcentajes en estos ítems son más altos pasado el programa de prevención.

Desde la experiencia acumulada en el trabajo en programas de prevención escolar y familiar, se puede concluir que las vivencias que un alumno o una alumna tenga en el centro educativo en el que realiza sus estudios sean positivas proporciona aprendizajes favorables para prevenir conductas disruptivas que pueden llevar a los y las adolescentes al consumo de sustancias. Dichas vivencias enriquecedoras les ayudarán a forjar su personalidad y mejorar las habilidades de relación con las demás personas.

La tabla 7.17, muestra del mismo modo, datos relativos a la estima que le otorgan a la familia en su proceso de aprendizaje. El alumnado de 3º de ESO, manifiesta con un 66,7% en pre y un 73,9% en post que la familia es fundamental en su proceso de aprendizaje por lo que es necesario hablarse y tratarse con cariño (ítem 41).

Destacan los ítems 42 y 43, donde el alumnado responde que están de acuerdo con las ideas de que es preciso tener confianza en la familia para poder abordar cualquier tema, incluso utilizar la empatía para resolver conflictos; ya que, en el seno familiar es donde se producen el mayor número de fricciones en la convivencia.

Para concluir este apartado, el programa de prevención ha conseguido influir positivamente en el alumnado aumentando la intención de respuesta del pre al post en los ítems 41 (66,7% en pre a 73,9% en post, opción de respuesta totalmente de acuerdo), ítem 42 (19,0% en pre y 43,5% en post, opción de respuesta de acuerdo).

Igualmente, la tabla 7.17, recoge la percepción personal que tiene el alumnado de sí mismo. Sorprendentemente, se encuentra a un alumnado de 3º de ESO poco conforme con su imagen a nivel de cualidades y capacidades frente al resto de personas.

Sin embargo, al finalizar el programa de prevención de este curso académico, se ha conseguido que la intención de respuesta hacia la valoración personal pase de ser negativa a positiva en los ítems 44, 45 y 47. Esta situación curiosa advierte que el Programa deberá hacer hincapié para futuras ediciones en el ítem 46, referido a "Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como el resto de mis compañeros de



clase”, ha aumentado de un 66,7% en pre-test a un 91,7% en post, terminado el programa de prevención.

El mismo efecto se ha producido en el ítem 47 (en general estoy contento con mi forma de ser), donde siguen en desacuerdo con la afirmación pasando del 71,4% en pre-test al 87,0% en el post-test.

Estas circunstancias advierten, que el Programa no ha conseguido trabajar en profundidad la autoestima y el autoconcepto del alumnado, y se considera necesario abordar el tema más específicamente en la revisión del mismo; ya que en este curso académico, el programa aborda este contenido de manera transversal y no de forma explícita, centrándose más en la influencia del grupo de iguales. Debido a que el afianzar la autoestima y el autoconcepto se realiza en niveles académicos inferiores.

Finalizado el análisis de la influencia social en la personalidad del alumnado por parte del centro educativo, la familia y las propias características personales, considerados factores de protección o riesgo según el influjo positivo o negativo en el individuo, se pasa a comentar los hábitos de consumo del alumnado de 3º de ESO. La tabla 7.18, destaca que el 33,3% en pre y el 26,1% en post fuman los fines de semana, junto con el 61,9% en pre y el 65,2% en post que fuman diariamente. Esto refleja que, sus hábitos de consumo de tabaco se encuentran instaurados en su rutina, y lo ven como algo natural, formando parte de su proceso de maduración para llegar a ser adulto.

Unido a este consumo está la ingesta de alcohol donde el 19,0% en pre y el 47,8% en post beben a veces los fines de semana; además de beber casi siempre que salgo los fines de semana y siempre que salgo con los amigos, en un 52,4% en pre y 26,1% en post y 9,5% en pre y 17,4% en post respectivamente.

La experiencia muestra que en el consumo de drogas legales, la adolescencia se siente muy cómoda consumiendo, debido a que, al ser sustancias permitidas por la sociedad, no generan problemas futuros en su organismo, ni generan adicción. Es decir, su percepción de riesgo es casi nula ante el consumo de alcohol y tabaco.

Como contrapartida de la situación de normalización ante el consumo de drogas legales, se sitúa el 21,7% en post de los encuestados, que han experimentado con otras drogas, de los cuales el 17,4% se ha iniciado en el consumo de cannabis.

Ante estos datos un tanto negativos, se destaca positivamente que el 80% del alumnado encuestado no ha experimentado nunca con drogas ilegales.

Tabla 7.18. Hábitos de consumo del alumnado de 3º de ESO, curso 07/08

Nº ítem	Dim.5: Hábitos de consumo	Nunca		Lo he probado		Fumo de vez en cuando/A veces F/S		Fumo los F/S /Casi siempre que salgo F/S		Fumo diariamente/ Siempre que salgo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
48	Has fumado tabaco alguna vez	0	0	1	4,3	0	0	0	0	1	4,8	1	4,3	7	33,3	6	26,1	13	61,9	15	65,2
49	Has tomado alguna bebida alcohólica	0	0	0	0	4	19,0	2	8,7	4	19,0	11	47,8	11	52,4	6	26,1	2	9,5	4	17,4
50	Te has mareado o emborrachado alguna vez	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		5	23,8	8	34,8	16	76,2	15	65,2												
51	Cuántos fines de semana en el último mes te has emborrachado	Un fin de semana		Dos fines de semana		Casi todos los F/S		Todos los F/S		Nunca											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %
		0	0	0	0	0	0	0	0	3	14,3	0	0	2	9,5	5	21,7	16	76,2	18	78,3
52	Has probado alguna otra droga:	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		0	0	5	21,7	21	100,0	18	78,3												
53	¿Cuáles?	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
	Cannabis	0	0	4	17,4	21	100,0	19	82,6												
	Cocaína	0	0	0	0	21	100,0	23	100,0												
	Droga de síntesis	0	0	0	0	21	100,0	23	100,0												
	Anfetaminas	0	0	0	0	21	100,0	23	100,0												
	Dopamina	0	0	0	0	21	100,0	23	100,0												
Alucinógenos	0	0	0	0	21	100,0	23	100,0													
Inhalantes	0	0	0	0	21	100,0	23	100,0													

La edad media del consumo de cannabis se sitúa en el intervalo de 9-11 años, edad muy temprana con un 17,4% en post, como refleja la tabla 7.19. Del mismo modo, la frecuencia de dicho consumo se sitúa de manera diaria en un 13% del alumnado encuestado.

Tabla 7.19. Edad de inicio y frecuencia de consumo del alumnado de 3º de ESO, curso 07/08

Nº ítem	Dim6: Edad de Inicio	9-11 años		12-15 años		Nunca							
		pre	post	pre	post	pre	post						
		f	%	f	%	f	%	f	%				
54	Si has fumado porros alguna vez	0	0	4	17,4	0	0	0	0	21	100,0	19	82,6

Nº ítem	Dim7: Frecuencia del consumo	Sólo de vez en cuando		Casi todos los fines de semana		Varias veces a la semana		Fumo todos los días		Nunca he fumado					
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post				
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
55	Si has fumado porros en el último mes	0	0	0	0	0	0	0	0	3	13,0	21	100,0	20	87,0

En definitiva, el alumnado de 3º de ESO, consume habitualmente tabaco en un 91,3 % y, alcohol en un 43,5 %. Sin embargo, solo un 13% consume habitualmente cannabis.

En el curso académico 2007/2008, tan solo una cuestión, de 13, produce diferencias significativas entre los resultados del pre-test y el post-test, al aplicar la misma prueba estadística que en el curso anterior. (Véase tabla 7.20). Se trata del ítem *Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como otros compañeros* ( $t=1,200$ ,  $p=0,018$ ). Esta situación muestra que el alumnado participante no ha conseguido mejorar su autoconcepto y autoestima, a raíz del desarrollo del programa durante el curso académico en cuestión.

Tabla 7.20. Media, desviación típica y prueba de t, 3º ESO curso 07/08

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
35	Influencia publicidad en decisiones sin darnos cuenta	3,81	0,750	21	3,61	1,037	18	0,692	0,106
36	Personalidad autónoma= ser crítico con MCM	3,48	0,814	21	3,28	1,127	18	0,636	0,116
37	Transmisión información según intereses de MCM	3,62	0,865	21	4,28	0,826	18	-2,420	0,865
Nº ítem	Dim.2: Comentarios Centro educativo	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
38	En el C.E. necesidad de normas para convivencia	4,29	0,956	21	4,50	0,514	18	-0,850	0,251
39	Centro escolar lugar agradable	3,76	1,179	21	2,67	1,283	18	2,776	0,249
40	Todas asignaturas importantes	3,71	1,007	21	3,11	1,231	18	1,683	0,071
Nº ítem	Dim.3: consideraciones sobre la familia	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
41	Fundamental hablarse y tratarse con cariño	4,67	0,483	21	4,67	0,485	18	0,000	1,000
42	Importante tener confianza en la familia	4,71	0,561	21	4,28	0,752	18	2,073	0,073
43	Solucionar conflictos en familia necesario usar la empatía	4,24	0,768	21	4,22	1,114	18	0,052	0,340
Nº ítem	Dim.4: Opinión percepción personal	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
44	Tengo buenas cualidades	1,43	0,598	21	1,39	0,698	18	0,191	0,765
45	Muchos chicos y chicas de mi edad son mejores que yo	1,57	0,811	21	1,67	0,840	18	-0,360	0,774
46	Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como otros compañeros de clase	1,33	0,483	21	1,17	0,383	18	<b>1,200</b>	<b>0,018</b>
47	En general estoy contento con mi forma de ser	1,38	0,669	21	1,17	0,514	18	1,106	0,056

Todos estos datos reflejan que el programa de prevención debe incrementar las medidas para disuadir al alumnado en el consumo de drogas legales, explicándoles las consecuencias de su consumo tanto a corto como a largo plazo.

#### 7.2.4. 4º Educación Secundaria Obligatoria

En el curso académico que se está comentando, el alumnado de 4º de ESO, ha estado inmerso en el programa de prevención escolar y familiar “Entre Todos” dos años consecutivos, iniciándolo en el curso 2006-2007 en el nivel educativo de 3º ESO.

En este curso académico para facilitar la comprensión de los datos, expondremos por un lado las categorías referidas a la influencia de los medios de comunicación, el grupo de iguales y las actividades de ocio. Por otro lado, los hábitos de consumo junto con la edad de inicio y la frecuencia de dicho consumo.

En la tabla 7.21, se presentan los ítems 57, 58 y 59 que refutan la idea de que los medios de comunicación influyen en la toma de decisiones, hasta el punto de afectar en la forma de hablar con los amigos y las amigas, utilizando expresiones de películas, de personas famosas que aparecen en televisión, etc. Además se comprueba que finalizado el programa, se acentúa aún más esta idea de la influencia de los medios de comunicación en el alumnado de 4º de ESO, respondiendo ante estas afirmaciones expresando su total acuerdo con ellas.

Tabla 7.21. Influencia de los medios de comunicación, del grupo de iguales y actividades de ocio del alumnado de 4º de ESO, curso 07/08

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
56	Influencia publicidad en decisiones sin darnos cuenta	0	0	0	0	2	10,0	1	5,0	0	0	6	30,0	11	55,0	9	45,0	7	35,0	4	20,0
57	Personalidad autónoma = ser críticos con MCM	0	0	2	10,0	2	10,0	2	10,0	6	30,0	6	30,0	10	50,0	5	25,0	2	10,0	5	25,0
58	Transmisión información según intereses de MCM	0	0	1	5,0	0	0	2	10,0	1	5,0	2	10,0	11	55,0	6	30,0	8	40,0	9	45,0
59	Influencia MCM en formas de hablar	7	35,0	4	20,0	3	15,0	10	50,0	3	15,0	2	10,0	7	35,0	2	10,0	0	0	2	10,0
Nº ítem	Dim. 2: Influencia del grupo de iguales	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
60	Amistades únicas que me entienden	6	30,0	4	20,0	4	20,0	6	30,0	4	20,0	3	15,0	6	30,0	5	25,0	0	0	2	10,0
61	Amistades me identifico	0	0	3	15,0	3	15,0	2	10,0	0	0	4	20,0	13	65,0	8	40,0	4	20,0	3	15,0
62	Amistades me resuelven dudas	7	35,0	1	5,0	6	30,0	5	25,0	1	5,0	2	10,0	4	20,0	7	35,0	2	10,0	5	25,0
63	Amistades me fuerzan a cosas	19	95,0	18	90,0	1	5,0	1	5,0	0	0	1	5,0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nº ítem	Dim.3: consideraciones sobre actividad de ocio	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre		post		pre		post		pre		post									
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%								
64	Ocio salir de fiesta con amistades	0	0	2	10,0	6	30,0	4	20,0	2	10,0	2	10,0	10	50,0	10	50,0	2	10,0	2	10,0
65	Distracción ver la tele	3	15,0	4	20,0	4	20,0	5	25,0	0	0	5	25,0	10	50,0	5	25,0	3	15,0	1	5,0
66	Quedarme tirado en el sofá lo que más me gusta	9	45,0	12	60,0	5	25,0	5	25,0	3	15,0	0	0	1	5,0	3	15,0	2	10,0	0	0
67	Leer un libro me resulta aburrido	5	25,0	3	15,0	1	5,0	5	25,0	4	20,0	5	25,0	6	30,0	5	25,0	4	20,0	2	10,0
68	Ir de excursión es un rollo	15	75,0	13	65,0	1	5,0	5	25,0	1	5,0	2	10,0	3	15,0	0	0	0	0	0	0
69	Ocio jugar a la videoconsola	10	50,0	15	75,0	6	30,0	2	10,0	3	15,0	1	5,0	1	5,0	0	0	0	0	0	0
70	Consulta internet para distraerme	7	35,0	4	20,0	6	30,0	7	35,0	2	10,0	2	10,0	3	15,0	7	35,0	2	10,0	0	0

Ante la incertidumbre sobre la influencia o no de los medios de comunicación en la toma de decisiones, existe un 30%, en el ítem 56.

Del mismo modo, se destaca como anecdótico que existe un 50% de los alumnos y alumnas encuestadas que no consideran real la idea de que los medios de comunicación influyen en su forma de hablar, mostrando su desacuerdo en este sentido. Sin embargo, poniéndoles ejemplos reales que ellos y ellas utilizan analizan la situación sin ser totalmente objetivos.

Por tanto, el programa ha conseguido concienciar a la población encuestada de 4º de ESO de la influencia de los medios de comunicación, dejando lagunas o generando un pensamiento contrario cuando se habla de la influencia de la publicidad en la toma de decisiones de la juventud y de generar nuevos modelos de relación y comunicación con el grupo de iguales, derivados de los ejemplos de los medios de comunicación.

Observando la influencia del grupo de iguales en el alumnado de 4º de ESO, la tabla 7.21, desvela que los ítems donde se justifica la importancia del grupo de amigos y amigas en el proceso de maduración del alumnado es en los ítems 61 y 62. Al hilo de lo anterior, en el ítem 63, el 90% aproximadamente del alumnado encuestado no están de acuerdo con la tipificación de que el grupo de iguales fuerza a realizar actividades que la persona no quiera realizar.

Estos datos demuestran que en el caso del alumnado de 4º de ESO, el grupo de iguales realiza una influencia positiva en el alumnado; debido a que, se identifican con el grupo, se sienten respetados y respetadas, les resuelven dudas que la familia no puede (según su criterio), pero en ningún momento les fuerzan a realizar actividades que no quieran realizar por el simple motivo de pertenecer al grupo.

La tercera dimensión a considerar como factor de riesgo o protección en este cuestionario, hace referencia a las actividades de ocio y tiempo libre que realiza el alumnado de 4º de ESO.

Las actividades relacionadas con salir de fiesta, ver la televisión, leer un libro que resulta aburrido y pasar la tarde consultando internet (ítems 64, 65, 67 y 70 respectivamente), el alumnado considera que son unas actividades adecuadas para realizar en el tiempo libre o tiempo de ocio, sin necesidad de incluir nuevas actividades; ya que, con estas cubren sus expectativas de las “3 D” (descanso, diversión, desarrollo).

El ítem más llamativo es el de salir de fiesta, donde el 50%, tanto en el pre-test como en el post-test, consideran que es una actividad adecuada y la única que realizan en su tiempo de ocio. Esta situación nos hace reflexionar que se debe insistir de manera más clara sobre las actividades de ocio y tiempo libre que realiza la juventud; ya que muchas de ellas pueden estar cercanas al consumo de drogas, lo que puede aumentar las probabilidades de iniciarse en el consumo de sustancias.

El ítem que genera más controversia es el 70, relativo a me paso la tarde consultando internet; el alumnado considera que están poco de acuerdo con la afirmación y que realizan más actividades en el tiempo libre (30,0% en pre y 35% en el post) y, por otro lado, el 15% en pre y el 35% en post consideran que es una actividad adecuada para realizar en el tiempo de ocio, sin necesidad de combinarla con otras, como se puede observar en la tabla 7.21.

Debido a estas discrepancias de opinión, el programa debe trabajar más profundamente el tema de las actividades de ocio saludables y positivas para prevenir las drogodependencias; ya que, dependiendo de cómo se aborde puede convertirse en un factor de riesgo o protección, uniéndolo a la influencia del grupo de iguales y la importancia que le otorgan para tomar sus decisiones.

Finalizado el análisis sobre factores de riesgo o protección a considerar en el alumnado de 4º de ESO, como son los medios de comunicación, las amistades y las actividades de ocio; pasamos a observar los hábitos de consumo reflejados en la tabla 7.22, presenta que aproximadamente el 80% del alumnado de 4º de ESO fuma tabaco de forma habitual, a diario como los fines de semana. Con respecto al consumo de alcohol, el 95% aproximadamente consumen habitualmente alcohol cuando salen los fines de semana.

En definitiva, los datos demuestran que el alumnado sigue asociando el consumo de drogas legales a actividades de ocio y tiempo libre; es decir, no saben divertirse sin tener que consumir drogas, utilizan su consumo por el factor desinhibidor

que provoca el consumo de sustancias en las personas. Si avanzamos el análisis sobre el porcentaje de alumnos y alumnas que han experimentado con el consumo de otras drogas, el 45% en post, lo ha realizado. Desglosando el porcentaje, se han iniciado en cannabis el 45%, en cocaína el 5%, en drogas de síntesis el 15% y en inhalantes el 15%.



Tabla 7.22. Hábitos de consumo del alumnado de 4º de ESO, curso 07/08

Nº ítem	Dim.5: Hábitos de consumo	Nunca		Lo he probado		Fumo de vez en cuando/A veces F/S		Fumo los F/S /Casi siempre que salgo F/S		Fumo diariamente/ Siempre que salgo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
71	Has fumado tabaco alguna vez	1	5,0	2	10,0	0	0	2	10,0	0	0	4	20,0	7	35,0	9	45,0	12	60,0	3	15,0
72	Has tomado alguna bebida alcohólica	0	0	1	5,0	0	0	1	5,0	5	25,0	13	65,0	9	45,0	5	25,0	6	30,0	0	0
73	Te has mareado o emborrachado alguna vez	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		2	10,0	11	55,0	18	90,0	9	45,0												
74	Cuántos fines de semana en el último mes te has emborrachado	Un fin de semana		Dos fines de semana		Casi todos los F/S		Todos los F/S		Nunca											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post								
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	
		0	0	1	5,0	0	0	0	0	0	0	4	20,0	2	10,0	8	40,0	18	90,0	7	35,0
75	Has probado alguna otra droga	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		0	0	9	45,0	20	100,0	11	55,0												
76	¿Cuáles?	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
	Cannabis	0	0	9	45,0	20	100,0	11	55,0												
	Cocaína	0	0	1	5,0	20	100,0	19	95,0												
	Droga de síntesis	0	0	3	15,0	20	100,0	17	85,0												
	Anfetaminas	0	0	0	0	20	100,0	20	100,0												
	Dopamina	0	0	0	0	20	100,0	20	100,0												
Alucinógenos	0	0	0	0	20	100,0	20	100,0													
Inhalantes	0	0	3	15,0	20	100,0	17	85,0													

La edad de inicio en la experimentación en el consumo de cannabis, representada en la tabla 7.23, se sitúa en el intervalo de 9-11 años, donde la frecuencia del consumo es del 5% casi todos los fines de semana, y del 25% todos los días. En el programa de prevención “*Entre Todos*”, no se aborda el consumo de otra sustancia ilegal diferente al cannabis, debido a que, cuando surgió el programa en el año 2000, era la sustancia más consumida entre la juventud. Hoy día, existen muchas drogas que son consumidas por la juventud a muy temprana edad, causando consecuencias irreparables para su organismo, inapreciables por ellos mismos hasta que no se manifiestan sus efectos en su propio organismo hasta pasado un tiempo.

Tabla 7.23. Edad de inicio y frecuencia del consumo de cannabis en el alumnado de 4º de ESO curso 07/08

Nº ítem	Dim6: Edad de Inicio	6-8 años		9-11 años		12-15 años		Nunca									
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post								
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %								
77	Si has fumado porros alguna vez	0	0	0	0	9	45,0	0	0	20	100,0	11	55,0				
Nº ítem	Dim7: Frecuencia del consumo	Sólo de vez en cuando		Casi todos los fines de semana		Varias veces a la semana		Fumo todos los días		Nunca he fumado							
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post						
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %						
78	Si has fumado porros en el último mes	0	0	0	0	1	5,0	0	0	0	0	5	25,0	20	100,0	14	70,0

Las diferencias estadísticas registradas aplicando el procedimiento de cursos anteriores, hacen referencia a las siguientes cuestiones:

- Los discentes participantes consideran que para tener una personalidad autónoma, es necesario reflexionar sobre las cuestiones que plantean los medios de comunicación, realizando una revisión crítica ( $t= 0,442$ ,  $p= 0,048$ ).
- En este sentido, la transmisión de la información depende de los intereses de cada Medio de Comunicación, por lo que finalizada la intervención se convencen más del poder de los medios para manipular, y generar la información que les interesa en cada momento ( $t= 1,161$ ,  $p= 0,046$ ).
- El alumnado manifiesta que se identifican con el grupo de amigos, y se sienten respetados por ellos ( $t=1,688$ ,  $p= 0,030$ ).

Tabla 7.24. Media, desviación típica y prueba de t, 4º ESO curso 07/08

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	Pre			Post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
56	Influencia publicidad en decisiones sin darnos cuenta	4,15	0,875	20	3,80	0,834	20	1,295	0,716
57	Personalidad autónoma= ser crítico con MCM	3,60	0,821	20	3,45	1,276	20	<b>0,442</b>	<b>0,048</b>
58	Transmisión información según intereses de MCM	4,35	0,587	20	4,00	1,214	20	<b>1,161</b>	<b>0,046</b>
59	Influencia MCM en formas de hablar	2,50	1,318	20	2,40	1,231	20	0,248	0,228
Nº ítem	Dim.2: Influencia grupo de iguales	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
60	Amistades únicos me entienden	2,50	1,235	20	2,75	1,333	20	-0,615	0,781
61	Identificación y respeto con amistades	3,90	0,912	20	3,30	1,302	20	<b>1,688</b>	<b>0,030</b>
62	Amistades resuelven dudas que no la familia	2,40	1,429	20	3,50	1,277	20	-2,567	0,560
63	Amistades me fuerzan a cosas que no quiero	1,05	0,224	20	1,15	0,489	20	-0,831	0,091
Nº ítem	Dim.3: Consideraciones activ. Ocio y Tiempo Libre	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
64	Salir de fiesta con amistades	3,40	1,046	20	3,30	1,218	20	0,278	0,474
65	Para distraerme veo la tele	3,30	1,380	20	2,70	1,218	20	1,457	0,353
66	Quedarme tirado en el sofá sin hacer nada	2,10	1,334	20	1,70	1,081	20	1,042	0,392
67	Leer un libro me resulta aburrido	3,15	1,496	20	2,90	1,252	20	0,573	0,326
68	Ir de excursión es un rollo	1,60	1,142	20	1,45	0,686	20	0,503	0,068
69	Ocio jugar a la videoconsola	1,75	0,910	20	1,42	1,017	20	1,065	0,676
10	Consultando internet sin más	2,35	1,387	20	2,60	1,188	20	-0,612	0,626

En este caso, el alumnado que consume cannabis está consumiendo además drogas legales, por lo que se observa claramente la teoría de la escalada del consumo de Prochaska y Diclemente (1983), iniciándose en drogas legales para poder continuar con drogas ilegales para obtener los beneficios de placer que ofrece el consumo de drogas. Teniendo por tanto, un policonsumo habitual de drogas a la edad de 16 años.

Se puede concluir que el programa ha conseguido reducir el consumo de sustancias, pero debe trabajarse más intensamente en este aspecto para que la percepción del riesgo ante el consumo de sustancias aumente teniendo en cuenta a todos los sectores que propician esta cuestión: familia, educadores y educadoras, centros educativos, medios de comunicación, sociedad, etc.

## 7.3. Curso académico 2008/2009

### 7.3.1. 1º Educación Secundaria Obligatoria

En el curso académico 2008/2009, es la primera vez que realizan el programa de prevención escolar y familiar “Entre Todos”.

El cuestionario que se ha utilizado para el alumnado de 1º de ESO se compone de cinco dimensiones que agruparemos del siguiente modo:

- Tabla 7.25. Estado de opinión sobre el consumo
- Tabla 7.26. Hábitos de consumo, edad de inicio, frecuencia y aspecto social del consumo.

La tabla 7.25, nos muestra que en la dimensión del estado de opinión sobre el consumo de sustancias se observan diferencias porcentuales en los resultados de los ítems 1, 2, y 6, referidos a modificar la percepción sobre el consumo de tabaco y cannabis, junto con la nocividad que provoca su consumo, disminuyendo el porcentaje de respuesta en las opción de falso y aumentando la de verdadero, terminado el programa de prevención.

Tabla 7.25. Estado de opinión sobre el consumo de alumnado de 1º de ESO, curso 08/09

Nº ítem	Dim. 1: Opinión consumo	Verdadero		Falso				No sé				X <sup>2</sup>	p	N		
		pre		post		pre		post		pre					post	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%				f	%
1	Fumar Tb perjudica la salud	0	0	1	4,2	29	100,0	23	95,8	0	0	0	0	11,232	.0,267	53
2	El Tb produce adicción	1	3,4	1	4,2	25	86,2	22	75,9	2	6,9	1	4,2	22,215	.0,330	53
3	El humo del Tb perjudica a no fumadores	2	6,9	1	4,2	25	86,2	22	91,7	2	6,9	1	4,2	11,962	.0,375	53
4	El consumo de Tb disminuye la resistencia física	0	0	1	4,2	25	86,2	22	91,7	4	13,8	1	4,2	<b>66,938</b>	<b>.0,031</b>	53
5	Cnb perjudica a la salud	0	0	1	4,2	27	93,1	23	95,8	2	6,9	0	0	44,075	.0,130	53
6	Cnb produce adicción	0	0	1	4,2	26	89,7	21	87,5	3	10,3	2	8,3	77,377	.0,061	53
7	Cnb – función cerebral y - SNC	0	0	0	0	25	86,2	21	87,5	4	13,8	3	12,5	<b>66,938</b>	<b>.0,031</b>	53
8	Cnb produce trastornos circulatorios y del corazón	2	6,9	0	0	20	69,0	18	75,0	7	24,1	6	25,0	<b>99,635</b>	<b>.0,008</b>	53

Excepcionalmente los resultados muestran que la percepción del daño que ocasiona el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (cannabis) se refleja en las opciones de respuesta de los ítems 3, 4, 5, 7 y 8.

Desde esta perspectiva, el programa no ha incidido eficazmente en estos aspectos para conseguir en el período de un año académico tales cambios de opinión sobre el riesgo derivado del consumo de drogas legales.

La dimensión 2, referida al hábito de experimentación de cannabis en el alumnado de 1º de ESO, que se recoge en la tabla 7.26, muestra que tan solo una persona de las encuestadas ha experimentado con dicha sustancia.

Tabla 7.26. Hábitos de consumo, edad de inicio, frecuencia y aspecto social del consumo del alumnado de 1º de ESO, curso 08/09

Nº ítem	Dim.2: Hábitos de consumo	Si				No				X <sup>2</sup>	p	N				
		pre		post		pre		post								
		f	%	f	%	f	%	f	%							
12	Probado Cnb alguna vez	1	3,4	0	0	28	96,6	24	100,0	0,019	0,891	53				
Nº ítem	Dim.3: Edad de Inicio	9-11 años		12-15 años		16-18 años		Nunca		X <sup>2</sup>	p	N				
		pre		post		pre		post								
		f	%	f	%	f	%	f	%				f	%		
10	Edad inicio Tb	6	20,7	2	8,3	6	20,7	2	8,3	6	20,7	2	8,3	1,997	0,573	53
14	Edad inicio Cnb	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,232	0,267	53
Nº ítem	Dim.4: Frecuencia del consumo	Si				No				X <sup>2</sup>	p	N				
		pre		post		pre		post								
		f	%	f	%	f	%	f	%							
9	Fumas Tb una vez a la semana	2	6,9	2	8,3	27	93,1	22	91,7	1,384	0,501	53				
13	Fumas Cnb una vez la semana	1	3,4	0	0	28	96,6	24	100,0	0,019	0,891	53				
Nº ítem	Dimen. 5: Aspecto social del consumo	Si				No				X <sup>2</sup>	p	N				
		pre		post		pre		post								
		f	%	f	%	f	%	f	%							
11	Amistades consumen Tb	18	62,1	18	75,0	11	37,9	6	25,0	1,008	0,315	53				
15	Amistades consumen Cnb	3	10,3	6	25,0	26	89,7	18	75,0	2,001	0,157	53				

Sin embargo, en la tabla 7.26 se observa del mismo modo que el consumo de tabaco en el alumnado de 12-13 años se encuentra más instaurado, ya que el 13,8 % en pre y el 20,8% en post, han experimentado alguna vez el consumo de tabaco, con un intervalo de edad de los 12 a los 15 años. Uno de los criterios principales que se les comenta al alumnado encuestado es experimentar con tabaco se considera haberle dado una calada a un cigarrillo, sin necesidad de fumarlo entero. Sin embargo, el porcentaje de alumnos y alumnas que no se han iniciado en el consumo de tabaco es más amplio.

La figura 7.7, expresa el porcentaje de alumnos y alumnas que se han iniciado en el consumo de tabaco. Como se puede observar existe una amplia mayoría que no han experimentado con el consumo de tabaco; sin embargo, un 20,8% del alumnado encuestado le ha dado una calada a un cigarro alguna vez en su vida en el intervalo de edad de 12 a 15 años.

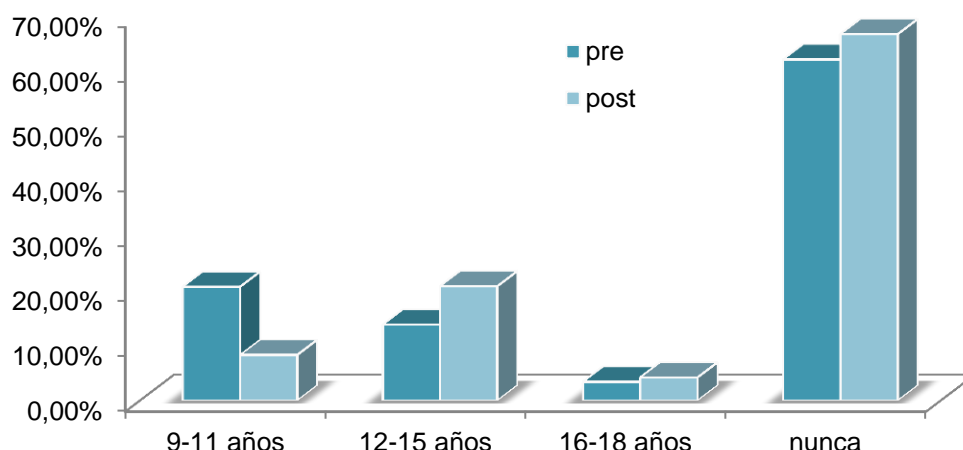


Figura 7.7. Alumnado que ha experimentado el consumo de tabaco en 1º de ESO, curso 08/09

Junto con el dato positivo de un 66,7% de alumnos y alumnas que nunca han experimentado el consumo de tabaco, se encuentra un 100% del alumnado que no han probado el cannabis.

La misma tabla 7.26, recoge que la frecuencia del consumo de tabaco entre la población encuestada de 12-13 años es de un 6,9% en pre y 8,3% en post de consumo semanal, y un 93,1% en pre y un 91,7% en post, que nunca han consumido.

Estas cifras hacen vislumbrar la idea de que el alumnado de 1º de ESO ha experimentado con el consumo de tabaco en un porcentaje muy bajo, continuando su consumo de manera habitual solo un 8,3%.

Con respecto a la frecuencia del consumo del cannabis continúa la tónica general de no consumo en un 100% del alumnado encuestado.

Un aspecto muy importante a considerar en la prevención de drogodependencias es el aspecto social del consumo de sustancias. En este caso, la tabla 7.26, muestra que el 62,1% en pre y el 75% en post, tienen amigos que consumen tabaco. E incluso el 10,3 % en pre y el 25% en post tienen amigos que consumen cannabis.

La prueba de ji-cuadrado realizada ( $n.s.=0,005$ ) atendiendo a los resultados previos y posteriores a la intervención (véase tablas 7.25 y 7.26), muestra que las únicas diferencias significativas aparecen en los ítems:

- El consumo de tabaco disminuye la resistencia física ( $p= 0,031$ ). Concretamente, el alumnado encuestado ha aumentado su intención de respuesta, al terminar la intervención del programa, en la opción *Falso*. Por lo que, después del programa no revierte problema físico el consumir tabaco.
- El cannabis disminuye la función cerebral y del Sistema nervioso Central ( $p= 0,031$ ). Este dato, pone de manifiesto que finalizado el programa, el alumnado sigue considerando el cannabis una sustancia que no provoca alteraciones en el Sistema Nervioso Central, aumentando el porcentaje de respuestas falsas sobre la afirmación.
- El cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón ( $p= 0,008$ ). De igual modo, para los encuestados el cannabis no genera problemas circulatorios, idea que aumenta al término de la intervención, pasando de un 69,0% que considera falsa la afirmación, a un 75, 0%.

Vistos y analizados todos los datos, el programa debe profundizar más en aspectos específicos del consumo de drogas, junto con la variable social vinculada al consumo, refiriéndose a las actividades de ocio que realizan como el grupo de iguales en donde se apoyan; ambos sectores son fundamentales para ser considerados factores de riesgo o protección de la adolescencia dependiendo de si la influencia es positiva o negativa.

### **7.3.2. 2º Educación Secundaria Obligatoria**

El alumnado de 2º de ESO lleva inmerso en el programa de prevención dos años.

Se observa en la tabla 7.27, la opinión del alumnado de 2º de ESO sobre el consumo de drogas legales e ilegales. Destaca que las personas encuestadas consideran que las afirmaciones referentes al consumo de drogas son falsas, en los



ítems 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23 y 24; lo que significa que para el alumnado encuestado no existe riesgo en el consumo de alcohol y cannabis, ya que lo consideran que no existen riesgos asociados a su consumo. Sorprende que el alumnado de 13-14 años considere de forma tajante que el cannabis es una sustancia legal (ítem 21).

Tabla 7.27. Estado de opinión sobre el consumo de drogas del alumnado de 2º de ESO, curso 08/09

Nº ítem	Dim.1: Estado de opinión sobre el consumo	Verdadero		Falso		No sé		X <sup>2</sup>	p	N						
		pre		post		pre					post					
		f	%	f	%	f	%				f	%				
16	Beber Alc perjudica la salud	0	0	0	0	29	100,0	25	100,0	0	0	0	0	-	-	55
17	Alc = adicción	0	0	0	0	25	100,0	25	100,0	4	13,8	0	0	<b>3,867</b>	<b>0,049</b>	<b>55</b>
18	Persona bebe mucho Alc = problemas	0	0	0	0	28	96,6	25	100,0	1	3,4	0	0	0,913	0,339	55
19	Necesario beber Alc para pasarlo bien con amistades	23	79,3	19	76,0	2	6,9	3	12,0	4	13,8	3	12,0	1,753	0,416	53
20	Cnb perjudica la salud	1	3,4	1	4,0	27	93,1	22	88,0	1	3,4	2	8,0	0,491	0,782	55
21	Cnb = sustancia legal	18	62,1	17	68,0	2	6,9	5	20,0	9	31,0	3	12,0	<b>10,384</b>	<b>0,006</b>	<b>55</b>
22	Cnb = adicción	0	0	1	4,0	27	93,1	22	88,0	2	6,9	2	8,0	5,172	0,075	55
23	Cnb = disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC	0	0	1	4,0	22	75,9	20	80,0	7	24,1	4	16,0	<b>11,895</b>	<b>0,003</b>	<b>55</b>
24	Cnb = produce trastornos circulatorios y del corazón	0	0	0	0	16	55,2	17	68,0	13	44,8	8	32,0	<b>21,017</b>	<b>0,000</b>	<b>55</b>

Tras este análisis y teniendo en cuenta la experiencia acumulada en el abordaje de programas de prevención, conforme aumenta la edad de madurez de los adolescentes se reduce de manera paralela la percepción de riesgo asociado al consumo de sustancias legales; incluso en este caso en el consumo de drogas ilegales como el cannabis. El grado de socialización y de influencia de la sociedad actual hace que sea muy dificultoso eliminar el mito que gira en torno al consumo de cannabis, referido a considerarlo una sustancia legal que no genera consecuencias.

La realidad es que en este país, se sigue considerado una sustancia ilegal y que está sancionada y penada la ingesta y tráfico de esta sustancia; sin embargo, en la sociedad no consigue calar la problemática que se deriva del consumo habitual y compulsivo de cannabis a edades tempranas.

Por este motivo, el programa de prevención debe hacer más hincapié en desmitificar los falsos mitos relacionados con el consumo de drogas tanto legales como ilegales para poder inculcar la nocividad del consumo de drogas, no desde el miedo y la prohibición, sino desde la sensatez y la madurez personal de cada joven.

En la tabla 7.28, se muestran las dimensiones relacionadas con los hábitos de consumo, edad y frecuencia de consumo del alumnado de 2º de ESO, junto con el

aspecto social del mismo. Es decir, se analiza el inicio en el consumo de drogas tanto legales (alcohol) como ilegales (cannabis), además de observar si el grupo de iguales ejerce influencia negativa o positiva sobre estas circunstancias de consumo.

Por lo que, el 89,7% en pre y el 84 % en post del alumnado, han probado el alcohol alguna vez, considerando el probar haber ingerido alguna bebida alcohólica, ya sea espirituosa o no. Resulta sorprendente que solo un 10,3% en pre y un 16% en post no han probado alcohol, en un aula de casi treinta alumnos y alumnas. Es decir, la inmensa mayoría ha experimentado con el consumo de alcohol, utilizándolo como un ritual de madurez y desinhibición en la adolescencia. Esta etapa se considera vital, donde la búsqueda de sensaciones nuevas impera en el comportamiento de los y las adolescentes.

Tabla 7.28. Hábitos de consumo, edad de inicio, frecuencia y aspecto social del consumo del alumnado de 2º de ESO, curso 08/09

Nº ítem	Dimen. 2: Hábitos de consumo	Si		No		$\chi^2$	p	N				
		pre	post	pre	post							
		f %	f %	f %	f %							
25	Probado Alc alguna vez	26 89,7	21 84,0	3 10,3	4 16,0	0,313	0,576	55				
30	Probado Cnb alguna vez	1 3,4	4 16,0	28 96,6	21 84,0	22,363	0,124	55				
Nº ítem	Dimen. 3: Edad de inicio	9-11 años		12-15 años		16-18 años		Nunca		$\chi^2$	p	N
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post			
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %			
28	Edad inicio Alc	17 58,6	12 48,0	9 31,0	5 20,0	0 0	2 8,0	3 10,3	6 24,0	4,526	0,210	55
33	Edad inicio Cnb	1 3,4	3 12,0	0 0	0 0	0 0	0 0	82 96,6	22 88,0	1,331	0,249	55
Nº ítem	Dimen. 4: Frecuencia del consumo	Si		No		$\chi^2$	p	N				
		pre	post	pre	post							
		f %	f %	f %	f %							
26	Bebes Alc 1 vez a la semana	5 17,2	5 20,0	24 82,8	20 80,0	0,036	0,849	55				
27	Bebes Alc 1 vez al mes	12 41,4	9 36,0	17 58,6	16 64,0	0,049	0,825	55				
31	Fumas Cnb 1 vez a la semana	0 0	0 0	29 100,0	25 100,0	-	-	55				
32	Fumas Cnb 1 vez al mes	0 0	0 0	29 100,0	25 100,0	-	-	55				
Nº ítem	Dimen. 5: Aspecto social del consumo	Si		No		$\chi^2$	p	N				
		pre	post	pre	post							
		f %	f %	f %	f %							
29	Amistades consumen Alc	25 89,3	21 84,0	3 10,7	4 16,0	20,296	0,586	55				
34	Amistades consumen Cnb	12 41,4	10 40,0	17 58,6	15 60,0	0,049	0,825	55				

Atendiendo a la experimentación del consumo de cannabis, la tabla 7.28, nos refleja que un 3,4% en pre y un 16% en post, han experimentado con esta sustancia, con únicamente haberle dado una calada a un porro. Junto a este dato, el 84% del alumnado no ha experimentado el consumo de cannabis.

Observando la edad de inicio, se presenta que el consumo de alcohol se sitúa en el intervalo de 9-11 años, edad muy temprana como afirman las estadísticas nacionales del PNSD, que muestra la tendencia en el consumo de alcohol al alza durante el 2012. Estas estadísticas reflejan que en 2012, el 81,9% de los jóvenes había consumido en el último año, y el 74% en el último mes. A pesar de la tendencia global ascendente de las borracheras, en 2013 desciende el % de jóvenes que se emborracha. El % de jóvenes que se emborracha se mantiene en niveles altos: 3 de cada 10 en el último mes. La edad media de inicio es a los 13 años, teniendo en cuenta que los datos se registran en la encuesta ESTUDES iniciando el análisis a los 14 años.

La figura 7.8, muestra los intervalos de edad de inicio en el consumo de alcohol del alumnado de 2º de ESO.

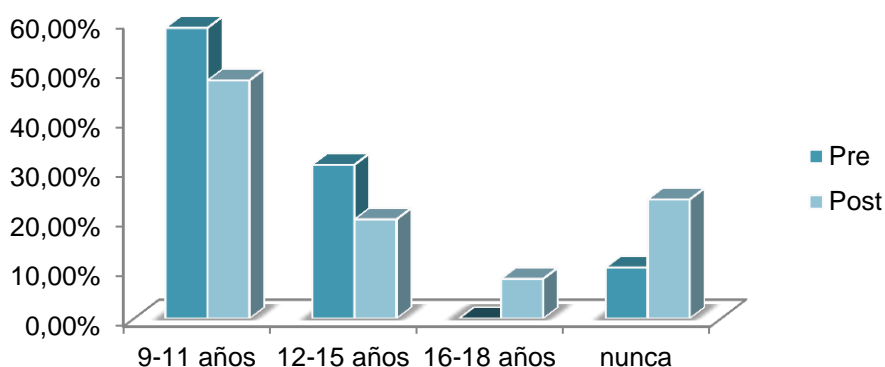


Figura 7.8. Edad de inicio en el consumo de alcohol del alumnado de 2º ESO, curso 08/09

La figura 7.8, presenta que el 48% de los encuestados se ha iniciado en el consumo de alcohol en el intervalo de 9-11 años. Por otro lado, el 20% ha experimentado a la edad de 12-15 años.

Con respecto a la edad de inicio en el consumo de cannabis, solo un 3,4% en pre y 12% en post han experimentado en el intervalo de edad de 9-11 años. El resto de encuestados nunca ha consumido cannabis (96,6% en pre y 88,0% en post).

Considerando que el alumnado encuestado es de 2º de ESO, en su amplia mayoría se ha iniciado en el consumo de alcohol, se hace necesario conocer cuál es la frecuencia de su consumo. La tabla 7.28, sitúa que el 17,2% en pre y 20% en post

beben alcohol una vez durante la semana, y un 41,4% en pre y un 36% en post consumen alcohol una vez al mes.

A este respecto, el consumo de alcohol a nivel mensual es alto, lo que hace presagiar que su consumo es ocasional con riesgo de convertirse en habitual durante los fines de semana, conforme la influencia del grupo de iguales sea mayor a medida que se hacen mayores.

Como contrapartida, el 100% del alumnado no consume cannabis ni semanal ni mensual. Anteriormente se ha comentado que un 12% del alumnado había experimentado el consumo de cannabis; estos datos reflejan, que se han iniciado en el consumo de cannabis, sin mantenerse en él. Por ese motivo, el 100% de los encuestados no consume esta sustancia ni de forma habitual ni ocasional.

El aspecto social del consumo de drogas ejerce gran influencia en la adolescencia, por lo que se observa que el 89,3% en pre y el 84% en post tienen amigos y amigas que consumen alcohol, situación que debe poner en alerta a educadores y familia para dotar a los adolescentes de habilidades de resistencia ante el ofrecimiento de drogas, para evitar la ingesta de alcohol de manera habitual por el influjo de los y las amigas, por el hecho social de pertenecer a un grupo.

Atendiendo al cannabis, sucede lo mismo, el 100% del alumnado no ha mantenido un consumo ni ocasional ni habitual de cannabis. Sin embargo, tienen amigos y amigas consumidoras en un porcentaje del 41,4% en pre y el 40% en post.

En el curso 2008/2009, solo se observan diferencias significativas en los ítems 17,21, 23 y 24, como se aprecia en la tabla 7.27, al aplicar nuevamente una prueba de ji cuadrado ( $n.s.= 0,05$ ) para valorar los efectos de la intervención. Concretamente, los valores de  $p$  para los citados ítems, se establecen en:

- El alcohol crea adicción ( $p= 0,049$ ). Para el alumnado objeto de estudio, el programa no ha conseguido aclarar sus dudas sobre si genera o no adicción, debido a que disminuye el porcentaje de respuesta *No sé*, de 13,8% a 0,0%; manteniendo inalterable el porcentaje de 100% que consideran *Falso* la afirmación, tanto antes como después de la intervención.
- El cannabis es una sustancia legal ( $p= 0,006$ ). Este elemento es significativo porque al término del programa, el alumnado ha aumentado su intención de respuesta *Verdadero*, quedando en un 68,0%. Sin embargo, también ha permitido el programa que existan grupos de alumnos que incrementen su opinión acerca de que es falsa la afirmación.

- El cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC ( $p= 0,003$ ). Esta sustancia sigue percibiéndose, finalizada la implementación del programa como una droga sin consecuencias, ya que se incrementa la intención de respuesta de *Falso* en esta afirmación, pasando de un 75,9% a un 80,0%.
- El cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón ( $p= 0,000$ ). Igualmente, terminada la intervención, los jóvenes encuestados siguen opinando que el consumo de cannabis no provoca efectos nocivos en el corazón, en un 68, 0%, respondiendo *Falso* sobre la afirmación.

En definitiva, estos datos vaticinan que para el segundo ciclo de Educación Secundaria Obligatoria, se debe abordar la influencia del grupo de iguales y el desarrollo de habilidades de resistencia ante el ofrecimiento de drogas por parte de las amistades, junto con la desmitificación de falsas concepciones sobre sustancias como alcohol y cannabis.

### **7.3.3. 3º Educación Secundaria Obligatoria**

El alumnado de 3º ESO del curso académico 2008-2009 lleva inmerso en el programa de prevención tres años consecutivos. Cada año académico que se realiza la intervención en el centro educativo, pretende conseguir unos resultados más duraderos como propone el Instituto Nacional de Adicciones de Estados Unidos (NIDA), donde especifica que en los programas de prevención destinados a centros educativos deben ser estables y duraderos en el tiempo para conseguir resultados. Dicha institución sostiene que intervenciones puntuales no consiguen efectos a nivel preventivo como los programas estructurados, estables y que abarquen una enseñanza educativa completa, como sucede en el caso de Educación Secundaria Obligatoria con el Programa “*Entre Todos*”.

La tabla 7.29, recoge las dimensiones relativas a factores de riesgo o protección que juegan un papel relevante a la hora de incrementar o disminuir las posibilidades de convertirse en consumidores la población adolescente encuestada.

En el apartado de la influencia de los medios de comunicación en el alumnado de 3º de ESO, se destacan los ítems 35 y 37, donde finalizado el programa, el alumnado es más consciente del dominio que ejercen los medios de comunicación de masas sobre la toma de decisiones y sobre la transmisión de información dependiendo de los intereses que existan detrás.

Sin embargo, en el ítem 36, se observa un aumento en el porcentaje de respuesta (de un 15% en pre a un 55% en post), donde el alumnado expresa que no tiene claro que para tener una personalidad autónoma debemos ser críticos con los medios de comunicación, y analizar en todo momento lo que cuentan para poder crear nuestra propia visión de las cosas.

En la tabla 7.29, se recogen las vivencias generales que el alumnado puede tener en su centro educativo. Se destaca que los alumnos y alumnas de 3º de ESO valoran positivamente su centro y lo consideran un lugar agradable, y donde son necesarias normas para poder convivir, reflejado en los ítems 38 y 39.

Sin embargo, ante la relevancia de todas las asignaturas que se estudian en el centro educativo en la etapa de Educación Secundaria, el 55% del alumnado, considera que no todas las asignaturas son importantes para su futuro personal y profesional, o por lo menos, no han conseguido verles el sentido en la etapa en la que se encuentran.

Tabla 7.29. Influencia de los medios de comunicación, Vivencias en el centro educativo, Consideraciones sobre la familia y Percepción personal del alumnado de 3º de ESO, curso 08/09

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre		post		pre		post		pre		post									
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%								
35	Influencia publicidad en de decisiones sin darnos cuenta	0	0	0	0	4	21,1	5	25,0	0	0	0	0	11	57,9	15	75,0	4	21,1	0	0
36	Personalidad autónoma = ser críticos con los MCM	1	5,3	0	0	2	10,5	3	15,0	3	15,0	11	55,0	11	57,9	5	25,0	2	10,5	1	5,0
37	Transmisión información según intereses	0	0	0	0	3	15,8	1	5,0	1	5,3	4	20,0	5	26,3	9	45,0	10	52,6	6	30,0
Nº ítem	Dim. 2: Comentarios Centro educativo	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre		post		pre		post		pre		post									
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%								
38	En el IES convivimos muchas personas y las normas son necesarias para que funcione bien	1	5,3	1	5,0	0	0	0	0	0	0	1	5,0	9	47,4	4	20,0	9	47,4	14	70,0
39	Mi IES me parece un lugar agradable	7	36,8	3	15,0	6	31,6	3	15,0	2	10,5	0	0	4	21,1	13	65,0	0	0	1	5,0
40	Todas las asignaturas que se estudian son importantes	0	0	2	10,0	3	15,8	11	55,0	2	10,5	3	15,0	10	52,6	3	15,0	4	21,1	1	5,0
Nº ítem	Dim.3: consideraciones sobre la familia	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre		post		pre		post		pre		post									
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%								
41	Fundamental en familia hablarse y tratarse con cariño en la familia	0	0	0	0	0	0	1	5,0	0	0	0	0	0	0	5	25,0	19	100,0	14	70,0
42	Importante confianza en la familia	0	0	0	0	0	0	1	5,0	0	0	0	0	4	21,1	2	10,0	15	78,9	17	85,00
43	conflictos familiares usar empatía	1	5,3	0	0	0	0	2	10,0	2	10,5	4	20,0	11	57,9	5	25,0	5	26,3	9	45,0
Nº ítem	Dim.4: Opinión percepción personal	Estoy en desacuerdo		No sé		Estoy de acuerdo															
		pre		post		pre		post													
		f	%	f	%	f	%	f	%												
44	Tengo buenas cualidades	15	78,9	14	70,0	4	21,1	5	25,0	0	0	1	5,0								
45	Muchos chicos y chicas de mi edad son mejores que yo	5	26,3	5	25,0	12	63,2	10	50,0	2	10,5	5	25,00								
46	Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como el resto	18	94,7	16	80,0	0	0	1	5,0	1	5,3	3	15,0								
47	Estoy contento con mi forma de ser	19	100	15	75,0	0	0	3	15,0	0	0	2	10,0								

La familia se considera otro factor de riesgo o protección dependiendo de la influencia que ejerzan sobre los y las adolescentes. Todos los alumnos coinciden en la importancia de la familia como pilar fundamental a la hora del proceso de maduración de la adolescencia, quedando reflejado en los ítems 41,42 y 43, siendo de un 70%, 85% y 45% respectivamente.

Otro factor de riesgo o protección fundamental, es la propia percepción personal que tengan los y las adolescentes de sí mismos. Al iniciar la implementación del programa de prevención en este nivel educativo la percepción personal del alumnado era muy baja, traduciéndolo en que su autoestima y autoconcepto se encontraba muy deteriorado. Un ejemplo de esta situación se en el ítem 44, donde ante la afirmación creo que tengo buenas cualidades el porcentaje de respuesta es 78,9% en total desacuerdo. Sin embargo, terminada la intervención se reduce a un 70%, aumentando el porcentaje de respuesta en estar de acuerdo a un 5% (siendo de 0% en el pre-test).

Por lo tanto, al finalizar el programa la percepción de sí mismos mejora tímidamente, se observa en los 44, 46 y 47. Por todo ello, el programa de prevención "*Entre Todos*" considera necesario abordar el tema de la autoestima y el autoconcepto de manera específica, y no de forma transversal como se trabaja actualmente en la intervención de 3º ESO.

La tabla 7.30, analiza los hábitos de consumo de drogas legales e ilegales del alumnado de 3º de ESO, mostrando que el 55% fuman tabaco de manera habitual los fines de semana y diariamente.

Con respecto al consumo de alcohol, el 85% del alumnado encuestado consume los fines de semana principalmente.

Estos datos hacen presagiar que el alumnado de 3º de ESO, tiene muy instaurada la cultura del consumo de drogas legales durante el tiempo de ocio, por lo que, la lectura que puede hacerse de los datos es que para pasárselo bien necesitan consumir drogas legales, además de cumplir con el ritual de quien consume drogas legales está en la fase de convertirse en adulto. Este patrón forma parte de la función que cumple el consumo de sustancias en la adolescencia.

Estos datos demuestran que en la edad de 14-15 años, la ingesta de alcohol y el consumo de tabaco están muy instaurados, independientemente del programa de prevención que se realice, su percepción de riesgo es, si cabe inexistente. Para que esta situación cambie se necesita otro tipo de medidas a nivel familiar, de centro, sociales, etc.



Continuando con este ritual de consumo de drogas para convertirse en adulto de cara al resto de adolescentes, se sitúa la experimentación y consumo de otras drogas. En este caso, el porcentaje del alumnado que ha probado otras drogas diferentes a las legales (tabaco y alcohol) es del 31,6% en pre y del 30% en post-test. La droga con la que han experimentado principalmente es el cannabis en un 31,6% en pre y 30% en post.

Tabla 7.30. Hábitos del consumo de drogas del alumnado de 3º de ESO, curso 08/09

Nº ítem	Dim.5: Hábitos de consumo	Nunca		Lo he probado		Fumo de vez en cuando/A veces F/S		Fumo los F/S /Casi siempre que salgo F/S		Fumo diariamente/ Siempre que salgo		
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	
48	Has fumado tabaco alguna vez	0	9	4	0	2	3	9	4	4	4	
		0	45,0	21,1	0	10,5	15,0	47,4	20,0	21,1	20,0	
49	Has tomado alguna bebida alcohólica	0	1	4	2	2	10	11	5	2	2	
		0	5,0	21,1	10,0	10,5	50,0	57,9	25,0	10,5	10,0	
50	Te has mareado o emborrachado alguna vez	Si		No								
		pre	post	pre	post							
		f %	f %	f %	f %							
		9	10	10	10							
		47,4	50,0	52,6	50,0							
51	Cuántos fines de semana en el último mes te has emborrachado	Un fin de semana		Dos fines de semana		Casi todos los F/S		Todos los F/S		Nunca		
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	
		0	0	2	1	0	2	9	11	8	6	
		0	0	10,5	5,0	0	10,0	47,4	55,0	42,1	30,0	
52	Has probado alguna otra droga:	Si		No								
		pre	post	pre	post							
		f %	f %	f %	f %							
		6	6	13	14							
		31,6	30,0	68,4	70,0							
53	¿Cuáles?	Si		No								
		pre	post	pre	post							
			f %	f %	f %	f %						
			6	6	13	14						
			31,6	30,0	68,4	70,0						
		Cannabis	6	6	13	14						
		Cocaína	0	0	19	20						
		Droga de síntesis	0	0	19	20						
	Anfetaminas	0	0	19	20							
	Dopamina	0	0	19	20							
	Alucinógenos	0	0	19	20							
	Inhalantes	0	0	19	20							

La edad de inicio en el consumo de cannabis, queda recogida en el tabla 7.31, donde el intervalo de inicio se sitúa en los 9-11 años, una edad muy temprana. Junto a este dato, se relaciona la frecuencia de consumo de cannabis, la tendencia es de fumar todos los días (26,3% en pre y 15% en post).

Estos datos reflejan que el alumnado se ha iniciado en el consumo de drogas legales de forma habitual y, ha experimentado con el consumo de cannabis, tomándola como una sustancia más a incluir en su ritual de inicio, cumpliendo el patrón de la teoría de la Escala del consumo de Kandel (1980), donde se inicia el consumo en drogas legales, dando el salto a la droga de transición (cannabis) para continuar con el resto de drogas ilegales (cocaína, heroína, droga de síntesis...), en la mayoría de los casos.

Para este tipo de casos, un programa de prevención no daría resultado, sino que sería necesario realizar un programa de prevención selectiva o indicada. Es decir, se necesita no evitar el consumo, sino reducir los factores de riesgo que tiene asociados a su comportamiento.

Tabla 7.31. Edad de inicio y frecuencia del consumo de cannabis del alumnado de 3º de ESO, curso 08/09

Nº ítem	Dim6: Edad de Inicio	9-11 años		12-15 años		Nunca											
		pre		post		pre		post		pre		post					
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%				
54	Si has fumado porros alguna vez	6	31,6	6	30,0	0	0	0	0	13	68,4	14	70,0				
Nº ítem	Dim7: Frecuencia del consumo	Sólo de vez en cuando		Casi todos los fines de semana		Varias veces a la semana		Fumo todos los días		Nunca he fumado							
		pre		post		pre		post		pre		post					
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%				
55	Si has fumado porros en el último mes	0	0	0	0	0	0	0	0	5	26,3	3	15,0	14	73,7	17	85,0

Uniendo el inicio en el consumo de cannabis con la frecuencia del consumo (Tabla 7.27), un 73,7% en pre y un 85% en post nunca han consumido esta sustancia. Es necesario considerar que un 26,3% en pre y un 15% en post, admiten que la fuman a diario.

Aplicando la prueba t de Student (n.s.= 0,005), comparando la información del pres-test y el post-test, los datos más significativos son los siguientes (véase tabla 7.32):

- El alumnado, tras el Programa, ha entendido el poder de Influencia de los Medios de comunicación, a partir de la publicidad (t= -1,032, p= 0,002). Este hecho provoca, que los encuestados piensen que la publicidad puede modificar su toma de decisiones personal sin ser conscientes plenamente.
- Al inicio de la implantación del programa el alumnado, tomaba conciencia de las asignaturas que estudiaba; finalizado el Programa, son conscientes de que todas las asignaturas que estudian son importantes (t= 1,475, p= 0,049), pero algunas no les serán útiles para su futuro.
- En relación al ítem es fundamental hablarse y tratarse con cariño en la familia (t= 1,561, p= 0,002), los encuestados modifican su opinión al finalizar el programa para cambiar su opinión sobre la cercanía y cariño que debe existir en la familia. Puede deberse este hecho a que los alumnos encuestados que modifican su respuesta no estén viviendo una situación favorable de comunicación familiar.
- Atendiendo a si el alumnado considera si tiene buenas cualidades (t= -1,323, p= 0,010), la prueba de t concluye que los discentes, al finalizar el programa, han modificado su autoestima, valorando las cualidades personales que poseen.
- La reflexión referida al ítem, en general estoy contento con mi forma de ser (t=-2,373, p= 0,000), sitúa al alumnado encuestado como protagonista de su propio proceso madurativo, debido a que es consciente, pasado el Programa, de las actitudes personales que posee.

Tabla 7.32. Media, desviación típica y prueba de t, 3º ESO curso 08/09

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
35	Influencia publicidad en decisiones sin darnos cuenta	3,79	1,032	19	4,05	0,394	20	<b>-1,032</b>	<b>0,002</b>
36	Personalidad autónoma= ser crítico con MCM	3,58	1,017	19	3,70	1,129	20	-0,351	0,618
37	Transmisión información según intereses de MCM	4,16	1,119	19	4,40	0,821	20	-0,773	0,216
Nº ítem	Dim.2: Comentarios Centro educativo	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
38	En el C.E. necesidad de normas para convivencia	4,32	0,946	19	4,55	0,510	20	-0,969	0,315
39	Centro escolar lugar agradable	2,16	1,167	19	3,70	1,031	20	-4,378	0,345
40	Todas asignaturas	3,79	0,976	19	3,25	1,293	20	<b>1,475</b>	<b>0,049</b>

importantes									
Nº ítem	Dim.3: consideraciones sobre la familia	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
41	Fundamental hablarse y tratarse con cariño	5,00	0,000	19	4,75	0,716	20	<b>1,561</b>	<b>0,002</b>
42	Importante tener confianza en la familia	4,79	0,419	19	4,65	0,489	20	0,954	0,062
43	Solucionar conflictos en familia necesario usar la empatía	4,00	0,943	19	4,20	0,696	20	-0,756	0,864
Nº ítem	Dim.4: Opinión percepción personal	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
44	Tengo buenas cualidades	1,21	0,419	19	1,45	0,686	20	<b>-1,323</b>	<b>0,010</b>
45	Muchos chicos y chicas de mi edad son mejores que yo	1,84	0,602	19	1,95	0,759	20	-0,490	0,377
46	Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como otros compañeros de clase	1,11	0,459	19	1,20	0,616	20	-0,543	0,277
47	En general estoy contento con mi forma de ser	1,00	0,000	19	1,40	0,754	20	<b>-2,373</b>	<b>0,000</b>

En definitiva, el programa debe seguir reforzando la autoestima del alumnado, ayudándole a valorar sus cualidades particulares, además de mantener la motivación y la reflexión sobre la importancia de la familia en su proceso madurativo.

#### **7.3.4. 4º Educación Secundaria Obligatoria**

El alumnado de 4º de ESO, lleva poniendo en práctica los aprendizajes del programa de prevención “*Entre Todos*” tres años consecutivos, profundizando en habilidades y estrategias para crecer como persona, junto con actividades que generen un pensamiento crítico en el alumnado.

La tabla 7.33, recoge las dimensiones referentes a factores de riesgo y/o protección que deben ser tenidos en cuenta para analizar las probabilidades de ser futuro consumidor o consumidora de drogas.

Con respecto a la influencia de los Medios de Comunicación de Masas (MCM), se observa que se han producido cambios significativos una vez que se ha finalizado el programa de prevención en los ítems 56, 57, 58 y 59. Es decir, el alumnado de 4º de ESO está de acuerdo con las afirmaciones relativas a que los MCM influyen en la toma de decisiones y en la personalidad. Sin embargo, el ítem 59 genera una controversia donde el 64,7% en pre y el 41,2% en post consideran que los medios de comunicación no influyen en la forma de hablar con el grupo de iguales. De todas formas, el programa ha conseguido disminuir la intención de respuesta en este sentido para hacer ver que sin darse cuenta los medios de comunicación influyen más de lo que advierten en su vida diaria.

Tabla 7.33. Influencia de los medios de comunicación, del grupo de iguales y de las actividades de ocio y tiempo libre para el consumo de drogas en el alumnado de 4º de ESO, curso 08/09

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
56	Influencia publicidad en decisiones sin darnos cuenta	0	0	4	23,5	1	5,9	1	5,9	0	0	6	35,3	13	76,5	6	35,3	3	17,6		
57	Personalidad autónoma = ser críticos con MCM	1	5,9	1	5,9	0	0	1	5,9	5	29,4	1	5,9	6	35,3	11	64,7	5	29,4	3	17,6
58	Transmisión información según intereses de MCM	1	5,9	0	0	0	0	0	0	2	11,8	1	5,9	5	29,4	9	52,9	9	52,9	7	41,2
59	Influencia MCM en formas de hablar	2	11,8	2	11,8	11	64,7	7	41,2	1	5,9	3	17,6	3	17,6	5	29,4	0	0	0	0
Nº ítem	Dim. 2: Influencia del grupo de iguales	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
60	Amistades únicas que me entienden	4	23,5	6	35,3	7	41,2	8	47,1	3	17,6	2	11,8	2	11,8	1	5,9	1	5,9	0	0
61	Amistades me identifico	0	0	0	0	0	0	4	23,5	2	11,8	8	47,1	13	76,5	5	29,4	2	11,8		
62	Amistades me resuelven dudas	2	11,8	1	5,9	8	47,1	6	35,3	2	11,8	2	11,8	3	17,6	7	41,2	2	11,8	1	5,9
63	Amistades me fuerzan a cosas	12	70,6	12	70,6	3	16,7	5	29,4	2	11,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº ítem	Dim.3: consideraciones sobre actividad de ocio	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
64	Ocio salir de fiesta con amistades	4	23,5	2	11,8	3	17,6	10	58,8	3	17,6	0	0	7	41,2	4	23,5	0	0	1	5,9
65	Distracción ver la tele	2	11,8	0	0	5	29,4	7	38,9	3	17,6	6	33,3	5	29,4	5	27,8	2	11,8	0	0
66	Quedarme tirado en el sofá lo que más me gusta	5	29,4	5	27,8	8	47,1	9	50,0	0	0	1	5,6	2	11,8	3	16,7	2	11,8	0	0
67	Leer un libro me resulta aburrido	4	23,5	3	16,7	3	17,6	2	11,1	2	11,8	2	11,1	4	23,5	6	33,3	4	23,5	5	27,8
68	Ir de excursión es un rollo	12	70,6	11	61,1	4	23,5	5	27,8	1	5,9	1	5,6	0	0	1	5,6	0	0	0	0
69	Ocio jugar a la videoconsola	7	41,2	7	38,9	7	41,2	9	50,0	1	5,9	1	5,6	2	11,8	1	5,6	0	0	0	0
70	Consulta internet para distraerme	4	23,5	5	27,8	8	47,1	6	33,3	3	17,6	0	0	1	5,9	5	27,8	1	5,9	2	11,1

La categoría referida a la influencia del grupo de iguales, sigue demostrando que el grupo de amigos y amigas tiene un gran peso en la juventud; ya que, en el ítem 61, el 47,1% en pre y el 76,5% en post, consideran cierto que el grupo de iguales son las personas con las que se identifican y se sienten respetados. Junto a estas ideas, el ítem 62 refleja 17,6% en pre y el 41,2% en post, expresa que el grupo de iguales es el único capaz de resolverles las dudas que la familia no puede.

Por otro lado, los ítems 60, 62 y 63 contemplan que el alumnado encuestado está poco de acuerdo con las afirmaciones relacionadas con el influjo del grupo de iguales para forzarlos a realizar actividades que no desean, y que son las únicas personas que les entienden.

Esto significa, que el programa ha conseguido incidir en contemplar al grupo de iguales como una herramienta útil de maduración pero es necesario elegir las amistades adecuadas y más afines a la persona.

Relacionado con dimensión de la influencia del grupo de iguales, es importante considerar a las actividades de ocio y tiempo libre que realizan; ambas son determinantes para contemplarlas como factores de riesgo o protección hacia el consumo de drogas.

Los alumnos y las alumnas de 15-16 años, responden según la tabla 7.33, que no se dedican a una sola actividad sino que llenan su tiempo de ocio con diferentes acciones, esto queda reflejado en los ítems 64, 65, 66, 68, 69, 70, donde expresan estar poco de acuerdo con las ideas de solo salir de fiesta, ver la televisión, estar tirado en el sofá, ir de excursión como una actividad aburrida, jugar a la videoconsola y consultar internet como únicas actividades durante su tiempo de ocio.

Este análisis hace plantear la inclusión de una unidad temática sobre ocio y tiempo libreen futuras ediciones del Programa de prevención tras su evaluación, para concienciar al alumnado sobre la necesidad de realizar una gran variedad de actividades como factores de protección ante posibles consumos. Es decir, si las únicas actividades de ocio que realizan son salir de fiesta, si además se le une a que consumo habitual de tabaco y alcohol, existen muchas posibilidades por parte del adolescente de desarrollar conductas disruptivas, para obtener la aceptación por parte del grupo de iguales.

En la tabla 7.34, se reflejan los hábitos de consumo del alumnado de 4º de ESO de drogas legales e ilegales. Se destaca que fuman habitualmente tabaco el 44,4%, tanto diariamente como los fines de semana. A este respecto, consumen alcohol el 50% del alumnado, los fines de semana.

Tabla 7.34. Hábitos de consumo de drogas legales e ilegales del alumnado de 4º de ESO, curso 08/09

Nº ítem	Dim.5: Hábitos de consumo	Nunca		Lo he probado		Fumo de vez en cuando/A veces F/S		Fumo los F/S /Casi siempre que salgo F/S		Fumo diariamente/ Siempre que salgo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
71	Has fumado tabaco alguna vez	2	11,8	1	5,6	0	0	1	5,6	1	5,9	0	0	5	29,4	8	44,4	9	52,9	8	44,4
72	Has tomado alguna bebida alcohólica	0	0	1	5,6	4	23,5	5	27,8	4	23,5	5	27,8	4	23,5	3	16,7	5	29,4	4	22,2
73	Te has mareado o emborrachado alguna vez	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		5	29,4	7	38,9	12	70,6	11	61,1												
74	Cuántos fines de semana en el último mes te has emborrachado	Un fin de semana		Dos fines de semana		Casi todos los F/S		Todos los F/S		Nunca											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post								
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %
		0	0	1	5,6	0	0	0	0	1	5,9	0	0	5	29,4	5	27,8	11	64,7	12	66,7
75	Has probado alguna otra droga	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		3	17,6	4	22,2	14	82,4	14	77,8												
76	¿Cuáles?	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
	Cannabis	3	17,6	3	16,7	14	82,4	15	83,3												
	Cocaína	0	0	1	5,6	17	100,0	17	94,4												
	Droga de síntesis	0	0	0	0	17	100,0	18	100,0												
	Anfetaminas	0	0	0	0	17	100,0	18	100,0												
	Dopamina	0	0	0	0	17	100,0	18	100,0												
Alucinógenos	0	0	0	0	17	100,0	18	100,0													
Inhalantes	0	0	0	0	17	100,0	18	100,0													



El alumnado de 4º de ESO ha experimentado el consumo de otras drogas diferentes a las legales (alcohol y tabaco), un 17,6% en pre y el 22,2% en post. De estos adolescentes, las principales drogas en las que se han iniciado son el cannabis (17,6% en pre y 16,7% en post).

Con respecto a la edad de inicio en el consumo de cannabis, el intervalo se sitúa entre los 9-11 años, y su frecuencia de consumo se establece de vez en cuando, como se puede apreciar en la tabla 7.35.

Tabla 7.35. Edad de inicio y frecuencia del consumo de drogas ilegales (cannabis) en el alumnado de 4º de ESO, curso 08/09

Nº ítem	Dim6: Edad de Inicio	6-8 años		9-11 años		12-15 años		Nunca			
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post		
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %		
77	Si has fumado porros alguna vez	1 5,9	1 5,6	2 11,8	2 11,1	0 0	0 0	14 82,4	15 83,3		
Nº ítem	Dim7: Frecuencia del consumo	Sólo de vez en cuando		Casi todos los fines de semana		Varias veces a la semana		Fumo todos los días		Nunca he fumado	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %
78	Si has fumado porros en el último mes	1 5,9	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	2 11,8	0 0	14 82,4	18 100,0

Aplicando nuevamente la prueba t de Student (n.s.= 0,05), se realiza una comparativa entre el pres-test y el post-test de esta investigación. Los datos más significativos son los siguientes (tabla 7.36):

- La publicidad influye en las decisiones que toma el alumnado sin darse cuenta (t= -0,716, p= 0,006). Esta cuestión queda refrendada al finalizar el Programa, ya que los discentes son más conscientes de esta influencia.

Una de la actividades de ocio que presenta diferencias estadísticamente significativas, es *Consultando internet sin más* (t= -,865, p= 0,029), como una actividad de distracción, siempre acompañado de otras actuaciones en las que invertir el tiempo libre.

Tabla 7.36. Media, desviación típica y prueba de t, 4º ESO curso 08/09

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
56	Influencia publicidad en decisiones sin darnos cuenta	3,82	1,185	17	4,06	0,659	17	<b>-0,716</b>	<b>0,006</b>
57	Personalidad autónoma= ser crítico con MCM	3,82	1,074	17	3,82	1,015	17	0,000	0,488
58	Transmisión información según intereses de MCM	4,24	1,091	17	4,35	0,606	17	-0,389	0,137
59	Influencia MCM en formas de hablar	2,29	0,920	17	2,65	1,057	17	-1,039	0,206
Nº ítem	Dim.2: Influencia grupo de iguales	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
60	Amistades únicos me entienden	2,35	1,169	17	1,88	0,857	17	1,338	0,164
61	Identificación y respeto con amistades	4,06	0,748	17	4,00	0,500	17	0,270	0,052
62	Amistades resuelven dudas que no la familia	2,71	1,263	17	3,06	1,144	17	-0,854	0,748
63	Amistades me fuerzan a cosas que no quiero	1,41	0,712	17	1,29	0,470	17	0,569	0,122
Nº ítem	Dim.3: Consideraciones activ. Ocio y Tiempo Libre	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
64	Salir de fiesta con amistades	2,76	1,251	17	2,53	1,179	17	0,564	0,550
65	Para distraerme veo la tele	3,00	1,275	17	2,82	0,809	17	0,482	0,051
66	Quedarme tirado en el sofá sin hacer nada	2,29	1,359	17	2,12	1,054	17	0,423	0,314
67	Leer un libro me resulta aburrido	3,06	1,560	17	3,35	1,455	17	-0,568	0,608
68	Ir de excursión es un rollo	1,35	0,606	17	1,56	0,856	17	-0,804	0,212
69	Ocio jugar a la videoconsola	1,88	0,993	17	1,78	0,808	17	0,343	0,543
10	Consultando internet sin más	2,24	1,091	17	2,61	1,461	17	<b>-0,865</b>	<b>0,029</b>

En definitiva, el Programa en este caso ha reducido el consumo de drogas; concretamente ilegales, donde se han iniciado sin mantener un consumo habitual de las mismas. Por lo que, además de hacer hincapié en los efectos derivados del consumo de drogas legales debe hacerse en el consumo de drogas ilegales cuya percepción de riesgo está bajando entre la población adolescente, como muestran las estadísticas del PNSD comentadas.

## 7.4. Curso académico 2009/2010

### 7.4.1. 1º Educación Secundaria Obligatoria

El último curso académico donde se realiza la investigación es 2009/2010, en este caso, los alumnos y alumnas de 1º de ESO se han familiarizado con el programa de prevención desarrollando cinco dimensiones fundamentales:

- Estado de opinión sobre el consumo
- Hábitos del consumo drogas
- Edad de inicio en el consumo de drogas
- Frecuencia del consumo de drogas
- Aspecto social del consumo de drogas

Los aspectos más significativos pertenecientes a la dimensión relativa al estado de opinión sobre el consumo de drogas, se recogen en la tabla 7.37. Se destaca el ítem 8, referido a si el cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón, fluctúa entre la respuesta de no sé y falso (57,4% en pre y 38,5% en post y 40,7% en pre y 57,7% en post, respectivamente).

Esta cuestión pone de manifiesto que alumnado de 1º de ESO está inmerso en un proceso social de cambio de y de aceptación del consumo de drogas legales (tabaco y alcohol), junto a las drogas de transición (cannabis), según la Teoría de la Escala del consumo de drogas de Kandel (1980); donde se sobreestima la capacidad de generar problemas de las drogas legales, sirviendo estas de puerta de entrada hacia el consumo, ofreciendo una falsa ilusión de control para continuar con las drogas de transición (cannabis) que dan paso al consumo de drogas ilegales.

Ante estas circunstancias, el Programa no ha conseguido luchar con las ideas preconcebidas del consumo de drogas legales como el tabaco, y de ilegales como el cannabis. El alumnado sigue considerando pasado el Programa, que ingerir estas sustancias no genera problemas ni a corto ni a largo plazo; ya que el efecto de bienestar lo consiguen en el momento que quieren sin pensar las consecuencias de sus conductas en el instante que las realizan.

Tabla 7.37. Estado de opinión sobre el consumo de drogas del alumnado de 1º de ESO, curso 09/10

Nº ítem	Dim.1: Opinión consumo	Verdadero		Falso				No sé		X <sup>2</sup>	p	N				
		pre		post		pre		post								
		f	%	f	%	f	%	f	%							
1	Fumar Tb perjudica la salud	54	100,0	1	1,9	0	0	51	98,1	0	0	0	0	22,049	0,000	107
2	El Tb produce adicción	3	5,6	0	0	48	88,9	48	92,3	3	5,6	4	7,7	22,867	0,000	107
3	El humo del Tb perjudica a no fumadores	1	1,9	1	1,9	50	92,6	49	94,2	3	5,6	2	3,8	43,961	0,000	107
4	El consumo de Tb disminuye la resistencia física	1	1,9	1	1,9	37	68,5	45	86,5	16	29,6	6	11,1	103,074	0,000	107
5	Cnb perjudica a la salud	0	0	0	0	43	79,6	46	88,5	11	20,4	6	11,5	107,000	0,000	107
6	Cnb produce adicción	1	1,9	1	1,9	35	64,8	42	80,8	18	33,3	9	17,3	92,824	0,000	107
7	Cnb – función cerebral y - SNC	0	0	1	1,9	27	50,0	41	78,8	27	50,0	10	19,2	61,039	0,000	107
8	Cnb produce trastornos vasculares	1	1,9	2	3,8	22	40,7	30	57,7	31	57,4	20	38,5	99,249	0,000	107

En la tabla 7.38, se recogen las dimensiones relacionadas con los hábitos de consumo, la edad de inicio, la frecuencia del consumo y el aspecto social del consumo. Todas estas dimensiones se encuentran relacionadas, debido a que forman parte de los aspectos a tener en cuenta a la hora de analizar los factores de riesgo y protección que un o una adolescente puede tener siguiendo la Teoría de Clayton sobre los factores de riesgo y protección (1992).

Con respecto a los hábitos de consumo de cannabis del alumnado de 1º de ESO (tabla 7.38), se muestra que no han experimentado ni se han iniciado en el consumo de cannabis ni antes ni después del programa de prevención (98,1% en pre y post).

Tabla 7.38. Hábitos de consumo de cannabis, edad de inicio, frecuencia del consumo y aspecto social del consumo de drogas del alumnado de 1º de ESO, curso 09/10

Nº ítem	Dim.2: Hábitos de consumo	Si				No				χ <sup>2</sup>	p	N								
		pre		post		pre		post												
		f	%	f	%	f	%	f	%											
12	Probado Cnb alguna vez	1	1,9	1	1,9	53	98,1	51	98,1	<b>86,191</b>	<b>0,000</b>	105								
Nº ítem	Dim.3: Edad de Inicio	9-11 años		12-15 años		16-18 años		Nunca		χ <sup>2</sup>	p	N								
		pre		post		pre		post												
		f	%	f	%	f	%	f	%											
10	Edad inicio Tb	3	5,6	6	11,5	0	0	3	5,8	1	1,9	0	0	50	92,6	43	82,7	<b>103,444</b>	<b>0,000</b>	107
14	Edad inicio Cnb	0	0	1	1,9	0	0	0	0	0	0	0	0	54	100,0	51	98,1	<b>80,193</b>	<b>0,000</b>	105
Nº ítem	Dim.4: Frecuencia del consumo	Si				No				χ <sup>2</sup>	p	N								
		pre		post		pre		post												
		f	%	f	%	f	%	f	%											
9	Fumas Tb una vez a la semana	0	0	2	3,8	54	100,0	50	96,2	<b>107,000</b>	<b>0,000</b>	107								
13	Fumas Cnb una vez la semana	1	1,9	0	0	53	98,1	52	100,0	<b>89,712</b>	<b>0,000</b>	105								
Nº ítem	Dimen. 5: Aspecto social del consumo	Si				No				χ <sup>2</sup>	p	N								
		pre		post		pre		post												
		f	%	f	%	f	%	f	%											
11	Amistades consumen Tb	21	38,9	39	75,0	33	61,1	13	25,0	<b>41,911</b>	<b>0,000</b>	105								
15	Amistades consumen Cnb	9	16,7	9	17,3	45	83,3	43	82,7	<b>53,782</b>	<b>0,000</b>	105								

Atendiendo a la edad de inicio en el consumo de la sustancias referido al tabaco, la tabla 7.38, presenta que la amplia mayoría del alumnado de 1º de ESO, nunca se han iniciado en el consumo de tabaco (92,6% en pre y 82,7% en post). Sin embargo, existe un 17,3% del alumnado, que finalizado el Programa, se han iniciado en el consumo de tabaco en los intervalos de edad de 9-11 años y de 12-15 años.

Esta situación puede explicarse, teniendo en cuenta el momento de realizar el cuestionario post-test al alumnado; ya que, esta circunstancia pone de manifiesto la aparición de este comportamiento al finalizar la implementación del programa, coincidiendo en la ciudad de Córdoba con festividades continuas durante todo el mes de mayo. Por lo tanto, esta situación evidencia la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1986). En esta teoría se hace hincapié en los aprendizajes vicarios; donde cualquier conducta se aprende mediante la interrelación de tres factores principales: el propio aprendizaje, los procesos cognitivos asociados a ese aprendizaje (motivación, memoria, emoción...) y el ambiente significativo para el aprendizaje, con los medios sociales de referencia para dicho aprendizaje.

Para aclarar esta cuestión, la figura 7.9, muestra que el intervalo de inicio en el consumo de tabaco se sitúa pasado el programa en 9-11 años y 12-15 años.

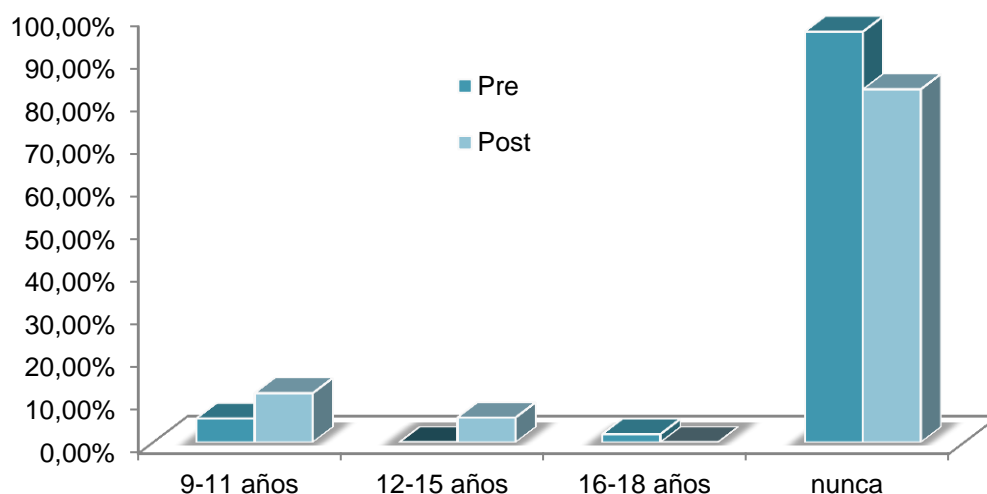


Figura 7.9. Edad de inicio en el consumo de tabaco de alumnado de 1º de ESO, curso 09/10

Del mismo modo, se destaca positivamente el dato del 100% en pre y el 98,1% en post del alumnado, que no ha experimentado con el consumo de cannabis. Esta situación se debe a que el alumnado de 1º ESO, considera aún el cannabis como una sustancia peligrosa y no se plantean su consumo.

Uniéndolo la edad de inicio con la frecuencia del consumo de drogas, como se observa en la tabla 7.38, se muestra que solo el 3,8% en post-test fuma al menos un cigarrillo a la semana (ítem 9). Por otro lado, el 100% no fuman cannabis de manera semanal (ítem 13).

Por tanto, es necesario apuntar que las ideas preconcebidas sobre el consumo de sustancias desarrolladas en la dimensión 1, se constatan en la edad de inicio y la

frecuencia del consumo, en este caso con el tabaco. En ambas dimensiones, el tabaco es consumido por la población encuestada y se inician en el intervalo de edad de 9-11 años.

El último aspecto a abordar que recoge la tabla 7.38, se relaciona con el aspecto social del consumo donde el alumnado de 1º de ESO tiene amistades consumidoras de tabaco en porcentajes altos (38,9% en pre y 75% en post).

Con respecto a las amistades consumidoras de cannabis que forman parte del grupo de iguales del alumnado de 1º ESO, se recoge que el 83,3% en pre y el 82,7% en post, no tienen amigos o amigas que estén consumiendo o se encuentran iniciando el consumo de cannabis, situación favorable para el alumnado encuestado.

Para el curso 2009/2010, la prueba de ji-cuadrado muestra que existen diferencias significativas en los 15 ítems de los que se compone el cuestionario ( $p=0,000$  en todos los casos); asumiendo que entre la implementación del pre-test y el post-test se han producido cambios en los encuestados, que se han producido finalizada la intervención. Las dimensiones que engloban dichos cambios son (Tablas 7.37 y 7.38):

- Dimensión Opinión sobre el consumo ( $p=0,000$ ). Todos los encuestados en esta dimensión han aumentado su porcentaje de respuesta en la opción *Falso*, ante las afirmaciones que plantea la dimensión. Por lo que el programa, no ha producido mejora en estas cuestiones.
- Dimensión Hábitos de consumo ( $p=0,000$ ). En este caso, los datos descriptivos (tabla 7.32) muestran que el alumnado mantiene su opinión antes y después de la intervención, sin alterar los porcentajes de respuesta.
- Dimensión Edad de inicio ( $p=0,000$ ). Referida a la edad de inicio del consumo de tabaco y cannabis. Concretamente al término del programa, aumenta el porcentaje de alumnos que han experimentado a la edad de 9-11 y 12-15 años el consumo de tabaco. De igual modo, aumenta el porcentaje de respuesta en el intervalo 9-11 años, relativo al consumo de cannabis.
- Dimensión Frecuencia del consumo ( $p=0,000$ ). En este caso, en el ítem *Fumas tabaco una vez a la semana*, el programa no ha frenado el aumento de la frecuencia de consumo en el alumnado, disminuyendo el porcentaje de *No*. Sin embargo, atendiendo a *Fumas cannabis una vez a la semana*, los encuestados, el programa ha conseguido frenar la ingesta semanal de esta sustancia, ya que, ha aumentado el porcentaje de respuesta en *No*.

- Dimensión Aspecto social del consumo ( $p=0,000$ ). Finalizado el programa, aumenta el porcentaje de alumnos que tienen amigos consumidores de tabaco y de cannabis respectivamente.

En definitiva, el programa debe transmitir mayor información sobre la importancia del aspecto social del consumo, para que sea considerado un factor de riesgo a la hora del consumo de drogas. Además, de hacer hincapié en las concepciones erróneas sobre sustancias que establecen como verdaderas para justificar sus consumos.

#### 7.4.2. 2º Educación Secundaria Obligatoria

En el nivel educativo de 2º de ESO, el alumnado encuestado opina sobre cuestiones relacionadas con el consumo de drogas legales como el alcohol e ilegales como el cannabis. En la tabla 7.39, se destacan los ítems 16 y 17, donde consideran que beber alcohol no perjudica a la salud ni genera adicción. Del mismo modo, expresan mucha seguridad en que si una persona bebe mucho alcohol no va a generarle problemas futuros (ítem 18).

Tabla 7.39. Estado de opinión sobre el consumo de drogas legales (alcohol) e ilegales (cannabis) del alumnado de 2º de ESO, curso 09/10

Nº ítem	Dim.1: Estado de opinión sobre el consumo	Verdadero		Falso				No sé		X <sup>2</sup>	p	N				
		pre		post		pre		post								
		f	%	f	%	f	%	f	%				f	%		
16	Beber Alc perjudica la salud	3	6,4	0	0	41	87,2	11	100,0	3	6,4	0	0	1,566	0,457	58
17	Alc = adicción	7	14,9	1	9,1	31	66,0	8	72,7	9	19,1	2	18,2	2,959	0,228	58
18	Persona bebe mucho Alc = problemas	0	0	0	0	46	97,9	10	90,9	1	2,1	1	9,1	4,552	0,103	58
19	Necesario beber Alc para pasarlo bien con amistades	45	95,7	9	81,8	0	0	0	0	2	4,3	2	18,2	0,485	0,486	58
20	Cnb perjudica la salud	0	0	1	9,1	38	80,9	6	54,5	9	19,1	4	36,4	<b>24,283</b>	<b>0,000</b>	<b>58</b>
21	Cnb = sustancia legal	25	53,2	8	72,7	6	12,8	0	0	16	34,0	3	27,3	<b>8,296</b>	<b>0,016</b>	<b>58</b>
22	Cnb = adicción	2	4,3	0	0	35	74,5	7	63,6	10	21,3	4	36,4	<b>11,368</b>	<b>0,003</b>	<b>58</b>
23	Cnb = disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC	0	0	1	9,1	36	76,6	5	45,5	11	23,4	5	45,5	<b>29,434</b>	<b>0,000</b>	<b>58</b>
24	Cnb = produce trastornos circulatorios y del corazón	1	2,1	0	0	17	36,2	5	45,5	29	61,7	6	54,5	<b>27,283</b>	<b>0,000</b>	<b>58</b>

Estas cuestiones ratifican nuevamente la baja percepción de riesgo ante el consumo de drogas legales, según la consideración del alumnado encuestado; ya que para ellos, están aceptadas socialmente y no revierte su consumo riesgo para la salud, pensamiento que podría extrapolarse a la sociedad juvenil en su conjunto.



Preocupa el hecho de que un 95,7% en pre y 81,8% en post del alumnado encuestado, consideran que para pasarlo bien con el grupo de iguales necesitan beber (ítem 19). Junto a esto, pasado el programa aumenta el porcentaje del alumnado encuestado que expresa la percepción de que el cannabis es una sustancia legal (53,2% en pre y 72,7% en post).

Las categorías donde el programa consigue disminuir el porcentaje de respuesta en las afirmaciones sobre el consumo de drogas, son los ítems 20, 22, 23 y 24. En todos los ítems anteriores se disminuye el porcentaje de respuesta implementado el Programa, en la opción de respuesta de falso. Sin embargo, solo en el ítem 24 se disminuye el porcentaje pasado el programa en la opción de respuesta de no sé, dejando claro que el cannabis es una sustancia que produce trastornos circulatorios y del corazón. En esta misma categoría se produce un efecto rebote donde aumenta el porcentaje de respuesta en la opción falso (36,2% en pre y 45,5% en post).

Todos los resultados referentes a esta dimensión reflejan que con respecto a la percepción de riesgo de sustancias legales (alcohol) e ilegales (cannabis), el Programa no ha conseguido disuadirlos de su opinión respecto a que estas sustancias. El alumnado continúa pensando que consumir estas drogas no causa problemas ni riesgos en las personas que las consumen. Es decir, el alumnado no tiene visión sobre sus actos y las consecuencias que pueden generar en su propio organismo y en su entorno; lo ven como algo natural y dentro de los protocolos de madurez de la adolescencia.

La tabla 7.40, recoge las dimensiones referidas a los hábitos de consumo, la edad de inicio, la frecuencia de consumo y el aspecto social del consumo de alcohol y cannabis.

Los hábitos de consumo de alcohol se sitúan en torno a un 74,6% de media en el alumnado de 2º de ESO. La edad de inicio de este consumo se localiza en el intervalo de 9-11 años (48,9% en pre y 63,6% en post). Es decir, se inician antes de que comiencen sus estudios en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria.

En relación al inicio en el consumo de cannabis, la tabla 7.40, el 6,4% en pre y el 36,4% en post reconoce “haber ingerido algún porro o haberle dado una calada”.

Tabla 7.40. Hábitos de consumo, edad de inicio, frecuencia del consumo, aspecto social del consumo de drogas legales (alcohol) e ilegales (cannabis) del alumnado de 2º de ESO, curso 09/10

Nº ítem	Dim.2: Hábitos de consumo	Si		No		X <sup>2</sup>	p	N				
		pre	post	pre	post							
		f %	f %	f %	f %							
25	Probado Alc alguna vez	36 76,6	8 72,7	11 23,4	3 27,3	0,073	0,787	58				
30	Probado Cnb alguna vez	3 6,4	4 36,4	44 93,6	7 63,6	<b>77,550</b>	<b>0,006</b>	<b>58</b>				
Nº ítem	Dim.3: Edad de inicio	9-11 años		12-15 años		16-18 años		Nunca		X <sup>2</sup>	p	N
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post			
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %			
28	Edad inicio Alc	23 48,9	7 63,6	6 12,8	1 9,1	2 4,3	0 0	16 34,0	3 27,3	11,065	0,786	58
33	Edad inicio Cnb	6 12,8	3 27,3	0 0	1 9,1	0 0	0 0	41 87,2	7 63,6	<b>66,081</b>	<b>0,048</b>	<b>58</b>
Nº ítem	Dim.4: Frecuencia del consumo	Si		No		X <sup>2</sup>	p	N				
		pre	post	pre	post							
		f %	f %	f %	f %							
26	Bebes Alc 1 vez a la semana	8 17,0	2 18,2	39 83,0	9 81,8	0,008	0,927	58				
27	Bebes Alc 1 vez al mes	12 25,5	5 45,5	35 74,5	6 54,5	1,708	0,191	58				
31	Fumas Cnb 1 vez a la semana	0 0	0 0	47 100,0	11 100,0	-	-	58				
32	Fumas Cnb 1 vez al mes	3 6,4	0 0	44 93,6	11 100,0	0,740	0,390	58				
Nº ítem	Dim.5: Aspecto social del consumo	Si		No		X <sup>2</sup>	p	N				
		pre	post	pre	post							
		f %	f %	f %	f %							
29	Amistades consumen Alc	36 76,6	9 81,8	11 23,4	2 18,2	0,140	0,708	58				
34	Amistades consumen Cnb	21 44,7	7 63,6	26 55,3	4 36,4	1,283	0,257	58				

Como dato muy positivo, el 93,6% en pre y el 63,6% en post nunca han experimentado el consumo de cannabis. Del mismo modo, el 23,4 % en pre y el 27,3% en post nunca han experimentado el consumo alcohol.

Estos datos resultan muy esperanzadores, ya que, reflejan que en 2º de ESO, a la edad de 13-14 años existe una amplia mayoría de alumnos y alumnas que su objetivo no es el consumir para divertirse, no han experimentado ni con alcohol ni con cannabis, en ninguna de sus versiones (hachís, marihuana, polen...).

La edad que resulta más significativa a nivel porcentual en la tabla 7.40, es el intervalo de 9-11 años, tanto para el inicio en el consumo de alcohol como de cannabis.

La figura 7.10, muestra el porcentaje de alumnado que consume alcohol en el intervalo de 9-11 años. De igual modo, la figura 7.11, refleja que a la edad de 9-11 años y 12-15 años aumenta el consumo de alcohol pasado el Programa.

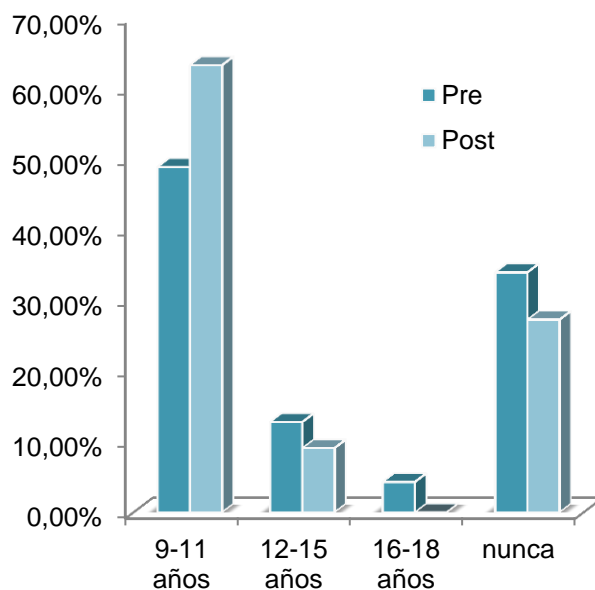


Figura 7.10. Edad de inicio en el consumo de alcohol en 2º de ESO, curso académico 2009/2010

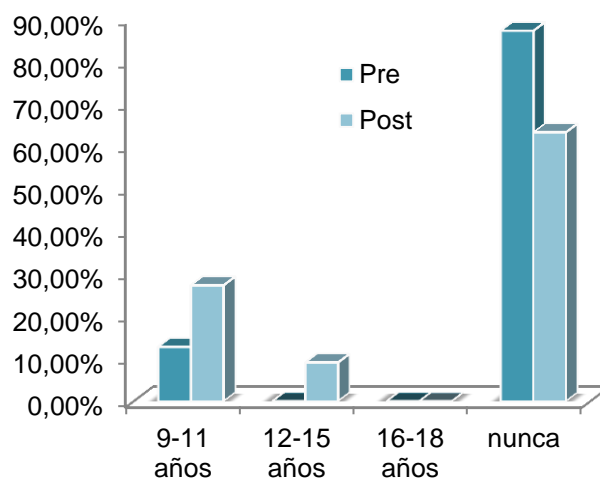


Figura 7.11. Edad de inicio en el consumo de cannabis en 2º de ESO, curso 09/10

Estos datos reflejan claramente que el consumo de alcohol está más instaurado en la juventud de 2º de ESO que el consumo de cannabis. Pero independientemente de la edad de inicio, los riesgos asociados al consumo son muy bajos. En este aspecto, no solo el programa, sino la sociedad debe apostar por reducir la oferta de consumo de estas sustancias.

Relacionando la edad de inicio con la frecuencia de consumo, se observa que el 83,0% en pre y el 81,85% en post, no beben ningún tipo de bebida alcohólica

durante la semana; sin embargo un 25,55% en pre y un 45,5% en post, si beben al menos una vez al mes.

Estos datos hacen presagiar que el alumnado concibe el beber alcohol como una actividad de ocio de más, donde utilizan esta droga para pasárselo bien. Es decir, su ocio está muy relacionado con el consumo de alcohol, aspecto que se considera un gran factor de riesgo para ser consumidores en el futuro, teniendo en cuenta el resto de factores.

Con respecto a la frecuencia al consumo de cannabis, mayoritariamente el 100% en pre y en post no consumen ni semanal ni mensualmente.

La dimensión relacionada con el aspecto social del consumo, juega un papel clave en el proceso de inicio en el consumo drogas en los y las adolescentes.

En este caso, el 76,6% en pre y el 81,8% en post, tienen amigos y amigas que consumen alcohol, junto con un 44,7% en pre y un 63,3% en post que tienen amistades que consumen cannabis.

Estos porcentajes son elevados, pudiendo provocar la experimentación de drogas en el alumnado que aún no se ha iniciado, y el mantenimiento en el alumnado que ya ha experimentado como refleja el Modelo Transteórico de Prochaska (1978). Esta teoría explica las fases por las que pasa una persona consumidora: precontemplación, contemplación, preparación, acción, recaída y mantenimiento.

No solo se deben contemplar las actividades de ocio que practica el alumnado de 2º ESO, o de cualquier edad, sino que preocupa bastante que todo el alumnado tiene una gran cantidad de amigos y amigas que consumen drogas de manera habitual, este hecho provoca que la percepción de riesgo ante el consumo disminuya, debido a que, como expresan ellos “si a mi amigo que consumen no le pasa nada a mí tampoco”.

Las diferencias encontradas, tras la aplicación de la prueba de ji-cuadrado, como en los casos anteriores, en el curso académico 2009/2010 (Véase tabla 7.39 y 7.40), se concentran los siguientes resultados:

- El cannabis perjudica la salud ( $p= 0,000$ ). Ante esta afirmación, el alumnado al terminar la intervención no ha disipado sus dudas sobre ella, provocando el aumento del porcentaje de respuesta *No sé*, pasando del 19,1% a 36,4%.
- El cannabis es una sustancia legal ( $p= 0,016$ ). El programa ha propiciado el efecto contrario al deseado, ya que, tras la intervención están más convencidos de que es una sustancia legal; por lo que, no ha calado la idea de ser una sustancia peligrosa.

- El cannabis crea adicción ( $p= 0,003$ ). El alumnado encuestado, tras el programa, sigue manteniendo dudas sobre efectos del cannabis, principalmente relacionado con sus grado de adicción, provocando el incremento en el porcentaje de respuesta de *No sé*.
- El cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC ( $p= 0,000$ ). De igual modo que en los ítems anteriores, los encuestados siguen teniendo dudas sobre las consecuencias en el organismo del consumo de esta sustancia tras la intervención, aumentando intención de respuesta *No sé*.
- El cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón ( $p= 0,000$ ). Por el contrario, tras el programa, el alumnado sigue pensando que el consumo de cannabis no provoca ninguna consecuencia en el corazón, estimando que es falsa la afirmación.
- Has probado el cannabis alguna vez ( $p= 0,006$ ). El programa no ha conseguido frenar el inicio del consumo de cannabis en el alumnado, ya que, al finalizar el mismo aumenta el porcentaje de personas que lo han probado.
- Edad de inicio en el consumo de cannabis ( $p= 0,048$ ). Al terminar la implementación del programa, se observa que el alumnado en el post-test ha respondido con mayor sinceridad a la hora poner edad al momento de toma de contacto con el cannabis, aumentando el porcentaje en el intervalo 9-11 años; por lo que, experimentaron a una edad muy temprana.

En definitiva, el Programa debe hacer mucho hincapié en estos aspectos, es decir, orientar al alumnado para que analice y cuestione sus actividades de ocio y las amistades con las que se relaciona, para discernir su comportamiento ante el consumo de drogas, y tomar una decisión al respecto. Además, de aclarar sus ideas erróneas sobre sustancias como el cannabis, para convertirse en una persona libre y con hábitos de vida saludables.

### **7.4.3. 3º Educación Secundaria Obligatoria**

En el curso académico de 2009-2010, el alumnado de 3º de ESO ha estado inmerso en el programa de prevención escolar y familiar “Entre Todos” tres años consecutivos; debido a esta circunstancia, el calado que ha provocado el programa en el alumnado, a priori debe ser mayor que en el resto de los niveles académicos.

Los resultados más significativos que plantea el cuestionario, reflejados en la tabla 7.41, muestran que el alumnado de 3º de ESO corrobora la idea de la influencia de los Medios de Comunicación de Masas en las decisiones que toman, junto con la maleabilidad de las informaciones que transmiten atendiendo a intereses ocultos de muy diversa índole; sin olvidar que para convertirse en personas autónomas deben iniciarse en el proceso de análisis crítico continuo de la información que reciben (ítems 35,36 y 37).

Ante estas afirmaciones, se destaca el ítem 36 (para tener una personalidad autónoma, ser crítico con los medios de comunicación sin pasar de ellos) que aumenta el porcentaje, pasado el programa, en la opción de respuesta de totalmente de acuerdo, pasando de 19,1% en pre a 22,2% en post. Lo que verifica la teoría de la influencia de los medios de comunicación en la adolescencia, al ser el sector de población más vulnerable (tabla 7.41).

Tabla 7.41. Influencia de los medios de Comunicación, Vivencias del centro educativo, Consideraciones sobre la familia y Percepción personal del alumnado de 3º de ESO, curso 09/10

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre		post		pre		post		pre		post									
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%								
35	Publicidad influye en decisiones que tomamos	1	2,1	1	2,2	7	14,9	1	2,2	12	25,5	10	22,2	20	42,6	21	46,7	7	14,9	12	26,7
36	Personalidad autónoma = ser críticos con los MCM	0	0	0	0	3	6,4	4	8,9	11	23,4	14	31,1	24	51,1	17	37,8	9	19,1	10	22,2
37	Transmisión información según intereses	0	0	1	2,2	2	4,3	2	4,4	5	10,6	8	17,8	16	34,0	16	35,6	24	51,1	18	40,0
Nº ítem	Dim. 2: Comentarios Centro educativo	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre		post		pre		post		pre		post									
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%								
38	En el IES convivimos muchas personas y las normas son necesarias para que funcione bien	0	0	0	0	0	0	2	4,4	1	2,1	5	11,1	9	19,1	18	40,0	37	78,7	20	44,4
39	Mi IES me parece un lugar agradable	0	0	1	2,2	4	8,5	3	6,7	29	61,7	6	13,3	10	21,3	24	53,3	0	0	11	24,4
40	Todas las asignaturas que se estudian son importantes	0	0	3	6,7	9	19,1	10	22,2	9	19,1	10	22,2	21	44,7	17	37,8	8	17,0	5	11,1
Nº ítem	Dim.3: consideraciones sobre la familia	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo											
		pre		post		pre		post		pre		post									
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%								
41	Fundamental en familia hablarse y tratarse con cariño en la familia	0	0	0	0	0	0	1	2,2	1	2,1	1	2,2	13	27,7	10	22,2	33	70,2	33	73,3
42	Importante confianza en la familia	1	2,1	0	0	2	4,3	1	2,2	5	10,6	6	13,3	22	46,8	18	40,0	17	36,2	20	44,4
43	conflictos familiares usar empatía	0	0	0	0	3	6,4	1	2,2	9	19,1	8	17,8	22	46,8	24	53,3	13	27,7	12	26,7
Nº ítem	Dim.4: Opinión percepción personal	Estoy en desacuerdo		No sé		Estoy de acuerdo															
		pre		post		pre		post													
		f	%	f	%	f	%	f	%												
44	Tengo buenas cualidades	28	59,6	30	66,7	17	36,2	10	22,2	2	4,3	5	11,1								
45	Muchos chicos y chicas de mi edad son mejores que yo	12	25,5	10	22,2	24	51,1	20	44,4	11	23,4	15	33,3								
46	Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como el resto	38	80,9	32	71,1	6	12,8	7	15,6	3	6,4	6	13,3								
47	Estoy contento con mi forma de ser	41	87,2	30	66,7	3	6,4	11	24,4	3	6,4	4	8,9								

Se corrobora la relación entre la percepción sobre la influencia de los medios de comunicación con las vivencias que tiene el alumnado en su centro educativo. Ambos aspectos son considerados factores de riesgo o protección que deben analizarse a la hora de realizar un diagnóstico sobre la problemática del consumo de drogas.

La tabla 7.41, describe las vivencias del alumnado en su centro educativo, estas son positivas; ya que, los encuestados consideran que es un lugar seguro donde las normas son importantes para convivir (40%), además de ser un lugar agradable (53,3%).

En el ítem 39 se refleja que la opción de respuesta más alta es “No sé”, en pre (61,7%) sin embargo en el post-test disminuye el porcentaje (13,3%) para poder aumentarlo en la opción de respuesta de estar de acuerdo con el ítem de que el centro es un lugar agradable (53,3%).

En el ítem que hace referencia a las asignaturas que se estudian son importantes disminuye el porcentaje en post-test en la opción de respuesta de acuerdo, pasando de un 44,7% en pre a un 37,8% en post para aumentar la opción de No sé, pasando del 19,1% en pre al 22,2% en post.

Las referencias a otro factor de riesgo y/o protección a contemplar es la familia, en la tabla 7.41, se muestra que al finalizar el programa se ha conseguido variar la opinión en torno a reflejar a la familia principalmente como un sector de socialización donde el cariño y la confianza son fundamentales (ítems 41 y 42). Los porcentajes reflejan que en el ítem 41, pasa de un 22,2 % en estar de acuerdo con el cariño en la familia, a un 73,3% en estar en total acuerdo.

Lo mismo sucede con la confianza en la familia, pasando de 40% al estar de acuerdo a un 44,4% en estar totalmente de acuerdo.

En la utilización de la empatía en la familia para solucionar los conflictos (ítem 43), se consigue en el alumnado demostrar su importancia una vez que ha finalizado la implantación del programa (46,8% en pre a 53,3% en post).

La dimensión que recoge la percepción personal del alumnado sobre sí mismos, es bastante negativa como se comprueba en la tabla 7.41. Este hecho se refleja en los ítems 44, 45 y 46. Ante la afirmación de analizar sus cualidades, consideran que no tienen buenas cualidades, 59,6% en pre y 66,7% en post. En el proceso de elogio de las cualidades del resto de compañeros y compañeras, están de acuerdo en decir que son mejores que ellos.



No se ven con capacidades para hacer las cosas como el resto de compañeros y compañeras, ni siquiera reflejan una autoestima adecuada, ya que, no valoran positivamente sus cualidades.

Se enfatiza de manera positiva, que el Programa ha conseguido modificar la percepción de sí mismos finalizado el programa en los ítems 44, 46 y 47. Es decir, son los ítems referidos a la valoración de sus propias capacidades personales sin tener que depender de las apreciaciones del resto.

Ante estas circunstancias de percepción negativa sobre las propias cualidades individuales de cada alumno y alumna, se plantea el dilema de incluir de manera específica en el Programa, el abordaje de habilidades de autoafirmación, de autoestima y autoconcepto, y no de forma transversal como se recoge actualmente.

Finalizado el análisis de las variables de opinión sobre factores de riesgo y/o protección que tiene a su alrededor el alumnado de 3º de ESO, se deriva la descripción en la dimensión de los hábitos de consumo de drogas legales e ilegales.

En la tabla 7.42, se recoge que el porcentaje de personas que ha experimentado con el consumo de tabaco los fines de semana es de 19,1% en pre y 26,7% en post, junto al 70,2% en pre y 64,4% en post que consumen tabaco a diario.

Con respecto al consumo alcohol sucede lo mismo que en el caso del tabaco, el 8,5% en pre y el 26,7% en post, consumen los fines de semana cuando salen y, el 31,9% en pre y el 22,2% en post siempre que salen con los amigos y amigas.

Por lo tanto, el hábito de consumo de drogas legales está muy instaurado en el alumnado de 3º de ESO principalmente los fines de semana y cuando salen con los amigos, excepto el tabaco que el porcentaje de consumo diario es muy elevado (64,4%). Estos datos refrendan la idea de que al considerarse drogas legales, el alumnado no es consciente de las consecuencias que puede derivarle un consumo incipiente.

El porcentaje de alumnos y alumnas que se han emborrachado alguna vez con el consumo de alcohol se sitúa en torno al 12,8% en pre y 22,2% en post. El porcentaje se estabiliza en los fines de semana que se ha producido esta situación (22,2%).

El alumnado que ha experimentado con otras drogas diferentes a las legales es de 4,3% en pre y 8,9% en post. Es un porcentaje poco elevado pero significativo. Las drogas ilegales con las que ha experimentado el alumnado de 3º de ESO es: cannabis como la principal (4,3% en pre y 8,9% en post), junto con drogas de síntesis, anfetaminas, dopamina e inhalantes en un porcentaje de 1,2%.

Por lo tanto, la droga ilegal principal con la que experimentan es el cannabis, considerada para los encuestados una droga que no causa secuelas y que se encuentra aceptada socialmente, proporcionando el mismo efecto que el tabaco en el proceso de maduración de la adolescencia. Es decir, la búsqueda de sensaciones nuevas hace que los y las adolescentes se inicien en el proceso de maduración hacia la vida adulta, no solo con el consumo de tabaco o alcohol, sino con el cannabis también.

Tabla 7.42. Hábitos de consumo de drogas del alumnado de 3º de ESO, curso 09/10

Nº ítem	Dim.5: Hábitos de consumo	Nunca		Lo he probado		Fumo de vez en cuando/A veces F/S		Fumo los F/S /Casi siempre que salgo F/S		Fumo diariamente/ Siempre que salgo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
48	Has fumado tabaco alguna vez	2	4,3	2	4,4	0	0	2	4,4	3	6,4	0	0	9	19,1	12	26,7	33	70,2	29	64,4
49	Has tomado alguna bebida alcohólica	0	0	0	0	0	0	1	2,2	28	59,6	0	0	4	8,5	12	26,7	15	31,9	10	22,2
50	Te has mareado o emborrachado alguna vez	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		6	12,8	10	22,2	41	87,2	35	77,8												
51	Cuántos fines de semana en el último mes te has emborrachado	Un fin de semana		Dos fines de semana		Casi todos los F/S		Todos los F/S		Nunca											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post								
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	
		0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,1	3	6,7	3	6,4	10	22,2	43	91,5	32	71,1
52	Has probado alguna otra droga	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		2	4,3	4	8,9	45	95,7	41	91,1												
53	¿Cuáles?	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
	Cannabis	2	4,3	4	8,9	45	95,7	41	91,1												
	Cocaína	0	0	0	0	47	100,0	45	100,0												
	Droga de síntesis	0	0	1	2,2	47	100,0	44	97,8												
	Anfetaminas	0	0	1	2,2	47	100,0	44	97,8												
	Dopamina	0	0	1	2,2	47	100,0	44	97,8												
Alucinógenos	0	0	0	0	47	100,0	45	100,0													
Inhalantes	0	0	1	2,2	47	100,0	44	97,8													

Atendido a la edad de inicio del consumo de drogas, se sitúa en el intervalo de edad de 9-11 años en un 11,1%, reflejado en la tabla 7.43. Una edad muy baja para iniciarse en el consumo de drogas.

Tabla 7.43. Edad de inicio en el consumo de cannabis del alumnado de 3º ESO, curso 09/10

Nº ítem	Dim6: Edad de Inicio	9-11 años		12-15 años		Nunca	
		pre	post	pre	post	pre	post
		f %	f %	f %	f %	f %	f %
54	Si has fumado porros alguna vez	2 4,3	5 11,1	0 0	2 4,4	45 95,7	38 84,4

Nº ítem	Dim7: Frecuencia del consumo	Sólo de vez en cuando		Casi todos los fines de semana		Varias veces a la semana		Fumo todos los días		Nunca he fumado	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %
55	Si has fumado porros en el último mes	0 0	0 0	0 0	2 4,4	0 0	0 0	0 0	3 6,7	47 100,0	40 95,6

Junto a la edad de inicio, la frecuencia del consumo de cannabis oscila entre casi todos los fines de semana (4,4%) y todos los días (6,7%).

A continuación, al establecer diferencias estadísticamente significativas entre la prueba pre-test y post-test mediante la aplicación de una prueba de t para muestras independientes ( $n.s.=0,05$ ), se deducen una serie de aspectos (Tabla 7.44):

- El alumnado encuestado comprende la necesidad de establecer normas en los centros educativos, debido a que son importantes para el establecimiento de una buena convivencia. Sin embargo, finalizado el curso académico, plantean la necesidad de no poseer excesivas normas prohibitivas, y abordar posturas de reeducación dentro del centro educativo ( $t= 2,955$ ,  $p= 0,000$ ).
- Al inicio de la intervención, los participantes consideran el entorno escolar como un lugar agradable. Sin embargo, la prueba de t refuerza la idea de que al pasar mayor tiempo en el centro, la percepción se modifica ( $t= 1,437$ ,  $p= 0,046$ ). Debido al propio proceso madurativo del joven, les sigue resultando agradable pero menos que al inicio del Programa.
- Al finalizar el curso académico en revisión, y la implantación del programa, el alumnado ha modificado el pensamiento sobre la percepción personal de las capacidades que puede realizar ( $t= -1,120$ ,  $p= 0,036$ ). Es decir, se ha conseguido que el alumnado aprecie las capacidades personales que puede desarrollar y se valore a sí mismo.
- Del mismo modo, sucede con la forma de ser de los encuestados. Al término del programa, son conscientes de sus cualidades y expresan su felicidad al contemplar que están orgullosos de las actitudes que definen su personalidad ( $t= -1,518$ ,  $p= 0,009$ ).

Tabla 7.44. Media, desviación típica y prueba de t, 3º ESO curso 09/10

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
35	Influencia publicidad en decisiones sin darnos cuenta	3,53	0,997	47	3,68	0,958	47	-0,739	0,440
36	Personalidad autónoma= ser crítico con MCM	3,83	0,816	47	3,55	0,904	47	1,557	0,137
37	Transmisión información según intereses de MCM	4,32	0,837	47	3,94	0,942	47	2,084	0,949
Nº ítem	Dim.2: Comentarios Centro educativo	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
38	En el C.E. necesidad de normas para convivencia	4,77	0,476	47	4,30	0,976	47	<b>2,955</b>	<b>0,000</b>
39	Centro escolar lugar agradable	3,96	0,806	47	3,68	1,045	47	<b>1,437</b>	<b>0,046</b>
40	Todas asignaturas importantes	3,60	0,993	47	2,96	1,122	47	2,921	0,360

LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN CONTEXTOS FAMILIARES Y ESCOLARES: ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE “ENTRE TODOS”

Nº ítem	Dim.3: consideraciones sobre la familia	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
41	Fundamental hablarse y tratarse con cariño	4,68	0,515	47	4,66	0,635	47	0,178	0,514
42	Importante tener confianza en la familia	4,11	0,914	47	4,36	0,819	47	-1,426	0,775
43	Solucionar conflictos en familia necesario usar la empatía	3,96	0,859	47	4,02	0,921	47	-0,348	0,450
Nº ítem	Dim.4: Opinión percepción personal	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
44	Tengo buenas cualidades	1,45	0,583	47	1,38	0,573	47	0,535	0,588
45	Muchos chicos y chicas de mi edad son mejores que yo	1,98	0,707	47	2,11	0,729	47	-0,862	0,469
46	Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como otros compañeros de clase	1,26	0,570	47	1,40	0,712	47	<b>-1,120</b>	<b>0,036</b>
47	En general estoy contento con mi forma de ser	1,19	0,537	47	1,38	0,677	47	<b>-1,518</b>	<b>0,009</b>

Tras el análisis de todos los datos, se puede concluir que el Programa de prevención de drogodependencias de Educación Secundaria llega tarde, debido a que, muchos alumnos y alumnas ya se han iniciado en el consumo de drogas tanto legales como ilegales.

Por lo tanto, los programas de prevención deberían de iniciarse en el último ciclo de Educación Primaria e incluso antes para poder formar al alumnado en habilidades y estrategias personales para resistir la presión a la hora de pasar a la etapa de la adolescencia.

#### **7.4.4. 4º Educación Secundaria Obligatoria**

El curso académico que ha completado todo la implementación del programa de prevención durante los cuatro años de duración es el alumnado de 4º de ESO.

En este curso se puede comprobar si realmente ha calado el mensaje y se han conseguido los objetivos de formar a personas autónomas, libres, críticas y responsables siendo conscientes de las consecuencias de sus actuaciones.

Como se ha realizado en el resto de los cursos académicos de 4º de ESO, se ha aglutinado las consideraciones relacionadas con la influencia de los medios de comunicación, el grupo e iguales y las actividades de ocio y tiempo; debido a que estas tres dimensiones son consideradas factores de riesgo y/o protección para los y las adolescentes.

Los resultados más significativos que se desprenden de la tabla 7.45 hacen referencia a que el alumnado está de acuerdo en el aspecto de la influencia y la vulnerabilidad que presentan los adolescentes con la influencia de los medios de comunicación en sus vidas, y en su proceso madurativo. Dichos datos se reflejan en los ítems 56, 58 y 59.

Se observa del mismo modo, que existe un porcentaje elevado de alumnos y alumnas que consideran totalmente cierta la idea de que los MCM influyen en las decisiones que deben tomar, pasando de un 18,8% en pre a un 31,9% en post (ítem 56). Lo mismo sucede con el aspecto de desarrollar una personalidad autónoma, el alumnado comprende la necesidad de tener en cuenta lo que comentan los medios de comunicación, pero haciendo siempre un análisis crítico personal para poder desarrollar su propio criterio al respecto, modificando la intención de respuesta de un 18,8% en pre a un 55,31% en post.

Por tanto, el programa ha conseguido de manera tácita modificar la opinión del alumnado encuestado finalizada la implantación del mismo durante cuatro cursos consecutivos, en los ítems 56 y 57.

Tabla 7.45. Influencia de los Medios de Comunicación, del grupo de iguales y consideraciones sobre las actividades de ocio y tiempo libre del alumnado de 4º de ESO, curso 09/10

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %
56	Influencia publicidad en decisiones sin darnos cuenta	1 2,1	0 0	3 6,3	5 10,6	2 4,2	3 6,4	33 68,8	24 51,1	9 18,8	15 31,9
57	Personalidad autónoma = ser críticos con MCM	2 4,2	0 0	4 8,3	2 4,3	2 4,2	10 21,3	31 64,6	26 21,3	9 18,8	26 55,31
58	Transmisión información según intereses de MCM	0 0	1 2,1	0 0	1 2,1	2 4,2	4 8,5	15 31,3	20 42,6	31 64,6	21 44,7
59	Influencia MCM en formas de hablar	7 14,6	12 25,5	20 41,7	15 31,9	8 16,7	5 10,6	9 18,8	12 25,5	4 8,3	3 6,4
Nº ítem	Dim. 2: Influencia del grupo de iguales	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %
60	Amistades únicas que me entienden	4 8,3	6 12,8	25 52,1	23 48,9	6 12,5	5 10,6	11 22,9	12 25,5	2 4,2	1 2,1
61	Amistades me identifico	0 0	0 0	4 8,3	5 10,6	1 2,1	4 8,5	34 70,8	26 55,3	9 18,8	12 25,5
62	Amistades me resuelven dudas	7 14,6	3 6,4	14 29,2	15 31,9	5 10,4	11 23,4	20 41,7	17 36,2	2 4,2	1 2,1
63	Amistades me fuerzan a cosas	39 81,3	33 70,2	6 12,5	6 12,8	1 2,1	6 12,8	1 2,1	2 4,3	1 2,1	0 0
Nº ítem	Dim.3: consideraciones sobre actividad de ocio	N. de acuerdo		P. de acuerdo		No sé		De acuerdo		T. acuerdo	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %
64	Ocio salir de fiesta con amistades	2 4,2	4 8,5	19 39,6	20 42,6	1 2,1	4 8,5	22 45,8	15 31,9	4 8,3	4 8,5
65	Distracción ver la tele	5 10,4	8 17,0	18 37,5	9 19,1	3 6,3	7 14,9	21 43,8	21 44,7	1 2,1	2 4,3
66	Quedarme tirado en el sofá lo que más me gusta	18 37,5	20 42,6	16 33,3	16 34,0	6 12,5	3 6,4	6 12,5	5 10,6	2 4,2	3 6,4
67	Leer un libro me resulta aburrido	11 22,9	9 19,1	11 22,9	16 34,0	6 12,5	6 12,8	9 18,8	9 19,1	11 22,9	7 14,9
68	Ir de excursión es un rollo	24 50,0	21 44,7	18 37,5	14 29,8	3 6,3	4 8,5	2 4,2	3 6,4	1 2,1	5 10,6
69	Ocio jugar a la videoconsola	17 35,4	18 38,3	19 39,6	12 25,5	4 8,3	3 6,4	7 14,6	11 23,4	1 2,1	3 6,4
70	Consulta internet para distraerme	11 22,9	3 6,4	16 33,3	14 29,8	3 6,3	5 10,6	17 35,4	18 38,3	1 2,1	7 14,9

La dimensión referida a la influencia del grupo de iguales en los comportamientos y conductas de los y las adolescentes, es fundamental analizarla en un programa de prevención de drogas, debido a que, es el segundo sector de socialización más importante para la adolescencia. Ante esta circunstancia, se destaca que el alumnado de 4º de ESO tiene claro que las amistades son importantes pero son conscientes de que no son lo único a lo que deben atender para madurar como personas, queda reflejado en la tabla 7.38 en los ítems 60, 62 y 63. Incluso en el ítem 63, el alumnado manifiesta su total desacuerdo con la idea de que el grupo de amigos y amigas los fuerzan a hacer actividades que no quieren.

Por lo que, el alumnado de 4º de ESO es consciente que los amigos y las amigas con los que se relaciona o pretenden relacionarse deben ser personas positivas que busquen en su vida unas metas y unos objetivos comunes a conseguir.

Con respecto a las actividades de ocio y tiempo libre, se observa que un 35,4% en pre y un 38,3% en post, prefieren pasar la tarde consultando internet encerrados en casa, en lugar de realizar cualquier otra actividad (ítem 70).

Sin embargo, el resto de alumnos y alumnas prefieren realizar más actividades que dedicarse únicamente a salir de fiesta (poco de acuerdo 39,6% en pre y 42,6% en post) o quedarse en casa tirado en el sofá sin hacer nada (nada de acuerdo 37,5% en pre y 42,6% en post).

Como dato positivo, los encuestados no consideran ni leer un libro ni ir de excursión como actividades aburridas para realizar en el tiempo libre, como se aprecia en la tabla 7.45.

Como contrapartida, un 45,8% en pre y un 31,9% en post, expresan su interés por realizar una única actividad en su tiempo libre: salir de fiesta con los amigos; junto con un 43,8% en pre y un 44,7% en post que prefieren ver la televisión en su tiempo de ocio.

Ante este panorama, se deduce que la mayoría del alumnado de 4º de ESO en su mayoría realiza actividades de ocio positivas, y no solo piensan en actividades relacionadas con el consumo de drogas, y la realización de actividades disruptivas. Por lo que, el Programa debe proporcionar herramientas para desarrollar hábitos de vida saludables, haciendo hincapié en la formación la elección adecuada de actividades de ocio.

Una vez analizados los factores de riesgo y/o protección referidos a la influencia de los medios de comunicación, el grupo de iguales y las actividades de ocio y tiempo libre; se analiza si los hábitos de consumo de drogas del alumnado de 4º de ESO, se corresponde con factores de riesgo o de protección.



En la tabla 7.46 se muestra que los alumnos y las alumnas del colegio Concertado Trinitarios, con una edad comprendida entre los 16-17 años consumen diariamente tabaco (52,1% en pre y 51,1% en post), junto a un 43,8% en pre y 46,8% en post, que consumen a veces los fines de semana alcohol. Es decir, la mitad del alumnado encuestado de 4º de ESO consume tabaco y alcohol de manera habitual, ya bien sea, diariamente o durante los fines de semana. Por lo que su percepción de riesgo ante el consumo de drogas legales es muy baja.

Relacionado con el consumo habitual de alcohol, se les pregunta si se han emborrachado alguna vez, donde el 33,3% en pre y el 40,4% en post, si lo ha sufrido, y concretando en el último mes, se reduce el porcentaje a un 12,5% en pre y 21,3% en post, todos los fines de semana que salen.

Visto el consumo habitual de drogas legales que realizan, se profundizan en su experimentación con otro tipo de drogas. En este caso, en torno al 20% han experimentado con otras drogas. De las cuales destaca el cannabis con un 22,9% en pre y un 21,3% en post; cocaína con un 2,1% en pre y un 6,4% en post; anfetaminas y alucinógenos con un 2,1% en post.

La lectura que puede hacerse de estos datos, es que el alumnado de 4º de ESO, tiene muy instaurada la cultura del consumo de drogas legales, debido a que, socialmente están aceptadas, pero siguen manteniendo resistencias a la hora de pasarse al consumo de drogas ilegales. Incluso siendo así, la principal droga ilegal consumida es el cannabis, gracias a la campaña de aceptación social que se está realizando, debido a que, en todas las series creadas para adolescentes se consume y se habla de ello; provocando en ocasiones ideas y mitos erróneos sobre su consumo y sobre las consecuencias que genera su consumo.

Tabla 7.46. Hábitos de consumo de drogas legales e ilegales del alumnado de 4º de ESO, curso 09/10

Nº ítem	Dim.5: Hábitos de consumo	Nunca		Lo he probado		Fumo de vez en cuando/A veces F/S		Fumo los F/S /Casi siempre que salgo F/S		Fumo diariamente/ Siempre que salgo											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post										
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %										
71	Has fumado tabaco alguna vez	4	8,3	5	10,6	5	10,4	3	6,4	9	18,8	4	8,5	5	10,4	11	23,4	25	52,1	24	51,1
72	Has tomado alguna bebida alcohólica	0	0	3	6,4	8	16,7	5	10,6	21	43,8	22	46,8	13	27,1	11	23,4	6	12,5	6	12,8
73	Te has mareado o emborrachado alguna vez	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		16	33,3	19	40,4	32	66,7	28	59,6												
74	Cuántos fines de semana en el último mes te has emborrachado	Un fin de semana		Dos fines de semana		Casi todos los F/S		Todos los F/S		Nunca											
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post								
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	
		1	2,1	0	0	2	4,2	4	8,5	4	8,3	6	12,8	6	12,5	10	21,3	35	72,9	27	57,4
75	Has probado alguna otra droga	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
		12	25,0	9	19,1	36	75,0	38	80,9												
76	¿Cuáles?	Si		No																	
		pre	post	pre	post																
		f %	f %	f %	f %																
			11	22,9	10	21,3	37	77,1	37	78,7											
			1	2,1	3	6,4	47	97,9	44	93,6											
			1	2,1	0	0	47	97,9	47	100,0											
			0	0	1	2,1	48	100,0	46	97,9											
			0	0	0	0	48	100,0	47	100,0											
		1	2,1	1	2,1	47	97,9	46	97,9												
		0	0	0	0	48	100,0	47	100,0												

La edad de inicio en el consumo de cannabis del alumnado de 4º de ESO, se sitúa en el intervalo de 9-11 años, como se observa en la tabla 7.47, una edad muy temprana para experimentar con una droga ilegal en nuestro país, y donde la legislación sanciona su consumo

en la vía pública. Preocupa el hecho de que el del 21,3% de los encuestados, que han experimentado con el cannabis, mantienen el consumo un 12,8% de manera habitual y diariamente. Dicha circunstancia hace que recuerde la Teoría de la Escalada del Consumo de drogas de Kandel (1970).

Tabla 7.47. Edad de inicio y frecuencia del consumo de cannabis en el alumnado de 4º de ESO, curso 09/10

Nº ítem	Dim6: Edad de Inicio	6-8 años		9-11 años		12-15 años		Nunca									
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post								
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %								
77	Si has fumado porros alguna vez	0	0	3	6,4	11	22,9	8	17,0	1	2,1	0	0	36	75,0	36	76,6

Nº ítem	Dim7: Frecuencia del consumo	Sólo de vez en cuando		Casi todos los fines de semana		Varias veces a la semana		Fumo todos los días		Nunca he fumado									
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post								
		f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %							
78	Si has fumado porros en el último mes	0	0	0	0	1	2,1	0	0	1	2,1	7	14,6	6	12,8	40	83,3	40	85,1

Aplicada la prueba t de Student (n.s.= 0,005) para el último curso de implementación el programa, se realiza una comparativa entre el pres-test y el post-test. Los datos más significativos que se obtienen son los siguientes (tabla 7.48):

- El alumnado, durante el proceso de implantación del Programa, estima que las amistades resuelven dudas que la familia no puede (t= -177, p= 0,032), circunstancia que se acentúa al finalizar la intervención; debido a que, en muchas ocasiones en la familia no existe un buen espacio de comunicación en el que poder comentar las dudas o incertidumbres que se les plantea a la adolescencia.
- La actividad de ocio, ir de excursión es un rollo, plantea divergencias de opinión. Sin embargo, al finalizar la investigación, el alumnado razona que es una actividad atractiva y divertida para realizar en el tiempo de ocio (t= - 1,600, p= 0,038).
- Otra actividad que presenta diferencia significativas es jugar a la videoconsola (t= -1,004, p= 0,010). En este caso, el utilizar esta herramienta permite distraerse, compartir tiempo con otras personas, siempre que se complemente con otras actuaciones.

Tabla 7.48. Media, desviación típica y prueba de t, 4º ESO curso 09/10

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	Pre			Post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
56	Influencia publicidad en decisiones sin darnos cuenta	3,96	0,824	48	4,04	0,908	47	-0,474	0,243
57	Personalidad autónoma= ser crítico con MCM	3,85	0,967	48	3,89	0,759	47	-0,221	0,562
58	Transmisión información según intereses de MCM	4,60	0,574	48	4,26	0,871	47	2,309	0,083
59	Influencia MCM en formas de hablar	2,65	1,194	48	2,55	1,299	47	0,362	0,298
Nº ítem	Dim.2: Influencia grupo de iguales	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
60	Amistades únicos me entienden	2,63	1,064	48	2,55	1,080	47	0,326	0,879
61	Identificación y respeto con amistades	4,00	0,744	48	3,96	0,884	47	0,254	0,129
62	Amistades resuelven dudas que no la familia	2,92	1,217	48	2,96	1,021	47	<b>-0,177</b>	<b>0,032</b>
63	Amistades me fuerzan a cosas que no quiero	1,31	0,803	48	1,51	0,882	47	-1,146	0,073
Nº ítem	Dim.3: Consideraciones activ. Ocio y Tiempo Libre	pre			post			t	p
		$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N	$\bar{X}$	S <sub>x</sub>	N		
64	Salir de fiesta con amistades	3,15	1,167	48	2,89	1,202	47	1,038	0,920
65	Para distraerme veo la tele	2,90	1,153	48	3,00	1,234	47	-0,425	0,977
66	Quedarme tirado en el sofá sin hacer nada	2,13	1,178	48	2,04	1,233	47	0,333	0,945
67	Leer un libro me resulta aburrido	2,96	1,515	48	2,77	1,371	47	0,649	0,311
68	Ir de excursión es un rollo	1,71	0,922	48	2,09	1,332	47	<b>-1,600</b>	<b>0,038</b>
69	Ocio jugar a la videoconsola	2,08	1,108	48	2,34	1,372	47	<b>-1,004</b>	<b>0,010</b>
10	Consultando internet sin más	2,60	1,250	48	3,26	1,224	47	-2,564	0,649

En definitiva, el alumnado de 4º de ESO, tiene claras las ideas sobre cuestiones a considerar sobre la influencia de los medios de comunicación, el influjo del grupo de iguales y la necesidad de realizar actividades de ocio positivas y distractoras alejadas de acciones relacionadas con el consumo de drogas. Sin embargo, el 50% del alumnado consumen habitualmente tabaco y alcohol de forma diaria o los fines de semana respectivamente. Además, el 20% ha experimentado con drogas ilegales, principalmente el cannabis, manteniendo su consumo de forma habitual y diaria el 12,8%.

## 7.5. Comparaciones de datos del análisis cuantitativo

### 7.5.1. Resultados generales 1º y 2º de ESO

#### 7.5.1.1. 1º de ESO

Comentados los estadísticos descriptivos referidos a frecuencia y media, y las pruebas inferenciales de ji-cuadrado para descubrir las diferencias significativas en cada curso académico; se procede a realizar nuevamente una prueba de ji-cuadrado ( $n.s.= 0,005$ ) para analizar durante los cuatro años de intervención las diferencias que existen al implementar el programa. Es decir, en este caso se comparan los resultados del cuestionario de 1º de ESO finalizada la implantación del Programa.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se observa en la tabla 7.49, que de las 15 preguntas de las que compone el cuestionario, evocan diferencias significativas, excepto la cuestión relacionada con si fumas 1 cigarro a la semana.

Tabla 7.49. Prueba ji-cuadrado para el nivel educativo de 1º de ESO, considerando resultados del post-test en los cuatro años de investigación

Nº ítem	Dim.1: Opinión consumo	X <sup>2</sup>	p	N
1	Fumar Tb perjudica la salud	20,368	0,002	127
2	El Tb produce adicción	31,875	0,000	131
3	El humo del Tb perjudica a no fumadores	38,910	0,000	131
4	El consumo de Tb disminuye la resistencia física	94,487	0,000	131
5	Cnb perjudica a la salud	103,526	0,000	131
6	Cnb produce adicción	86,052	0,000	131
7	Cnb – función cerebral y - SNC	21,005	0,000	131
8	Cnb produce trastornos vasculares	60,361	0,000	131
Nº ítem	Dim.2: Hábitos de consumo	X <sup>2</sup>	p	N
12	Probar Cnb alguna vez	109,121	0,000	129
Nº ítem	Dim.3: Edad de Inicio	X <sup>2</sup>	p	N
10	Edad inicio Tb	84,288	0,000	131
14	Edad inicio Cnb	98,194	0,000	129
Nº ítem	Dim.4: Frecuencia del consumo	X <sup>2</sup>	p	N
9	Fumas Tb una vez a la semana	2,107	0,551	131
13	Fumas Cnb una vez la semana	112,945	0,000	129
Nº ítem	Dimen. 5: Aspecto social del consumo	X <sup>2</sup>	p	N
11	Amistades consumen Tb	22,572	0,000	129
15	Amistades consumen Cnb	52,489	0,000	129

Nota: Las tablas de contenido base para la interpretación de estos datos se encuentran en el anexo 6

En definitiva, la implementación del programa en el nivel educativo de 1º de ESO, durante los cuatro años de investigación, ha provocado cambios de opinión en el alumnado participante al finalizar el mismo, en las siguientes cuestiones:

- Fumar tabaco perjudica la salud ( $p= 0,002$ ).
- El tabaco produce adicción ( $p=0,000$ ).
- El humo del tabaco perjudica a los no fumadores ( $p= 0,000$ ).
- El consumo de tabaco disminuye la resistencia física ( $p= 0,000$ ).
- El cannabis perjudica a la salud ( $p= 0,000$ ).
- El cannabis produce adicción ( $p= 0,000$ ).
- El cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del Sistema Nervioso Central ( $p= 0,000$ ).
- El cannabis produce trastornos vasculares ( $p= 0,000$ ).
- Has probado el cannabis alguna vez ( $p= 0,000$ ).
- Edad de inicio en el consumo de tabaco ( $p= 0,000$ ).
- Edad de inicio en el consumo de cannabis ( $p= 0,000$ ).
- Fumas al menos un porro a la semana ( $p= 0,000$ ).
- Tienes amistades que consuman tabaco ( $p= 0,000$ ).
- Tienes amistades que consuman cannabis ( $p= 0,000$ ).

Estas diferencias hacen presagiar que el programa ha provocado cambios de opinión en el alumnado encuestado. La mayoría de las diferencias se sitúan en la información y la experimentación de cannabis por el alumnado de 12 años de edad.

Las diferencias registradas, se sitúan en que el programa no ha conseguido en sus cuatro años modificar el pensamiento sobre ideas preconcebidas sobre el tabaco y el cannabis. Es decir, el progreso seguido por el alumnado durante los cuatro años ha sido el seguir considerando positivo el consumo de tabaco y cannabis, sin hacerles cambiar de opinión sobre los efectos negativos en su organismo. En este, caso la legislación en torno al consumo de tabaco más prohibitiva y ambigua en el consumo de cannabis, se ha convertido en el “caballo de batalla” para el PNSD, ya que, el alumnado considera que es mejor consumir cannabis que tabaco porque las campañas de drogas no hacen referencia explícita a los efectos del cannabis. Ese efecto, se revierte en el aumento de amigos consumidores por parte de los encuestados.

Por otro lado, es de recibo comentar que en algunos discentes, el programa ha conseguido concienciar sobre la peligrosidad del tabaco y el cannabis, disminuyendo su consumo y resolviendo dudas sobre sustancias legales como el tabaco.

Actualmente, el cannabis, droga ilegal, es considerada por la adolescencia como una sustancia legal que causa menor perjuicio para la salud que el tabaco; ya que, es una sustancia que se obtiene de una planta natural. Esta información se recoge, de la sesiones de trabajo realizadas con el alumnado y su familia durante el proceso de investigación, contextualizadas en las sesiones de formación conjuntas familias-menores.

En definitiva, no solo el programa debe abordar la información sobre drogas, sino que la sociedad debe aportar la misma información, sin dar opiniones contrarias y favorables al consumo. Por lo que, el PNSD con sus estrategias debe hacer más hincapié en estas cuestiones no solo a nivel nacional, sino autonómico y local.

#### 7.5.1.2. 2º de ESO

Con respecto a 2º de ESO, el análisis general que se realiza tras la implementación del programa en los cuatro años de investigación, sitúan los cambios significativos en torno a las preguntas relacionadas con el cannabis, como sucedía en 1º de ESO.

Como se aprecia en la tabla 7.50, tan solo cuatro ítems, presentan diferencias significativas con respecto al conjunto de datos.

Tabla 7.50. Prueba ji-cuadrado para el nivel educativo de 2º de ESO, considerando resultados del post-test en los cuatro años de investigación

Nº ítem	Dim.1: Opinión consumo	X <sup>2</sup>	p	N
16	Beber Alc perjudica la salud	5,038	.0,169	83
17	Alc = adicción	11,424	0,076	83
18	Persona bebe mucho Alc = problemas	3,588	0,309	83
19	Necesario beber Alc para pasarlo bien con amistades	5,808	0,445	81
20	Cnb perjudica la salud	<b>20,238</b>	<b>0,003</b>	<b>83</b>
21	Cnb = sustancia legal	<b>8,319</b>	<b>0,040</b>	<b>82</b>
22	Cnb = adicción	5,034	0,169	83
23	Cnb = disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC	6,473	0,091	83
24	Cnb = produce trastornos circulatorios y del corazón	2,632	0,452	83
Nº ítem	Dim.2: Hábitos de consumo	X <sup>2</sup>	p	N
25	Probado Alc alguna vez	5,264	0,153	83
30	Probado Cnb alguna vez	<b>11,747</b>	<b>0,008</b>	<b>83</b>
Nº ítem	Dim.3: Edad de Inicio	X <sup>2</sup>	p	N
28	Edad inicio Alc	12,142	0,205	83
33	Edad inicio Cnb	<b>15,031</b>	<b>0,020</b>	<b>83</b>

Nº ítem	Dim.4: Frecuencia del consumo	X <sup>2</sup>	p	N
26	Bebes Alc 1 vez a la semana	2,445	0,485	83
27	Bebes Alc 1 vez al mes	0,741	0,864	83
31	Fumas Cnb 1 vez a la semana	-	-	83
32	Fumas Cnb 1 vez al mes	-	-	83
Nº ítem	Dim.5: Aspecto social del consumo	X <sup>2</sup>	p	N
29	Amistades consumen Alc	4,155	0,245	83
34	Amistades consumen Cnb	3,619	0,306	83

Nota: Las tablas de contenido base para la interpretación de estos datos se encuentran en el anexo 7

Concretamente, los ítems que sufren variaciones evidentes en los años que dura la investigación, son los siguientes:

- El cannabis perjudica a la salud ( $p= 0,003$ ).
- El cannabis es una sustancia legal ( $p= 0,040$ ).
- Has probado el cannabis alguna vez ( $p= 0,008$ ).
- La edad de inicio en el consumo de cannabis ( $p= 0,020$ ).

En este nivel educativo, el programa ha conseguido modificar la opinión acerca del cannabis hacia las dos vertientes posibles. Por un lado, ha producido la implementación del programa que existan alumnos que modifiquen su pensamiento sobre el cannabis y lo consideren negativo e ilegal. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones se ha reforzado el pensamiento relativo a que el cannabis es una sustancia legal y que no provoca perjuicios.

Además, el alumnado considera que el cannabis es una sustancia legal porque en otros países está legalizado, por lo que extraen esa información al contexto en donde viven, justificando su consumo en ese hecho. Sin advertir, que en España el cannabis es considerado una sustancia ilegal, que está prohibido su consumo en la calle, y que solo se permite el poseer una planta para consumo propio. Unido a esto, como se ha comentado antes, la nueva legislación sobre el tabaco deja muchos vacíos legales en cuento a los lugares donde puede consumirse cannabis, ya que no se contempla.; situación que aprovecha el joven para justificar su consumo.

Por otro lado, con respecto a sustancia alcohol, droga considerada legal en el territorio español, no se han producido diferencias significativas a lo largo de la implantación del programa, debido a que, el alcohol está aceptado socialmente. Además, se suma la circunstancia que por parte de la adolescencia se considera una droga no perjudicial para el organismo, acrecentado por la Ley 7/2006, de 24 de octubre, sobre potestades administrativas en materia de determinadas actividades de ocio en los espacios abiertos de los municipios de Andalucía.



## 7.5.2. Resultados generales 3º y 4º de ESO

### 7.5.2.1. 3º de ESO

Para concluir el análisis de resultados de los cuestionarios, concretando en el segundo ciclo de ESO (Véase tabla 7.51), se puede advertir que una vez finalizado el programa, el Análisis de Varianza realizado para un Factor ( $n.s.=0.05$ ), obtiene que solo la variable referente a El centro escolar es considerado un lugar agradable ( $F=4.483$ ,  $p=.006$ ), resulta significativa durante los cuatro años de implantación del Programa en 3º de ESO. Es decir, el centro educativo les parece un entorno adecuado y agradable donde aprenden y maduran como personas.

Tabla 7.51. Resultados significatividad cursos 3º ESO

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	F	Sig.
35	Publicidad influye en decisiones que tomamos	1,131	0,341
36	Personalidad autónoma= ser crítico con MCM	0,791	0,502
37	Transmisión información según intereses de MCM	1,873	0,140
Nº ítem	Dim.2: Comentarios centro educativo	F	Sig.
38	En el C.E. necesidad de normas para convivencia	0,584	0,627
39	Centro escolar lugar agradable	<b>4,483</b>	<b>0006</b>
40	Todas asignaturas importantes	0,363	0,780
Nº ítem	Dim.4: Consideración sobre la familia	F	Sig.
41	Fundamental en familia hablarse y tratarse con cariño	0,350	0,789
42	Importante tener confianza en la familia	0,962	0,414
43	Conflictos familiares usar empatía	0,788	0,504
Nº ítem	Dim.4: Opinión percepción personal	F	Sig.
44	Tengo buenas cualidades	0,378	0,769
45	Muchos chicos y chicas de mi edad son mejores que yo	1,481	0,225
46	Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como otros compañeros de clase	0,904	0,443
47	En general estoy contento con mi forma de ser	0,521	0,669

Además, los cursos en los que se contempla la significatividad queda registrado en la tabla 7.52, donde los resultados del alumnado encuestado expresan que las diferencias se encuentran en los cursos 2008/2009 y 2009/2010 con respecto al curso académico 2007/2008.

Tabla 7.52. Resultados de la prueba post-hoc de Sheffé entre los cursos de 3º de ESO

DIMENSIÓN		VALOR I-J	SIG.	
<b>Dimensión 1: Influencia Medios de Comunicación</b>				
Publicidad influye en decisiones que tomamos	06/07	07/08	0,014	1,000
		08/09	-0,425	0,637
		09/10	-0,056	0,328
	07/08	06/07	-0,014	1,000
		08/09	-0,439	0,397
		09/10	-0,070	0,237
	08/09	06/07	0,425	0,637
		07/08	0,439	0,278
		09/10	0,369	0,229
	09/10	06/07	0,056	0,328
		07/08	0,070	0,237
		08/09	-0,369	0,229
Personalidad autónoma= ser crítico con MCM	06/07	07/08	-0,028	1,000
		08/09	-0,450	0,697
		09/10	-0,303	0,853
	07/08	06/07	0,028	1,000
		08/09	-0,422	0,321
		09/10	-0,275	0,747
	08/09	06/07	0,450	0,697
		07/08	0,422	0,321
		09/10	0,147	0,945
	09/10	06/07	0,303	0,853
		07/08	0,275	0,747
		08/09	-0,147	0,945
Transmisión información según intereses de MCM	06/07	07/08	-0,528	0,519
		08/09	-0,650	0,320
		09/10	-0,186	0,949
	07/08	06/07	0,528	0,519
		08/09	-0,122	0,976
		09/10	0,342	0,525
	08/09	06/07	0,650	0,20
		07/08	0,122	0,976
		09/10	0,464	0,226
	09/10	06/07	0,186	0,949
		07/08	-0,342	0,525
		08/09	-0,464	0,226
<b>Dim.2: Comentarios centro educativo</b>				
En el C.E. necesidad de normas para convivencia	06/07	07/08	-0,125	0,983
		08/09	-0,175	0,954
		09/10	0,077	0,994
	07/08	06/07	0,125	0,983
		08/09	-0,050	0,997
		09/10	0,202	0,800
	08/09	06/07	0,175	,954
		07/08	0,050	0,997
		09/10	0,252	0,642
	09/10	06/07	-0,077	0,994
		07/08	-0,202	0,800
		08/09	-0,252	0,642
Centro escolar lugar agradable	06/07	07/08	0,333	0,893
		08/09	-0,700	0,432
		09/10	-0,681	0,377
	07/08	06/07	-0,333	0,893

LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN CONTEXTOS FAMILIARES Y ESCOLARES: ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE “ENTRE TODOS”

DIMENSIÓN			VALOR I-J	SIG.	
		08/09	-1,033	0,025	
		09/10	-1,014	0,007	
	08/09	06/07	0,700	0,432	
		07/08	1,033	0,025	
	09/10	09/10	0,019	1,000	
		06/07	0,681	0,377	
		07/08	1,014	.007	
	Todas asignaturas importantes	06/07	07/08	0,139	0,993
			08/09	0,000	1,000
			09/10	0,293	0,917
		07/08	06/07	-0,139	0,93
			08/09	-0,139	0,984
09/10			0,154	0,966	
08/09		06/07	0,000	1,000	
		07/08	0,139	,984	
		09/10	0,293	0,792	
09/10		06/07	-0,293	0,17	
		07/08	-0,154	0,966	
		08/09	-0,293	0,792	
<b>Dim.3: Consideración sobre la familia</b>					
Fundamental en familia hablarse y tratarse con cariño	06/07	07/08	0,208	0,853	
		08/09	0,125	0,961	
		09/10	0,215	0,793	
	07/08	06/07	-0,208	0,853	
		08/09	-0,083	0,975	
		09/10	0,007	1,000	
	08/09	06/07	-0,125	0,961	
		07/08	0,083	0,975	
		09/10	0,090	0,945	
	09/10	06/07	-0,15	0,793	
		07/08	-0,007	1,000	
		08/09	-0,090	0,945	
	Importante tener confianza en la familia	06/07	07/08	0,097	0,990
			08/09	-0,275	0,812
			09/10	0,013	1,000
07/08		06/07	-0,097	0,990	
		08/09	-0,372	0,415	
		09/10	-0,084	0,977	
08/09		06/07	0,275	0,812	
		07/08	0,372	0,415	
		09/10	0,288	0,468	
09/10		06/07	-0,013	1,000	
		07/08	0,084	0,977	
		08/09	-0,288	0,468	
Conflictos familiares usar empatía		06/07	07/08	0,278	0,885
			08/09	0,300	0,854
			09/10	0,479	0,504
	07/08	06/07	-0,278	0,885	
		08/09	0,022	1,000	
		09/10	0,201	0,850	
	08/09	06/07	-0,300	0,854	
		07/08	-0,022	1,000	
		09/10	0,179	0,877	
	09/10	06/07	-0,479	0,504	
		07/08	-0,201	0,850	

DIMENSIÓN		VALOR I-J	SIG.	
		08/09	-0,179	0,877
<b>Dim.4: Opinión percepción personal</b>				
Tengo buenas cualidades	06/07	07/08	0,236	0,807
		08/09	0,175	0,906
		09/10	0,242	0,738
	07/08	06/07	-0,236	0,807
		08/09	-0,061	0,990
		09/10	0,006	1,000
	08/09	06/07	-0,175	0,906
		07/08	0,061	0,990
		09/10	0,067	0,977
	09/10	06/07	-0,242	0,738
		07/08	-0,006	1,000
		08/09	-0,067	0,977
Muchos chicos y chicas de mi edad son mejores que yo	06/07	07/08	0,208	0,919
		08/09	-0,075	0,995
		09/10	-0,231	0,859
	07/08	06/07	-0,208	0,919
		08/09	-0,283	0,667
		09/10	-0,440	0,171
	08/09	06/07	0,075	0,995
		07/08	0,283	0,667
		09/10	-0,156	0,870
	09/10	06/07	0,231	0,859
		07/08	0,440	0,171
		08/09	0,156	0,870
Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como otros compañeros de clase	06/07	07/08	0,208	0,862
		08/09	0,175	0,909
		09/10	-0,029	0,999
	07/08	06/07	-0,208	0,862
		08/09	-0,033	0,998
		09/10	-0,238	0,522
	08/09	06/07	-0,175	0,909
		07/08	0,033	0,998
		09/10	-0,204	0,615
	09/10	06/07	0,029	0,999
		07/08	0,238	0,522
		08/09	0,204	0,615
En general estoy contento con mi forma de ser	06/07	07/08	0,208	0,885
		08/09	-0,025	1,000
		09/10	-0,008	1,000
	07/08	06/07	-0,208	0,885
		08/09	-0,233	0,710
		09/10	-0,216	0,653
	08/09	06/07	0,025	1,000
		07/08	0,233	0,710
		09/10	0,017	1,000
	09/10	06/07	0,008	1,000
		07/08	0,216	0,653
		08/09	-0,017	1,000

Por lo tanto, conforme ha ido evolucionando el programa, desde que se inició el estudio, la idea de considerar el centro educativo un lugar agradable y confortable ha ido calando en el alumnado.

#### 7.5.2.2. 4º de ESO

Con respecto a 4º de ESO, el Análisis de Varianza (véase tabla 7.53), refleja los siguientes datos significativos:

- Para tener una personalidad autónoma es necesario tener en cuenta a los Medios de Comunicación y analizarlos críticamente (F= 2,716, p=0,049). El alumnado considera que los Medios de Comunicación requieren que se tengan en cuenta se analicen para poder fraguar una personalidad autónoma.
- Con las amistades me identifico (F= 3,630, p= 0,016). Los encuestados estiman que en el grupo de amigos es donde se sienten respetados y tenidos en cuenta, por lo que, encuentran su lugar y se identifican con ellos.
- Como actividad de ocio, plantean el jugar a la videoconsola como buen alternativa para invertir el tiempo libre (F=2,937, p= 0,038).

Tabla 7.53. Resultados significatividad cursos 4º ESO

Nº ítem	Dim.1: Influencia Medios de Comunicación	F	Sig.
56	Publicidad influye en decisiones que tomamos	0,531	0,662
57	Personalidad autónoma= ser crítico con MCM	<b>2,716</b>	<b>0,049</b>
58	Transmisión información según intereses de MCM	0,515	0,673
59	Influencia MCM en formas de hablar	0,353	0,787
Nº ítem	Dim.2: Influencia del grupo de iguales	F	Sig.
60	Amistades únicas que me entienden	2,148	0,100
61	Amistades me identifico	<b>3,630</b>	<b>0,016</b>
62	Amistades me resuelven dudas	1,555	0,206
63	Amistades me fuerzan a cosas	2,143	0,100
Nº ítem	Dim.3: Consideraciones sobre actividad de ocio	F	Sig.
64	Ocio salir de fiesta con amistades	1,282	0,286
65	Distracción ver la televisión	0,345	0,793
66	Quedarme tirado en el sofá lo que más me gusta	1,157	0,331
67	Leer un libro me resulta aburrido	0,840	0,475
68	Ir de excursión es un rollo	2,077	0,109
69	Ocio jugar a la videoconsola	<b>2,937</b>	<b>0,038</b>
70	Consulta internet para distraerme	2,130	0,102

En la tabla 7.54, se reflejan los datos relativos a los grupos que han mostrados diferencias significativas tras aplicar una prueba post-hoc de Sheffé, en este caso son:

- En la variable con mis amigos me identifico, el curso 2007/2008, es el que plantea diferencias con respecto al curso 2006/2007, junto al curso 2009/2010 con el curso 2007/2008. Es decir, en ambos cursos el Programa ha conseguido fomentar la idea de pertenencia al grupo de amigos.
- Como actividad de ocio juego a la videoconsola, presenta representatividad en el curso 2009/2010 con respecto al curso 2007/2008. Es decir, en el último curso de implantación del programa el alumnado comprende que jugar a la videoconsola es una actividad adecuada a realizar en el tiempo de ocio.

Tabla 7.54. Resultados de la prueba post-hoc de Sheffé entre los cursos de 4º de ESO

DIMENSIÓN		VALOR I-J	SIG.	
<b>Dimensión 1: Influencia Medios de Comunicación</b>				
Publicidad influye en decisiones que tomamos	06/07	07/08	0,311	0,777
		08/09	0,052	0,999
		09/10	0,069	0,996
	07/08	06/07	-0,311	0,777
		08/09	-0,259	0,770
		09/10	-0,243	0,680
	08/09	06/07	-0,052	0,999
		07/08	0,259	0,770
		09/10	0,016	1,000
	09/10	06/07	-0,069	0,996
		07/08	0,243	0,680
		08/09	-0,016	1,000
Personalidad autónoma= ser crítico con MCM	06/07	07/08	-0,450	0,657
		08/09	-0,824	0,175
		09/10	-0,894	0,062
	07/08	06/07	0,450	0,657
		08/09	-0,374	0,650
		09/10	-0,444	0,324
	08/09	06/07	0,824	0,175
		07/08	0,374	0,650
		09/10	-0,070	0,994
	09/10	06/07	0,894	0,062
		07/08	0,444	0,324
		08/09	0,070	0,994
Transmisión información según intereses de MCM	06/07	07/08	0,222	0,933
		08/09	-0,131	0,986
		09/10	-0,033	1,000
	07/08	06/07	-0,222	0,933
		08/09	-0,353	0,657
		09/10	-0,255	0,731
	08/09	06/07	0,131	0,986
		07/08	0,353	0,657
		09/10	0,098	0,982

LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN CONTEXTOS FAMILIARES Y ESCOLARES: ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE “ENTRE TODOS”

DIMENSIÓN		VALOR I-J		SIG.
Influencia MCM en formas de hablar	09/10	06/07	0,033	1,000
		07/08	0,255	0,731
		08/09	-0,098	0,982
	06/07	07/08	0,489	0,756
		08/09	0,242	0,964
		09/10	0,336	0,877
	07/08	06/07	-0,489	0,756
		08/09	-0,247	0,929
		09/10	-0,153	0,966
	08/09	06/07	-0,242	0,964
		07/08	0,247	0,929
		09/10	0,094	0,993
09/10	06/07	-0,336	0,877	
	07/08	0,153	0,966	
	08/09	-0,094	0,993	
<b>Dimensión 2: Influencia grupo de iguales</b>				
Amistades únicas que me entienden	06/07	07/08	-0,417	0,785
		08/09	0,451	0,757
		09/10	-0,220	0,947
	07/08	06/07	0,417	0,785
		08/09	0,868	0,089
		09/10	0,197	0,910
	08/09	06/07	-0,451	0,757
		07/08	-0,868	0,089
		09/10	-0,671	0,148
	09/10	06/07	0,220	0,947
		07/08	-0,197	0,910
		08/09	0,671	0,148
Amistades me identifico	06/07	07/08	<b>1,033</b>	<b>0,030</b>
		08/09	0,333	0,812
		09/10	0,376	0,671
	07/08	06/07	<b>-1,033</b>	<b>0,030</b>
		08/09	-0,700	0,100
		09/10	<b>-0,657</b>	<b>0,041</b>
	08/09	06/07	-0,333	0,812
		07/08	0,700	0,100
		09/10	0,043	0,998
	09/10	06/07	-0,376	0,671
		07/08	<b>0,657</b>	<b>0,041</b>
		08/09	-0,043	0,998
Amistades me resuelven dudas	06/07	07/08	-0,833	0,249
		08/09	-0,392	0,827
		09/10	-0,291	0,889
	07/08	06/07	0,833	0,249
		08/09	0,441	0,626
		09/10	0,543	0,267
	08/09	06/07	0,392	0,827
		07/08	-0,441	0,626
		09/10	0,101	0,988
	09/10	06/07	0,291	0,889
		07/08	-0,543	0,267
		08/09	-0,101	0,988
Amistades me fuerzan a cosas	06/07	07/08	-0,150	0,951
		08/09	-0,294	0,740
		09/10	-0,511	0,196

DIMENSIÓN		VALOR I-J		SIG.	
	07/08	06/07	0,150	0,951	
		08/09	-0,144	0,925	
		09/10	-0,361	0,225	
	08/09	06/07	0,294	0,740	
		07/08	0,144	0,925	
		09/10	-0,217	0,696	
	09/10	06/07	0,511	0,196	
		07/08	0,261	0,225	
		08/09	0,217	0,696	
<b>Dimensión 3: Consideraciones sobre actividad de ocio</b>					
Ocio salir de fiesta con amistades	06/07	07/08	-0,300	0,925	
		08/09	0,471	0,779	
		09/10	0,106	0,995	
	07/08	06/07	0,300	0,925	
		08/09	0,771	0,219	
		09/10	0,406	0,588	
	08/09	06/07	-0,471	0,779	
		07/08	-0,771	0,219	
		09/10	-0,364	0,709	
	09/10	06/07	-0,106	0,995	
		07/08	-0,406	0,588	
		08/09	0,364	0,709	
	Distracción ver la televisión	06/07	07/08	0,189	0,977
			08/09	0,065	0,999
			09/10	-0,111	0,993
07/08		06/07	-0,189	0,977	
		08/09	-0,124	0,988	
		09/10	-0,300	0,762	
08/09		06/07	-0,065	0,999	
		07/08	0,124	0,988	
		09/10	-0,176	0,948	
09/10		06/07	0,111	0,993	
		07/08	0,300	0,762	
		08/09	0,176	0,948	
Quedarme tirado en el sofá lo que más me gusta		06/07	07/08	-0,256	0,942
			08/09	-0,673	0,469
			09/10	-0,598	0,463
	07/08	06/07	0,256	0,942	
		08/09	-0,418	0,673	
		09/10	-0,343	0,664	
	08/09	06/07	0,673	0,469	
		07/08	0,418	0,673	
		09/10	0,075	0,995	
	09/10	06/07	0,598	0,463	
		07/08	0,343	0,664	
		08/09	-0,075	0,995	
	Leer un libro me resulta aburrido	06/07	07/08	0,211	0,980
			08/09	-0,242	0,973
			09/10	0,345	0,896
07/08		06/07	-0,211	0,980	
		08/09	-0,453	0,741	
		09/10	0,134	0,982	
08/09		06/07	0,242	0,973	
		07/08	0,453	0,741	
		09/10	0,587	0,423	



LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN CONTEXTOS FAMILIARES Y ESCOLARES: ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE “ENTRE TODOS”

DIMENSIÓN		VALOR I-J		SIG.	
Ir de excursión es un rollo	09/10	06/07	-0,345	0,896	
		07/08	-0,134	0,982	
		08/09	-0,587	0,423	
	06/07	07/08	0,439	0,745	
		08/09	0,333	0,875	
		09/10	-0,196	0,960	
	07/08	06/07	-0,439	0,745	
		08/09	-0,106	0,991	
		09/10	-0,635	0,133	
08/09	06/07	-0,333	0,875		
	07/08	0,106	0,991		
	09/10	-0,530	0,299		
09/10	06/07	0,196	0,960		
	07/08	0,635	0,133		
	08/09	0,530	0,299		
Ocio jugar a la videoconsola	06/07	07/08	0,801	0,369	
		08/09	0,444	0,808	
		09/10	-0,118	0,993	
	07/08	06/07	-0,801	0,369	
		08/09	-0,357	0,810	
		09/10	<b>-0,919</b>	<b>0,033</b>	
	08/09	06/07	-0,444	0,808	
		07/08	0,357	0,810	
		09/10	-0,563	0,347	
	09/10	06/07	0,118	0,993	
		07/08	<b>0,919</b>	<b>0,033</b>	
		08/09	0,563	0,347	
	Consulta internet para distraerme	06/07	07/08	-0,044	1,000
			08/09	-0,056	1,000
			09/10	-0,700	0,430
07/08		06/07	0,044	1,000	
		08/09	-0,011	1,000	
		09/10	-0,655	0,219	
08/09		06/07	0,056	1,000	
		07/08	0,011	1,000	
		09/10	-0,644	0,263	
09/10		06/07	0,700	0,430	
		07/08	0,655	0,219	
		08/09	0,644	0,263	

En definitiva, estas diferencias significativas, permiten vislumbrar los aspectos positivos del programa. Sin embargo, el programa deberá acentuar su actuación en torno a cuestiones referentes a la información sobre drogas para superar la presión social a la que están sometidos los jóvenes. Además, se debe empoderar la labor de la familia como agente preventivo. Estas consideraciones se expondrán posteriormente en el apartado de conclusiones.



## CAPÍTULO VIII: RESULTADOS OBTENIDOS ANÁLISIS CUALITATIVO

Una vez finalizado el análisis descriptivo, sobre los datos aportados por los cuestionarios, se presentan los datos cualitativos recogidos a través del grupo de discusión realizado a los implicados en el programa de prevención “Entre Todos”.

La descripción de estos datos permite conocer y profundizar sobre las bondades y debilidades registradas en el programa, para poder corroborar los resultados obtenidos mediante el empleo de la técnica cuantitativa.

El grupo de discusión, como se ha comentado anteriormente en el capítulo de diseño de la investigación, se compuso de 1 alumna y 1 alumno, 4 docentes, 4 madres, el orientador como representante de la dirección del centro y una persona del equipo técnico de prevención de Proyecto Hombre Córdoba.

En cada una de las categorías citadas se contemplarán los resultados obtenidos por cada uno de los sectores que componen el grupo de discusión. En el caso de los datos cualitativos, interesa las palabras que expresan con respecto a las categorías comentadas anteriormente, con el objetivo de poder tener una visión completa de las bondades y los cambios que debe realizar el Programa para adaptarse a las necesidades del alumnado.

A modo de recordatorio, se muestran nuevamente las 26 categorías que se obtienen tras la codificación del grupo de discusión, según su frecuencia de repetición, en sentido descendente. Las citadas categorías son:

- Reflexión personal de familia con cambio de actitud (RPPC)
- Reflexión personal de alumnado con cambio de actitud (RPAC)
- Reflexión personal de docentes con cambio de actitud (RPDC)
- Herramientas fruto de las acciones y actividades desarrolladas por el programa del alumnado (HFA)
- Herramientas fruto de las acciones y actividades desarrolladas por el programa de familias (HFP)
- Información sobre sustancias docentes (ISD)
- Eficacia del técnico reflejado por los docentes (ETD)
- Mejoras en la inclusión de contenidos por parte de los docentes (MJICD)
- Comunicación familiar familia (CFP)

- Eficacia del técnico reflejado por las familias (ETP)
- Información sobre sustancias alumnado (ISA)
- Mejoras en la inclusión de contenidos por parte de las familias (MJICP)
- Información sobre sustancias familias (ISP)
- Mejoras organizativas introducidas por las familias (MJOP)
- Reflexión personal de familia sin cambio de actitud (RPPI)
- Comunicación familiar alumnado (CFA)
- Mejoras en la inclusión de contenidos por parte del alumnado (MJICA)
- Maduración familiar expresada por las familias (MFP)
- Mejoras funcionales a incluir en el programa, aportadas por el alumnado (MJFA)
- Relaciones interfamiliares que mejoran el clima de comunicación (RIC)
- Mejoras organizativas introducidas por el alumnado (MJOA)
- Maduración familiar expresada por el alumnado (MFA)
- Relaciones interfamiliares referidas a los aprendizajes producidos (RIA)
- Reflexión personal del alumnado sin cambio de actitud (RPAI)
- Relaciones interfamiliares referidas a la resolución de problemas (RIP)
- Reflexión personal de docentes sin cambio de actitud (RPDI)

El total de las categorías referenciadas por el programa N-Vivo son 26. La figura 8.1, representa de manera visual en columnas el grado de representatividad de las mismas, utilizando signos positivos y negativos, y una gama de intensidad de colores que varía en función de la mayor o menor representatividad, pasando de más oscuro a más cálido.

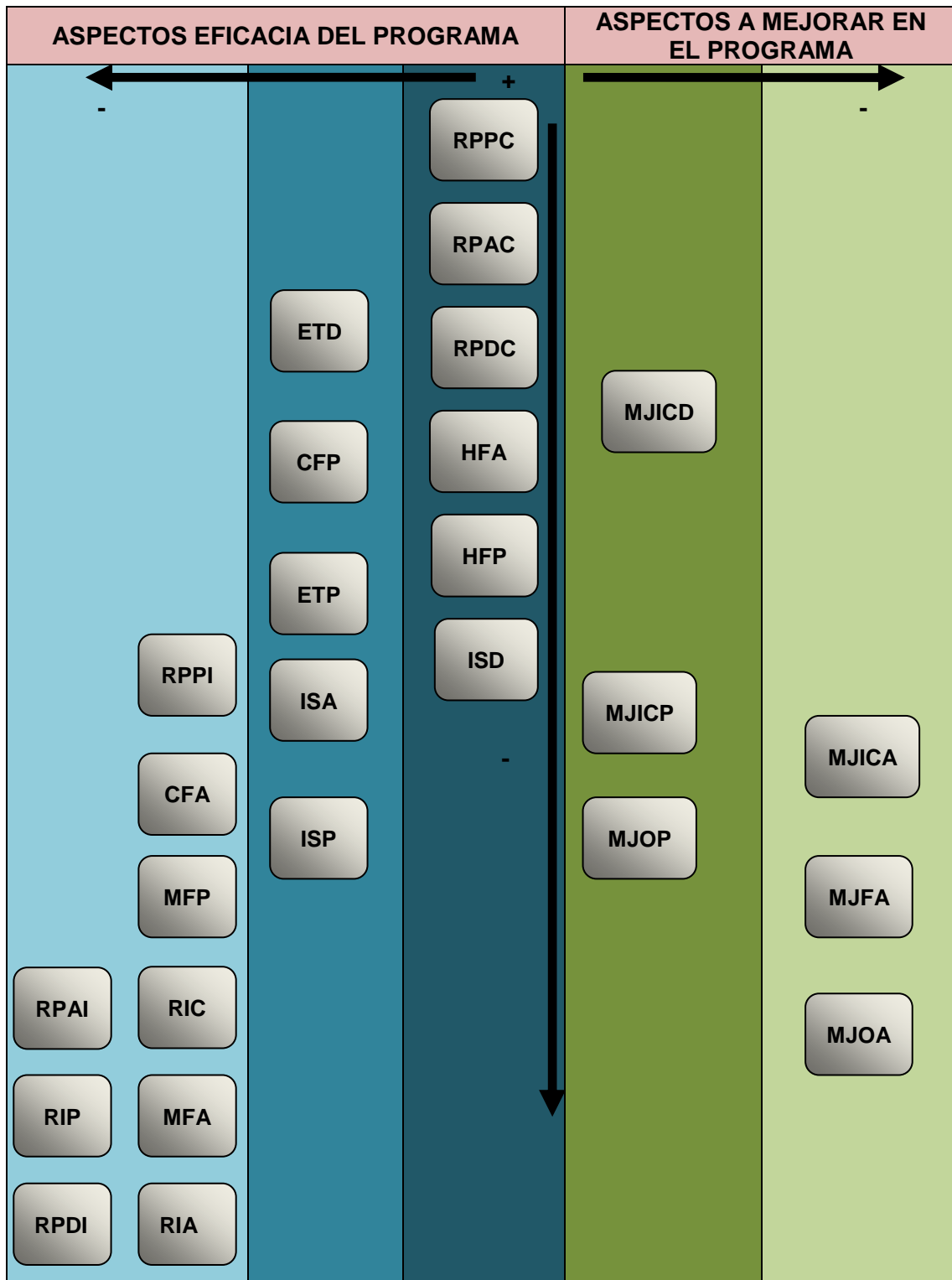


Figura 8.1. Representación gráfica de la clasificación de las 26 categorías y su representatividad

Del análisis de este gráfico puede deducirse que la *Reflexión personal con cambio de actitud en las familias* (RPPC), ha resultado como la categoría más nombrada, lo que induce a pensar en la relevancia que consigue imprimir el Programa en lo relativo a la formación de las familias.

Sucede algo parecido con la categoría referida a la *Reflexión personal con cambio de actitud por parte del alumnado* (RPAC); ya que, estos comentan que gracias a las herramientas que les proporciona el Programa han conseguido cambiar su actitud con la familia.

También los docentes consideran que el cambio familiar y del alumnado (RPDC) se ha producido desde 1º a 4º de ESO, siempre en sentido positivo, en lo referido a la mejora de la capacidad de reflexión del alumnado y familias para analizar las actuaciones que realizan. Por este motivo, ambas categorías están distribuidas en la columna central con un color azul intenso, columna que recoge los positivos (+).

En lo relativo a las herramientas fruto de las actuaciones y actividades del Programa, según la opinión de las familias (HFP) y del alumnado (HFA), parece haber sido exitosas para inducir cambios en los padres y madres que han acudido a las sesiones del Programa, como en el alumnado que las ha desarrollado en sus aulas.

Al analizar las opiniones de los docentes, sus representantes en el grupo reflejan que la *Información sobre drogas* (ISD) que proporciona el Programa les ha servido a nivel personal para desmitificar concepciones erróneas sobre sustancias, tanto legales como ilegales, así como su consumo y sobre los efectos derivados del mismo.

La opinión de los docentes (ETD) referidas a su percepción sobre la eficacia del técnico de prevención para potenciar la consecución de resultados positivos en el programa es concomitante con la expresada por los representantes de las familias (ETP), que opinan que, sin la entrega profesional y habilidades del técnico de prevención no hubiese calado el Programa en ellos de igual modo. Por lo que consideran que gracias a las sesiones familiares realizadas con el técnico del programa han conseguido mejorar la comunicación familiar dentro de sus hogares. A este respecto el orientador expresa una afirmación que refuerza esta afirmación:

*“Si viene otra persona a lo mejor sabiendo lo mismo no transmite y en ese sentido es lo que tienen más fuerte el programa. Yo estoy temblando el día en que se nos vaya no?”.*

Otro aspecto relevante que surge de las intervenciones del grupo focal, y se refleja en la figura 8.1, es la estimación conjunta de alumnado y docentes, expresada por sus representantes de que la información que proporciona el Programa sobre drogas (ISA e ISP), es veraz, seria y ajustada a las edades y a las experiencias vitales del propio alumnado.

Docentes y familias a través de sus portavoces señalan la oportunidad de incluir contenidos para adaptarse a las características del alumnado (MJICD) y (MJICP). Por su parte las madres presentes estiman que el Programa debe incluir temáticas como las tecnologías, las redes sociales, por ser cuestiones que maneja el alumnado sin control.

A continuación, se detallan cada uno de los aspectos mencionados, para profundizar en los cambios que debe realizar el Programa de Prevención, y en las cuestiones que deben permanecer para futuras ediciones, agrupando los resultados en tres aspectos fundamentales:

- Aspectos adecuados del programa actual
- Aspectos negativos del programa actual
- Mejoras a introducir en el nuevo programa

Cada uno de estos aspectos se subdivide en niveles, quedando del siguiente modo:

- Aspectos adecuados del programa
  - Bondades del programa según las familias
  - Bondades del programa según el alumnado
  - Bondades del programa según el profesorado
  - Herramientas adecuadas a continuar en el programa del alumnado
  - Herramientas adecuadas a continuar en el programa de familias
  - Se informa adecuadamente sobre drogas
  - El alma del programa es la persona técnica de prevención de drogodependencias
- Aspectos negativos del programa actual
  - Como padres y madres lo sabemos todo
  - A mí que me vas a contar si yo ya eso lo sé
  - Esto es una tontería, lo que hay que enseñar son más matemáticas
- Mejoras a introducir en el nuevo programa
  - Incluir nuevos contenidos según el equipo docente
  - Incluir nuevos contenidos según el equipo docente

- Incluir nuevos contenidos según las familias
- Incluir mejorar a nivel organizativo según las familias
- Incluir nuevos contenidos según el alumnado

## **8.1. Aspectos adecuados del programa actual**

El diseño y desarrollo del Programa ha sido concebido por el grupo de personas especialistas en adicciones que componen la Comisión Nacional de Prevención de Proyecto Hombre siguiendo las directrices del NIDA. Dicha institución pone de manifiesto los principios necesarios para diseñar un programa de prevención de estas características, como se ha comentado en capítulos anteriores; uniéndose del mismo modo, las indicaciones del Plan Estratégico de Prevención de Adicciones formulado por el PNSD.

El punto de partida para analizar el citado Programa es inmejorable, debido a que, desde el año 2000 el programa lleva implantándose en los centros educativos españoles en los 26 centros que componen la red de la Asociación Proyecto Hombre. El trabajo de campo se realiza por el equipo técnico de prevención de cada uno de los centros, siguiendo los manuales e indicaciones de la Comisión de Prevención de la entidad. En esta investigación, el grupo de discusión ha conseguido resumir cuatro años de implantación en el mismo centro educativo, por el mismo profesorado, con el mismo equipo técnico especialista de Proyecto Hombre Córdoba, y con prácticamente el mismo alumnado desde 1º de ESO del curso 2006/2007 hasta 4º de ESO del curso 2009/2010.

### **8.1.1. Bondades del programa según las familias**

El Programa persigue como uno de sus objetivos convertirse en un lugar de encuentro para las familias, un espacio de debate y comunicación donde se puedan analizar y resolver los conflictos propios de este ámbito de convivencia y desarrollar habilidades con los y las menores para mejorar el clima familiar.

La mayoría de las familias que han acudido de manera asidua a las distintas sesiones, representadas por las madres que han participado en el grupo de discusión, [hablamos en este momento de madres porque son ellas las que en mayor medida han participado en las sesiones, han acudido padres también, pero a nivel numérico las madres eran más visibles], consideran que las sesiones familiares les han ayudado a mejorar la relación con sus hijos e hijas; además de entenderlos y comprenderlos mejor. Como ejemplo se muestra la reflexión de una madre:



*“Bueno yo de todas las conversaciones que hemos mantenido con Belén lo que más me ha ayudado a mí ha sido ver en mí el diálogo con mi hijo. Yo al principio era más..., prohibía mucho, mucha norma, mucho... y lo escuchaba poco; entonces a lo largo de las sesiones yo me he dado cuenta de que cuando la escuchas más, te sorprende que tú riñeras muchas veces de cosas que ella no tenía que ver. Me ha venido muy bien porque ella se ha abierto mucho más a mí, más que antes cuando era más rígida [...]”.*

Afirman también que el programa les ha ayudado a poner límites y normas ante conductas de los y las menores, a mejorar su autoestima y la de la familia y a no confundirla con el estado anímico. A este respecto una madre afirma:

*“[...] Yo lo que sí me di cuenta es que muchas madres, y digo madres porque somos la mayoría las que venimos, nos confundimos mucho con la autoestima y el estado de ánimo, nos lo aclaró y yo creo que nos sirvió y salimos muy bien”.*

También reconocen que en los encuentros con las otras familias les conforta saber que “yo no soy rara”, ya que al resto de personas les pasan con sus hijos e hijas cosas similares y gracias al programa han conseguido entender, ver y saber actuar. A este respecto la opinión de algunas madres refuerza esta idea:

*“Bueno más arropada, nos sentimos que no somos raras, que cuando te juntas con padres parece que eres tú sola. El problema no es que yo tenga el problema, sino que eso está ahí, la droga está presente, yo no sé si voy a tener o no, si mi hija va a caer, no sé es como si tú eres la rara y te sientes muchas veces fuera de..., te quieren vender que todo es normal, pero tú dices que no es normal, que esto que está pasando no es normal no es lógico o ellos tienen una edad que no es esto, pero lo demás estás muchas veces en un grupo que dices yo es que soy de otro mundo... o no sé. Y eso cuando vienes y hablas y ves que no eres solamente tú, sino que hay problemas y todas esas cosas pues dices, pues cuando sales te sientes bien”.*

*“[...] pero en realidad cuando hablamos con Belén es que hablamos de todo, entonces para mí aparte de que se hable de drogas, de alcohol, yo creo que es como una terapia, una escapada, vienes con ilusión no sé qué, te sientes arropada, tus problemas no son solamente tuyos en fin; a mí me ha servido para eso”.*

La representación de la familia en el grupo de discusión valora muy positivamente la formación y la información sobre drogas que les proporciona el Programa. Debido a que, en muchas ocasiones la familia desconoce términos que aunque sus hijos e hijas no se encuentren entre los posibles menores que les rodea un gran número de factores de riesgo, les ayuda a estar mejor formados y, estar preparados gracias al Programa ante posibles situaciones. En relación a estas consideraciones dos madres del grupo focal opinan al respecto de la información sobre drogas:

*“Entonces como se habla de sustancias en primero de la ESO y como ellos no tienen tanta información de eso pues todo lo que se les diga, ellos lo ven como novedoso, lo acogen con ganas”.*

*“[...] Es decir, el tema de prevención en unas edades tempranas es buenísimo aunque ellos les coja en un ambiente en el que no han llegado aún, porque si tú te mueves por un ambiente por donde eso fluya pues cuando menos acuerdes en vez de estar fumándote un fortuna te estás fumado un canuto”.*

### **8.1.2. Bondades del programa según el alumnado**

Los representantes del alumnado en el grupo focal comentan que las sesiones que han vivenciado de *“Entre Todos”* en sus aulas, les ha ayudado a ser capaces de identificar sus sentimientos, y a ser capaces de enfrentarse a situaciones de su vida cotidiana de forma asertiva; desarrollando habilidades sociales poco afianzadas en ellos y ellas. Una alumna participante en el grupo de discusión argumenta:

*“Pues no sé, es como si te hacen ver las cosas que tú no quieres ver y sobre todo ahora en el segundo nivel te hacen ver los sentimientos que tú puedes mostrar frente a diferentes situaciones”.*

Estos representantes del alumnado que han participado en el Programa en sus diferentes niveles educativos y durante cuatro cursos académicos, valoran muy positivamente el hecho de que un técnico de prevención de Proyecto Hombre participara en actividades con el alumnado, principalmente las relacionadas con la información sobre drogas. Ya que, desde su óptica, les proporcionaban una visión de la realidad que sucede con el consumo de drogas distinto al que pueden aportarles sus tutores y su familia. Esta idea queda refrendada por la opinión de un participante:

*“[...] esa fue la que más se quedó porque fue la que ella mismo vino a la clase y nos estuvo diciendo la experiencia en otros cursos de lo que*

*había pasado. Se habló del tema de drogas, de quién consumía, fue un cuestionario. Además del cuestionario que es lo que siempre hacemos, fue el hecho de que tuviéramos allí a alguien que viniera a hablar de esas cosas con nosotros porque cuando te las explica tu tutor, a lo mejor no sabe tan bien de lo que está hablando y no te lo puede transmitir de esa manera”.*

No solo en el aula valoran la participación de las personas que conforman el equipo técnico de prevención de drogas, sino que en las sesiones familiares donde acudían padres y madres con sus respectivos hijos e hijas, reconocen la importancia de que sea una persona ajena al centro la que forme e informe a sus familias y a los propios adolescentes sobre cuestiones relacionadas con habilidades sociales, control emocional, resolución de conflictos, conductas disruptivas, etc.

El alumnado expresa que a diferencia de los resultados que se obtienen en el apartado cuantitativo, la familia es un pilar principal que hay que respetar y cuidar, pero que necesitan expresar su rebeldía a los miembros de su familia. Reconocen de igual modo, que para convivir en familia es necesario tener marcadas unas normas básicas. Y además, expresan que esas normas les ayudan a poner límites a sus impulsos, y que saben que su propia impulsividad les lleva a saltarse las normas familiares, como fruto de su madurez. A este respecto un alumno expresa:

*“[...] Yo creo que los padres son importantes, yo me refiero a que como soy con la gente de la calle, me entiendes, mis padres pueden estar muy encima mío pero si yo me dejo influenciar por cualquier persona que me pase al lado [...]”.*

El alumnado muestra sentirse satisfecho con el Programa, reconociendo que las unidades didácticas relacionadas con la información sobre drogas son importantes. Sin embargo, reafirman su dificultad de aceptar al cannabis como una droga peligrosa, tal como reflejan los datos cuantitativos. El principal argumento que aportan para justificar esta debilidad es que se trata de una sustancia consumida frecuentemente por los jóvenes lo que consideran “normal” aun siendo ilegal; y que por ello, “asusta” menos que la cocaína. Por tal cuestión solicitan participar en más programas preventivos donde se les ayude a aprender a decidir sobre sus actos poniendo sobre la mesa los aspectos positivos y negativos del consumo, (no solamente hablando de drogas) y desarrollando habilidades y estrategias para conseguir tal autonomía decisional.

En este sentido traemos a estas páginas una reflexión muy conmovedora de la alumna que participó en el grupo de discusión quien señala:

*“Yo quiero decir a las madres que intentéis valorar a vuestros hijos lo máximo posible, aunque sea lo más mínimo porque lo bien que tu hijo se va a sentir cuando su madre le diga te valoro esto, esto y esto...y un beso y un abrazo es no sé...; como que se va a sentir mucho mejor.”*

En definitiva, aseguran que el programa les ayuda a reconocer que necesitan a la familia para que valore sus actuaciones, y resalte las conductas positivas que realizan a diario, evitando destacar en exclusivo las conductas negativas.

Esta misma alumna resume como uno de los frutos recogidos desde la participación en el Programa:

*“Me veo yo más madura, más responsable, más afectiva con mi familia”.*

### **8.1.3. Bondades del programa según el profesorado**

El profesorado participante en el grupo focal coincide con el sector de este colectivo que participó en el Programa, de ahí el gran valor de sus opiniones y apreciaciones.

Este colectivo reconoce que desde los inicios de la implantación del programa de prevención “Entre Todos” en su centro educativo, fueron notando ciertos cambios en sus comportamientos y percepciones, advirtiendo como su alumnado fue madurando progresivamente, haciéndose más responsables y aumentando su capacidad de enfrentarse a situaciones de consumo de drogas. Estas opiniones del profesorado difieren de los resultados del análisis cuantitativo, en el que se refleja que el alumnado reconoce tener una percepción negativa de sí mismos en 3º de ESO (no reconociendo sus cualidades y potencialidades), circunstancia que al llegar 4º de ESO va disminuyendo. Un representante del profesorado refleja esta cuestión del siguiente modo:

*“[..]. Nosotros empezamos a trabajar habilidades sociales, relación con el grupo, mi familia; entonces se quedan un poco como descolocados y al principio ves que como que les vas a repetir lo mismo pero, que los vas a cansar de decirles lo mismo y sin embargo no. Empiezan pues se vuelcan en, son dinámicas mucho de teatrillos, de hacer historias y la verdad es que ellos mismos se involucran y son súper crueles con ellos mismo y súper críticos [..]”.*

El profesorado reconoce haber madurado a la vez que el alumnado gracias no solo al efecto de la información y el conocimiento sobre adicciones sino de manera especial al trabajo y entrenamiento en habilidades, destrezas, estrategias que han facilitado el proceso de crecimiento personal, ayudándoles a reflexionar sobre sus capacidades para tomar decisiones y ser consciente de que todas sus acciones conllevan consecuencias personales y sociales. Una afirmación al respecto que expone el orientador del centro como representante de la dirección del centro resume así la cuestión:

*“Es que rompe barreras y acerca posturas”.*

*“[...] que lo que más me llama la atención es el fomento de la comunicación que hay, de hecho las sesiones conjuntas que hay padres e hijos, yo motivo mucho a”.*

Igualmente reconocen el hecho de haber ayudado al alumnado a aprender a pensar, a modificar conductas y a tomar decisiones en grupo. Esto ha permitido que valoren críticamente al resto de compañeros y compañeras gracias a las habilidades conseguidas desde la práctica del role-playing, y de ciertas técnicas de debate y de expresión de opiniones y de puntos de vista. La reflexión de una tutora recoge esta idea:

*“[...] En segundo se empezaba más a dar información y en tercero y cuarto descubrían que no íbamos a seguir hablando de droga ni de alcohol, sin que íbamos a hablar de asertividad, de habilidades sociales, de autoestima, de tiempo libre; entonces ellos descubren ya que cuando van creando su personalidad son capaces de enfrentarse pues quizás a esos problemas de drogas, de alcohol o de otras adicciones”.*

El profesorado valora también el grado de complejidad de las unidades que se va haciendo mayor conforme aumenta la edad del alumnado, y estas se adaptan a la variación en torno a sus preferencias e inquietudes.

También el profesorado comprende y asume el ser el referente de sus alumnos y alumnas; ya que, como ellos mismo dicen:

*“Nos hacen más caso a nosotros que a nuestros padres”.*

Coincide alumnado y profesorado en explicar el dato significativo que se obtiene en el análisis cuantitativo con respecto a la baja percepción de riesgo con respecto al consumo de cannabis, derivado de sus ideas erróneas sobre esta

sustancia ilegal. Consideran ambos sectores que la facilidad para acceder a ella hace que la percepción de riesgo disminuya. Las ideas de representantes del profesorado que refrendan esta cuestión son:

*“Ellos le tienen menos miedo a estas drogas (alcohol y tabaco)”.*

*“La facilidad de conseguirla”.*

*“[...] si he constatado en clase que los alumnos que el alcohol y el cannabis lo tienen casi a la misma altura”.*

Uno de los mayores logros del Programa es descrito por un docente presente en el grupo de discusión señalando que:

*“Se les presenta la información de que esto que tú crees que no pasa nada y que está al alcance de tu mano y está de moda es esto...”.*

Destaca también el profesorado que actualmente los jóvenes se enfrentan a una nueva adicción que no se produce a través de sustancias, sino que procede del uso indebido de los teléfonos móviles y a las tecnologías digitales (redes sociales, internet, juegos de rol en línea, etc.). Una docente refleja:

*“Yo la punta que podría decir es que yo a los alumnos los veo adictos a los móviles; en concreto ha sido una generación de ahora porque nosotros (hay diferencia de edad, pero no hay tana) no me considero adicta al móvil”.*

En el profesorado participante se refleja la profunda preocupación por su alumnado, ya que, constantemente animan a las familias a participar en las sesiones familiares con o sin hijos para profundizar en unidades didácticas trabajadas en el aula. El profesorado considera fundamental el abordar una unidad temática en clase y poder profundizarla en las sesiones familiares para conseguir los objetivos que plantea el Programa. A este respecto un docente comenta:

*“[...] También que siempre se ha invitado a los padres a la comunicación fluida que es lo que ellas hablaban (madres), decían es que venimos aquí y nos sentimos que esto les pasa a otras familias y eso se consigue gracias a esa comunicación fluida que logra quizás Belén o el técnico cuando acuden los padres a las reuniones del programa. También ha insistido mucho Belén en las reuniones con los padres en, y ya acabo, en conseguir y crear esa comunicación en familia que a veces falta esa comunicación en familia; es decir, el hablar estos temas a veces parece*

*tabú en familia, ella lo graba con alguna dinámica o con algunas técnicas que se consiguiera esa comunicación en la familia”.*

#### **8.1.4. Herramientas adecuadas a continuar en el programa del alumnado y profesorado**

Las personas que han participado en el grupo de discusión manifiestan de las sesiones de trabajo que se realizan en el aula con el alumnado comentando efectos, desmitificando falso mitos y mostrando consecuencias negativas del consumo de drogas son positivas para que reflexionen sobre el aspecto perjudicial de realizar actividades relacionadas con el consumo de drogas. Por tanto, especifican que la información debe ser aportada por el profesorado referente para ellos con la colaboración del técnico o técnica de prevención de drogas de Proyecto Hombre; debido a que, aportan realidad y objetividad a la información que les proporcionan al alumnado. El orientador del centro comenta en esta línea:

*[...] unas dinámicas que están muy bien hechas, por ejemplo esa famosa la del tabaco en primero que con una botella, el algodón, la boquilla, la botella que fumaba, entonces no es el mismo rollo que me cuentan siempre los mayores. Pero cuando tú tienes la boquilla con la botella y como se pone negro aquello y demás les impacta mucho”.*

Otra herramienta que los participantes del grupo focal consideran fundamentales desarrollar de manera satisfactoria el Programa es utilizar dinámicas que fomenten el trabajo en grupo y la participación en las unidades temáticas, tanto en las aulas como en las sesiones familiares. En palabras de un docente:

*“Son dinámicas mucho de teatrillos, de hacer historias y la verdad es que ellos mismos se involucran y son súper crueles con ellos mismos y súper críticos”.*

En este sentido un alumno del grupo focal aporta:

*“Aparte de trabajar la autoestima y todo esto que lo valoro mucho, trabajar también ciertos aspectos de la autoestima como los aspectos negativos que tienes, los estados de ánimo [...]”*

Se valora muy positivamente las estrategias que desarrolla el Programa para abordar las diferentes temáticas que se trabajan en el transcurso de “Entre Todos”. En concreto una docente explica una dinámica:

*“Vamos supongamos que uno tiene una etiqueta “soy agresivo” y los demás a la hora de dirigirse a esa persona debían dirigirse sabiendo que era agresivo, con esta hay que tener cuidado porque anda mira como es...Entre las etiquetas recuerdo lo que había soy tonto, soy gafe, dame*

*siempre la razón, ignórame, soy gracioso [...]. La conclusión es que si existían etiquetas familiares, cómo influían en la relación con los hijos el tema de las etiquetas y el tema de la autoestima: cuando una madre decía este es más torpe que el otro pero trabaja más, este es... y ponemos etiquetas a nuestros hijos”.*

### **8.1.5. Herramientas adecuadas a continuar en el programa de familias**

El programa “Entre Todos” se compone de sesiones de trabajo en las aulas con el alumnado, sesiones de formación e información para las familias y sesiones familiares conjuntas (familias-hijos). Ante esta distribución las familias, el alumnado y el equipo docente valoran muy positivamente estas actuaciones donde se profundizan las mismas unidades didácticas que en el alumnado, pero el grado de implicación es mayor según el caso del que se trate. Como muy bien expresa una profesora a este respecto:

*“A los padres les ayuda a trabajar la autoestima, la seguridad y la comunicación por supuesto”.*

La familia valora eficazmente las sesiones familiares y las fichas existentes en 1º y 2º de ESO, debido al valor que se le otorgan para posibilitar el acercamiento y la comunicación familiar, propiciando la participación a través de dinámicas motivadoras. Una madre califica las sesiones:

*“Es que son geniales para mí, para mí son las mejores. Yo vine la semana pasada con mi hijo chico...”.*

### **8.1.6. Se informa adecuadamente sobre drogas**

Los docentes valoran la cercanía del técnico de prevención para implantar el Programa, ya que les forma en aspectos desconocidos sobre drogodependencias. Además, el técnico les proporciona seguridad, les disipa miedos y les proporciona herramientas válidas para poner en práctica en el aula. Un profesor refrenda esta idea:

*“El recoger falsos tópicos, falsas creencias que hay sobre el tema, es lo que recoge el programa. Entonces eso les llega a los alumnos, se dan cuenta realmente de lo perjudicial que puede llegar a ser ese tipo de droga”.*

El orientador reitera esta afirmación:

*“Es fundamental la persona técnica y después la formación del profesorado porque en definitiva, Belén viene sobre todo para las familias y para algunas sesiones conjuntas, pero el que tiene que dar eso a los chavales son los profesores”.*



Igualmente, el alumnado valora positivamente el papel del técnico de prevención en la consecución del Programa, debido a que, aporta sabiduría, experiencia. Un alumno del grupo focal comenta:

*“Yo de las tutorías de Proyecto Hombre, la que más así recuerdo sobre todo porque hace un par de años, no recuerdo bien, fue la que ella misma vino”.*

### **8.1.7. El alma del programa es la persona técnica de prevención de drogodependencias**

En el grupo de discusión, tanto familias como docentes, destacan la labor del técnico de prevención de drogas; ya que, estiman que debe ser una persona que motive a las familias y al docente, que sea capaz de dar respuesta a las situaciones reales que la familia expone. En este sentido, el orientador del centro comenta que:

*“[...] es una persona que transmite, que es cercana, y es una persona que aporta soluciones a los problemas que tenemos y que nos sirve”.*

Para familias y docentes la persona técnica en prevención de drogas en las sesiones familiares es la de crear un clima de confidencialidad, libertad, escucha y comunicación. Es decir, generar un espacio de comunicación donde las familias puedan expresar libremente sus inquietudes sin ser juzgadas y entre todos los asistentes poder darle solución con la formación y las ideas de cada uno de los y las asistentes. Como bien expresa una madre en palabras de la técnica de prevención:

*“El programa Entre Todos es Entre Todos. Es decir, padres, técnicos, agentes sociales, profesores, amigos de la calle..., o sea que fuera un programa donde colaboraran todo tipo de personas”.*

Los representantes de los docentes en el grupo de discusión destacan la necesidad de proporcionar y mantener motivación en el profesorado que implanta el Programa, con el objetivo despertar el interés en el alumnado para conseguir los objetivos del Programa. El orientador del centro considera:

*“[...] Podemos encontrar excelentes profesores motivados que o solo miran la ficha y se la dan, sin que se preparan la actividad, investigan, tal y cual. O te puede tocar gente que por circunstancias que se tienen que dedicar a otras cosas y si puedo dar la ficha la doy y si no pues”.*

## 8.2. Aspectos negativos del programa actual

El programa “*Entre Todos*” es un programa contrastado, evaluado en 2005 solo en su primer ciclo necesita modificaciones, debido principalmente, al cambio de perfiles en los y las menores como en las familias que acuden las sesiones familiares. Por este motivo, en el grupo de discusión se consideró oportuno preguntar sobre los aspectos más negativos o débiles del programa para poder mejorarlos tras la evaluación completa del programa. Los citados aspectos negativos, son abordados desde una visión de frases tipo, que las familias y los alumnos utilizan de manera real, como excusa para no participar en el Programa.

### 8.2.1. Como padres y madres lo sabemos todo

El principal inconveniente con el que se encuentra el Programa “*Entre Todos*” es la falta de asistencia de las familias. Se le suma la circunstancia que las personas que acuden son las familias más preocupadas por sus hijos e hijas y que están dispuestas a hacer todo lo posible para mejorar las relaciones familiares y colaborar en la educación de sus hijos e hijas.

Un motivo de esta situación es la falta de tiempo de las familias para colaborar con el centro educativo, hecho que dificulta el papel que deben asumir las personas adultas de referencia de los y las menores de agentes preventivos.

Lo que tiene en cuenta como comentan las madres del grupo de discusión es que se necesita una persona ajena a la familia para que dé pistas sobre cómo mejorar en la educación de sus hijos e hijas, analizando las situaciones con objetividad y criterio, sin necesidad de mezclar sentimientos, como ocurre en las familias.

El orientador del centro refuta esta idea:

*“El problema es que la gente está muy «pillá» y vienen los que pueden o los que quieren hacer un esfuerzo. Yo subrayaría el fomento de la comunicación que yo creo que es fundamental, pues si en el seno de una familia hay comunicación, yo creo que se es más feliz, todos pretendemos ser un poquito más felices eso por un lado”.*

Además, los alumnos refuerzan la idea de la falta de participación de las familias. Las palabras de un alumno participante en el grupo de discusión presentan que:

*“Para que vas a acudir a la reunión que celebra Proyecto Hombre si yo no soy ningún drogadicto”.*

### **8.2.2. A mí que me vas a contar si yo ya eso lo sé**

La frase “a mí que me vas a contar”, representa el pensamiento recurrente de los y las adolescentes para reflejar la superioridad de sus ideas y opiniones sobre cualquier tema. El programa “Ente Todos” persigue modificar conductas inadecuadas, propiciar la toma de decisiones en el alumnado, informar sobre drogas, aportar estrategias para resistir la presión de grupo, entre otras cuestiones para posibilitar la madurez y el desarrollo personal del alumnado. En este sentido, ante la afirmación anterior, el Programa no ha conseguido calar en un sector de los destinatarios para promover hábitos de vida saludable y bienestar. La reflexión de una madre participante refuerza esta idea diciendo:

*“Es decir, cuando por ejemplo, yo le digo a mi hijo voy a ir a una reunión de Proyecto Hombre de no sé qué, no sé cuánto, mi hijo me dice otra vez y porque no se lo comentáis a otra gente..., que yo no voy a esto que yo no voy a..., pero luego yo creo y él lo ha reconocido que cuando algunos padres son mucho más permisivos con los hijos en temas de horarios, en tema de todo, acaba mi hijo diciendo yo no sé los padres de fulanito como no controlan al niño porque el niño está..., tú dices como padres ...uff. Entonces yo creo que es la edad, su rebeldía, pero yo creo que ellos si saben claro que aunque protesten las normas son buenas, saben que tú estás ahí y te preocupas, algunas veces pecamos de demasiada preocupación yo lo reconozco, pero en el fondo yo creo que ellos se sienten un poco satisfechos y seguros porque cuando tu hijo mismo te dice que los padres de fulanito no están controlando al niño, dices pues mal muy mal no estoy haciendo las cosas no?”.*

De igual modo, las familias de estos alumnos no han participado en el Programa presentan una baja preocupación sobre la educación de sus hijos en aspectos relacionados con la prevención de drogodependencias. La reflexión de una madre del grupo de discusión refleja esta idea:

*“Es que yo creo que tan falto es el exceso como el defecto de dejar de preocuparte, y es verdad que yo como madre lo veo en algunos padres, que a lo mejor lo hacen inconscientemente, o a lo mejor piensas que lo estás haciendo bien y lo estás haciendo mal. La verdad es que el tema de las drogas y el alcohol, aunque el alcohol es una droga, la mitad de las personas y los padres no lo ven como droga, pero el alcohol es un grave problema, y somos más tolerantes y permisivos a la hora del alcohol que por ejemplo de consumir otro tipo de sustancias. Entonces*

*yo creo que tan malo es la frase niño no, niño no..., como decir bueno tú verás lo que haces no?”.*

### **8.2.3. Esto es una tontería, lo que hay que enseñar son más matemáticas**

El pilar fundamental del programa junto con el alumnado es el docente que pone en práctica las actividades en el aula. Por este motivo, debe cuidarse al docente en su labor de ejecutor del Programa, debido a que, la falta de motivación en él mismo repercute negativamente en la efectividad del Programa, tanto con el alumnado como con la familia. En este sentido, es el técnico de prevención el que realiza la función de motivar, acompañar, orientar en cuestiones relacionadas con el Programa; además de proporcionar la formación e información que necesite.

A este respecto el orientador del centro educativo refrenda esta cuestión aportando:

*“Podemos encontrar excelentes profesores motivados que no solo miran la ficha y se la dan, sino que se preparan la actividad, investigan, tal y cual. O te puede tocar gente que por circunstancias que se tienen que dedicar a otras cosas y si puedo dar la ficha la doy y si no pues. [...]. Usted será una autoridad en la docencia de las matemáticas pero no en prevención. Entonces son muchos ámbitos a trabajar”.*

Por lo que, es fundamental disponer de un equipo docente motivado y participativo para transmitir esa inquietud al alumnado para que aprendan y de desarrollen personalmente.

## **8.3. Mejoras a introducir en el nuevo programa**

Como se ha comentado hasta el momento, el Programa cuenta con herramientas muy valiosas pero a su vez necesita mejorar en ciertos aspectos. Además, para poder adaptarse a los cambios de perfil tanto en el alumnado como en la familia; los miembros del grupo de discusión de esta investigación proponen mejoras en el programa para que se adecue a las nuevas exigencias.

### **8.3.1. Incluir nuevos contenidos según el equipo docente**

Todas las personas implicadas en el programa: familias, docentes y alumnado consideran que es necesario abordar el tema de las adicciones a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) o a las adicciones sin sustancia, incluyendo

dentro de ellas las redes sociales, móvil, juegos de rol en línea, horas de conexión en: internet, televisión, videojuegos, apuestas por internet...El orientador plantea:

*“Es decir yo tocaría todas las adicciones y empezaría en quinto de primaria que es donde empieza el Programa, cuarto de primaria serían demasiado pequeños y ahí paralelamente es fundamental que se trabaje bien el material”.*

Igualmente una madre explica en este sentido:

*“Ese tema de la ludopatía s punto y parte porque hay una liada con el tema del póker por internet que no sé qué y no sé cuánto que...”.*

Además, la familia expresa que es necesario abordar esta temática en 1º de ESO, debido a que, es necesario abordarlo en los primeros años de acercarse a las tecnologías. Esta idea queda reforzada por un comentario de una madre del grupo focal:

*“Yo pienso que eso se debe de introducir antes, cuando son más pequeños porque...Yo lo digo por la experiencia de mi hijo, ya no coge el ordenador tanto como lo cogía cuando tenía menos edad, es decir con 11 o 1 años. Y ahora al pequeño que tengo en cuarto de primaria es ahora cuando le está empezando a llamar la atención. Yo creo que de introducirlo debería de ser en niños más pequeños”.*

El alumnado argumenta la necesidad de que la propuesta didáctica que se lleva a cabo en el Programa incluya actividades interactivas que faciliten la motivación del alumnado. Para que suceda lo que comenta un alumno de grupo de discusión:

*“La verdad es que la tutoría en clase es repartir el papel y según lo imparta el tutor”.*

### **8.3.2. Incluir nuevos contenidos según las familias**

Las familias subrayan la inclusión de la nueva unidad temática relativa al uso de las TIC, que plantea el alumnado. Como ejemplo la experiencia de una madre:

*“Yo siempre he tenido el ordenador en el salón y ese año ya le hemos comprado el portátil y ahora no se sienta en su cuarto con el portátil, ahora vine y se sienta en el salón con él. De chico siempre me pedía, yo quiero un ordenador en mi cuarto..., y ahora con la edad que tienen ya lo usa delaten nuestra. El pequeño es el que quiere el portátil en su cuarto, entonces yo digo que es de más pequeños cuando hay que empezar a trabajar esas cosas con ellos”.*

Teniendo en cuenta la formación a las familias y de los alumnos para abordar esta temática, un alumno comenta:

*“Si es verdad que a nosotros no ha pillado un poco fuera de juego. Los niños de ahora tienen más información y nosotros nos ponemos a decir que me vas a contar tú a mí que yo no sepa de esto, pero es necesario escuchar y dejarnos un poco aconsejar. Entonces yo diría que deberían educarnos a nosotros, educar a los demás y nos enseñen a comunicarnos para decirles a nuestros padres mira lo que estoy haciendo que no es nada malo. Es decir, educar desde lo positivo”.*

### **8.3.3. Incluir mejoras a nivel organizativo según las familias**

Un riesgo con el que se encuentra el programa “Entre Todos”, es la falta de motivación e implicación de las familias a la hora de participar en las sesiones familiares del Programa como se ha comentado anteriormente. Las posibles consecuencias de esta falta de participación puede deberse a la falta de interés por mejorar la relación familiar y, la convicción de el no tener problemas palpables de drogas, basados en evidencias reales. Además, de creer que el nombre del Programa provoca rechazo en las familias. Un ejemplo de la falta de participación la expone una madre del grupo focal:

*“Yo no creo que el programa esté mal para que los padres no vengan, sino que los padres pensamos que lo sabemos todo y que no nos hace falta que nos expliquen nada”.*

A pesar de la falta de asistencia, las familias que acuden solicitan más sesiones familiares conjuntas, principalmente en el segundo ciclo de ESO, debido a la influencia del grupo de iguales en el alumnado, con el fin de abordar colaborativamente situaciones familiares reforzando la comunicación. Una madre expone que se necesitan más sesiones conjuntas del siguiente modo:

*“Por lo menos en los dos últimos años del programa 2, conjuntas padres y chavales al año”.*

### **8.3.4. Incluir nuevos contenidos según el alumnado**

El alumnado está de acuerdo en incluir la unidad temática de uso de las TIC, como bien explica un alumno del grupo de discusión:

*“Se debería enfocar desde dos puntos de vista, a los padres, como que tienen que exigirnos más sobre estas cosas, y a los niños, que primero para ellos sigue siendo necesaria la comunicación porque están todo el*

*rato comunicándose con el móvil, con el Messenger, con el tuenti... Es decir, hacernos entender que la comunicación es importante pero que hay otras maneras de comunicarse que no son sólo los medios digitales”.*

Los alumnos y las alumnas que han seguido el Programa durante los cuatro años consecutivos de 1º a 4º de ESO, han madurado con él, y por este motivo solicitan abordar con mayor profundidad el tema de la autoestima y el control emocional, como por ejemplo manejar el estado de ánimo en determinadas situaciones. Un alumno lo expresa:

*“Yo nada más que he estado en las tutorías y todo se toca de un modo superficial, que todo lo acabas rápido y con prisas en la hora de tutoría que no da tiempo a profundizar mucho. Son temas importantes, en una reunión con los padres es como que profundizas más. Yo hubiese necesitado más tiempo porque los temas son importantes pero se tocan muy en superficie, por lo menos en las tutorías [...]; lo que sí pediría es que se tratara más intenso”.*

Del mismo modo, el alumnado manifiesta su crecimiento personal gracias al Programa, que les permite madurar y fomentar la confianza familia. Una alumna del grupo de discusión resume esta cuestión:

*“[...] Me veo más madura, más responsable, más afectiva con mi familia”.*

#### **8.4. Documentos que refutan estas mejoras en el programa “Entre Todos”**

Terminado el análisis cualitativo sobre la investigación que se ha llevado a cabo del Programa, se destaca que el programa es valorado positivamente por alumnado, profesorado y docentes, pero necesita mejorar en algunos aspectos como se ha comentado anteriormente.

Para poder darle mayor rigor a las respuestas dadas por los miembros que componían el grupo de discusión, se dispuso desde la Comisión Nacional de Prevención de la Asociación de Proyecto Hombre enviar una ficha a cada centro de Proyecto Hombre donde se realiza el programa de prevención para que expresasen sus sugerencias con respecto al mismo.

Además, se dispuso la realización de un encuentro de técnicos y técnicas de prevención de la entidad para abordar los cambios que debería sufrir el programa de prevención para adaptarse a las exigencias de los centros educativos, de las familias y del alumnado. El encuentro se realizó en Aravaca (Madrid), donde la Comisión Nacional de Prevención sugirió modificaciones al actual programa de prevención derivados del esbozo de resultados de este estudio, sumando las sugerencias de los y las asistentes al mismo.

El resultado de este encuentro y de las opiniones de los técnicos y técnicas asistentes al encuentro, más el resumen de la recopilación de fichas para las personas que no pudieron acudir al encuentro, se recoge en la tabla 8.1.

A modo de resumen, las principales aportaciones que se recogen refuerzan las ideas registradas por el análisis cualitativo y cuantitativo de esta investigación. Dichas aportaciones son:

- Modificar el vocabulario de los contenidos teóricos que se exponen en el programa, facilitando que sean entendibles y fáciles de comprender.
- Incluir nuevas unidades temáticas como uso de la TIC y sexualidad.
- Actividades que conjuguen la participación y la interactividad con medios audiovisuales y digitales.

Tabla 8.1. Resultado de las sugerencias y modificaciones del programa “Entre Todos” para su reedición y actualización

SUGERENCIAS	CAMBIARÍAS	QUITARÍAS	AGREGARÍAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos actividades con soporte ficha en papel</li> <li>• Incluir medios audiovisuales</li> <li>• Introducir mecanismos del funcionamiento cerebral de las drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soporte digital o blog</li> <li>• Lenguaje cercano y entendible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminaría sesión de información de sustancias sobre cannabis de 1º ESO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir módulo sobre TIC</li> <li>• Incluir efectos sobre la conducta con el consumo de alcohol en 1º de ESO</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traducción del material nuevo al catalán</li> <li>• Mantener formato papel, CD de actividades o plataforma virtual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el volumen de letras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar fichas familiares a realizar en casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agregar tema de sexualidad.</li> <li>• Ampliar las actividades a trabajar en cada Unidad Didáctica</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manuales más cortos e interactivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo de fichas de la familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de ficha poco atractivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plataforma de intercambio de experiencias entre técnicos y técnicas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades Didácticas más valoradas: Ocio, cannabis, acciones y efectos y Habilidades de Comunicación en 1º</li> <li>• Menos valoradas estilos atribuciones, control emocional y autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Números de sesiones elevado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir contenido y actividades</li> <li>• Sesiones familiares</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de grupo y debate, junto con evaluación del alumnado</li> <li>• Programa más participativo, implicar al alumnado (buscar información de forma guiada, favorecer la</li> </ul>



SUGERENCIAS	CAMBIARÍAS	QUITARÍAS	AGREGARÍAS
			reflexión) no ser muy estructurado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poder elegir actividades según características del grupo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir materias pero que estén trabajadas en el Plan de Acción Tutorial o en otros programas. Ej: estrategias cognitivas, control emocional, violencia, toma de decisiones, integración social..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar las UD a las necesidades del aula</li> <li>• Dificultada para hacer todas las actividades</li> <li>• Aportar actividades por módulo con varias opciones</li> <li>• Programa familiar no ajustado a la realidad (sistema virtual, ver una peli, clip de películas.. videoforum)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar actividades para los centros educativos que llevan mucho tiempo realizando las actividades</li> <li>• Facilitar el programa en formato digital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo audiovisual, clip de películas, contenidos redes sociales, material multimedia. Dar más importancia a la unidad de ocio y tiempo libre</li> <li>• Incluir uso y abuso de las TIC</li> </ul>

Fuente: Asociación Proyecto Hombre: Comisión Nacional de Prevención (2013)

- Se solicita que pueda existir versión en papel y digital, tanto para docentes como para familias, facilitando la implantación en los centros educativos debido a la disminución en su coste.
- Crear una plataforma común para los técnicos y técnicas de prevención donde poder compartir experiencias, conocimiento, dudas, etc. Es decir, crear un espacio de comunicación continua entre los equipos técnicos de prevención de drogodependencias de los 26 centros de los que se compone la Asociación Proyecto Hombre.
- Posibilidad de flexibilizar la implantación del programa sin tener que perder rigor y eficacia en el mismo, además de tener una batería de actividades, para poder adaptarlo a las casuísticas de las aulas y de las familias, evitando la repetición y el aburrimiento, en cada nuevo curso de implantación.

En definitiva y de manera general, se pide un cambio del programa que permita mayor flexibilidad, ser más participativo e interactivo y que permita la inclusión de temas de actualidad para los y las menores, junto con nuevos formatos atractivos para docentes, familias y alumnado, adaptándose a la sociedad de la tecnología de la información y la comunicación.



### **III. Conclusiones**



## CAPÍTULO X: CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN Y PROSPECTIVA

### 10.1. Conclusiones de la Investigación

El Programa de Prevención Universal escolar y familiar “Entre Todos”, lleva implantándose en los centros educativos de toda España desde el año 2000. Nunca se ha llevado a cabo una evaluación del mismo en su totalidad.

Ante esta carencia, desde la Comisión Nacional de Prevención, de la que la investigadora forma parte, se propuso evaluar los dos ciclos en los que se compone el Programa para detectar aquellos aspectos que era necesario corregir antes de su reedición. Se vio procedente que fuese una persona que hubiera realizado las funciones de “técnico de prevención”, quien por su conocimiento integral del programa realizara tal evaluación.

Como persona que cumplía tal condición y coincidiendo con el inicio de mis estudios de doctorado acepté realizar tal evaluación dentro de mi Tesis Doctoral analizando el desarrollo del programa en el centro educativo en el que he ejercitado las tareas de técnico de prevención.

Los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo de las respuestas dadas por el alumnado a los cuestionarios oficiales de la institución se han completado con las apreciaciones más relevantes derivadas del estudio cualitativo nacido de un grupo de discusión, realizado con representantes de los agentes implicados en el programa: familias, docentes y alumnado.

Seguidamente se presentan las conclusiones de esta tesis doctoral redactadas dando respuesta a los objetivos y preguntas de investigación propuestos.

- Logros (virtudes) y las flaquezas (debilidades) del Programa de Prevención de drogas “Entre Todos”, tras su implantación.
- Mejoras que debe realizar el programa para adaptarse a las necesidades de la población destinataria en los campos curriculares y organizativos del mismo.

### Los logros o virtudes detectadas son:

- En el primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria, tanto las sesiones de trabajo del alumnado como las realizadas con las familias dentro del programa “Entre Todos”, han resultado beneficiosas para frenar el consumo de tabaco y cannabis.
- Las sesiones de “Entre Todos” realizadas con alumnado de 2º de ESO han conseguido cambiar los hábitos de consumo de alcohol, reduciéndolo a tomas mensuales aisladas que suelen coincidir con salidas para ocio.
- El desarrollo del programa en 2º de ESO, ha permitido aclarar cuestiones vitales sobre los trastornos circulatorios y del corazón que provoca el consumo de cannabis, aspecto que refuerza el valor preventivo del mismo.
- La implantación del programa en 3º de ESO ha posibilitado que el alumnado comprenda la importancia de analizar críticamente los medios y canales de comunicación como fuente para reforzar su autonomía personal.
- El desarrollo de “Entre Todos” ha permitido que el alumnado de 4º de ESO sea consciente de los intereses ocultos que utilizan los medios de comunicación para influir en las personas a la hora de tomar decisiones.
- El alumnado de 3º de ESO valora muy positivamente el trabajo que se realiza en el centro educativo, afirmando que el programa “Entre Todos” ha colaborado a modificar su percepción sobre el mismo, facilitando la convivencia, convirtiendo al centro y a sus aulas en lugares agradables. Este nuevo clima que ha podido influir muy favorablemente en la consecución de los fines preventivos de dicho programa.  
En este contexto, el programa ha conseguido que el alumnado de este nivel valore mejor sus cualidades y destaque sus virtudes, sin infravalorarse con respecto al resto de compañeros.  
Igualmente el programa ha ayudado a que el alumnado de 3º de ESO comprenda mejor la utilidad de las asignaturas cursadas para su futuro profesional y personal.
- Durante los cuatro años de vigencia del programa, el alumnado ha reforzado su convicción sobre valor de la familia a la hora de tomar decisiones en un ambiente de diálogo, de empatía y de trato cordial

entre sus miembros. Estos logros han podido incidir favorablemente en la mejora de las condiciones de prevención que favorece el programa.

- El Programa ha conseguido reforzar el sentimiento de pertenencia al grupo de iguales, subrayando su papel en la adopción de conductas de que evitan en su caso el consumo de sustancias tóxicas.
  - El alumnado de 4º de ESO resalta que el programa ha generado un nuevo discurso sobre las formas y tiempos de ocio estableciendo, generando la creencia de que planificar cierta variedad de actividades de ocio sano en otros entornos, tales como el contacto con la naturaleza, puede favorecer la prevención de drogodependencias.
  - Como logro significativo del programa en el alumnado de 1º de ESO está el no haberse iniciado en el consumo de cannabis gracias al desarrollo del mismo.
  - También es destacable que el alumnado de 2º ciclo de ESO experimente sólo en un porcentaje mínimo con drogas ilegales, aunque en ciertos casos se siga consumiendo cannabis de forma esporádica.
- El programa también consigue que el alumnado de este nivel disminuya progresivamente, en un porcentaje significativo, el inicio en el consumo de alcohol.

**Las flaquezas (debilidades) del programa son:**

- Contemplado en su conjunto y de manera longitudinal el programa no ha conseguido el cambio de discurso sobre las drogas legales e ilegales, ya que, al finalizar el alumnado del primer ciclo de ESO participante sigue tolerando su consumo por entender que “no genera problemas”. Tampoco ha conseguido el programa hacer cambiar de opinión al alumnado sobre los problemas que ocasiona el consumo regular los fines de semana de alcohol y cannabis.
- El las dinámicas del Programa no han conseguido frenar el aumento en el porcentaje de “amigos consumidores”, que no habiendo realizado dicho programa, mantienen una relación de amistad con los participantes; dato revelador especialmente significativo en el alumnado 1º de ESO.
- Como hecho preocupante cabe destacar que el alumnado del Programa que cursa 2º de ESO, declara que en lugar de disminuir su ingesta de alcohol, la aumenta, fenómeno que indica que sigue

existiendo en este alumnado una clara percepción de que tomar estas sustancias legales no es peligroso para la salud.

- En el primer ciclo de ESO no se consigue que el alumnado cambie de opinión sobre los siguientes aspectos cruciales para la prevención:
  - Que el tabaco disminuye la resistencia física.
  - Que el alcohol crea adicción.
  - Que el cannabis es una sustancia legal.
  - Que el cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón.
  - El cannabis disminuye el funcionamiento cerebral.
- Tampoco consigue el programa que el alumnado de 2º de ESO deje de consumir tabaco y alcohol durante el tiempo de ocio, y más concretamente durante los fines de semana cuando salen con sus amigos y amigas.
- En esta misma línea de análisis de la ingesta de drogas los fines de semana, se constata que el Programa tampoco consigue disminuir el porcentaje de alumnado de 1º de ESO que toman tabaco y cannabis en su tiempo de ocio.
- Cabe destacar que existe un sector significativo del alumnado participante, no ha llegado a comprender que las dinámicas del Programa han ayudado a convertir las aulas en lugares agradables y en espacios de convivencia entre iguales.
- Tampoco ha conseguido el programa mejorar la autoestima ni el nivel de consciencia sobre la influencia de los medios de comunicación en la toma de decisiones (opinión muy extendida entre el alumnado de segundo ciclo).
- Como decisión metodológica desacertada se ha detectado que la coincidencia de la aplicación de los cuestionarios post-test con el desarrollo de fiestas locales, ha repercutido negativamente en los resultados del mismo; ya que durante estas festividades se suele incentivar socialmente el consumo de drogas legales los días que se desarrollan y por ende el de drogas ilegales.

#### **Las mejoras a introducir son:**

- Las aportaciones realizadas en el grupo de discusión por los portavoces de los cuatro sectores coinciden en la necesidad de



introducir una nueva unidad temática sobre “educación para el ocio y tiempo libre” en la que se refuercen estrategias preventivas relacionadas con el cultivo de estilos de vida y hábitos de ocio saludables.

- Se propone unánimemente la introducción de otra unidad que refuerce la intervención preventiva sobre las “nuevas adicciones” (tecnoadicciones) derivadas del mal uso de dispositivos móviles, redes sociales y videojuegos.
- También se plantea la incorporación de una unidad que promueva la práctica de “técnicas y estrategias de mejora de la autoestima y el autoconcepto” para reforzar la debilidad que produce el actual tratamiento transversal que de estas cuestiones realiza el Programa, en su afán preventivo.
- Se resalta la necesidad de repensar y replantear las estrategias de interacción con las familias para mejorar la afluencia y participación en las sesiones durante los cuatro años de vigencia programa, así como el aumento del número de sesiones y la ampliación del margen de opcionalidad de las dinámicas que se puedan realizar.
- Finalmente se propone reforzar el tratamiento del género en las unidades del programa para hacer más visibles los matices referidos al consumo en función de las diferencias de sexo, especialmente relevantes en el caso de las mujeres.

## 10.2. Prospectiva investigadora

La detección de debilidades y la formulación de propuestas para mejorar el programa abren nuevas oportunidades para desarrollar nuevas investigaciones derivadas de esta tesis, dentro de la línea de investigación de prevención de adicciones que coordino en el seno del Grupo de Investigación Tecnología Educativa e Investigación Social TEIS (HUM-848).

Una de las líneas de trabajo que se deja abierta abre la posibilidad de continuar indagando en el Programa “Entre Todos” para describir con mayor profusión las fortalezas y debilidades detectadas, desde el análisis de otras fuentes de información tales como el estudio de documento y de narraciones autobiográficas, la codificación de sesiones con familias previamente grabadas en video, etc.

Otra línea sería proponer evaluar la versión mejorada Programa de Prevención que se está ultimando a la vez que se deposita esta tesis y que se denominará “Juego de Llaves”:

- Desarrollando un plan estratégico de evaluación provisto de cuestionarios con mayor fiabilidad y validez y de otras estrategias de naturaleza cualitativa tales como las que hemos comentado en líneas anteriores.
- Confeccionando una estrategia de marketing y acercamiento de las familias a los programas preventivos, con el objetivo de desmitificar percepciones erróneas.
- Diseñando y desarrollando nuevas fases del programa de prevención para edades tempranas incluyendo las adicciones a las tecnologías.
- Investigando los patrones de consumo de los y las adolescentes, participantes, sin olvidar la perspectiva de género en el uso y consumo de drogas.

Desde la humilde sabiduría sistematizada en esta tesis doctoral realizada como servicio a la Asociación Proyecto Hombre, estaremos participando como miembros de la Comisión Nacional de Prevención y desde nuestra atalaya universitaria en la gestación y puesta en marcha del nuevo Programa “Juego de Llaves”, que según la Asociación (2014):

Modificará su nombre para recrear la idea de un objeto cuya función principal es la de reunir diferentes llaves. En este sentido el Programa en su totalidad, se presentará como un conjunto de herramientas dirigidas a diversos colectivos (profesorado, alumnado y familia) con el propósito de prevenir situaciones de riesgo relacionadas con los consumos de drogas. (p. 6).

Como elemento final de esta prospectiva queremos señalar que se espera poder lanzar en el plazo de un año, desde el Grupo de Investigación TEIS, iniciativas de formación de líderes en prevención, en países como Colombia y México, donde varias universidades e instituciones esperan desde hace meses el alumbramiento de esta tesis doctoral. Ello se hará en coordinación con las Universidades de Granada y Córdoba y con la asociación Proyecto Hombre, que serán garantes de tales programas que vamos a impulsar con la ilusión de diseminar las semillas del modelo de prevención estudiado entre los países hermanos de Latinoamérica.

## **Bibliografía**



- Abad, M. F. (1997). *Investigación evaluativa en Documentación*. Valencia: Universitat de València.
- Abela, J. A. (2003). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Recuperado de <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Aguilar-Morales, J. E. (2000). *Psicología comunitaria: El modelo clínico comunitario v.s el modelo de competencia*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología.
- Alonso, D. Feijó, E. y Feijó, A. (1996). *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/actce.pdf?body=>
- Álvarez, J. (2012). La ley de la oferta y la demanda. En M. Isorna y D. Saavedra (Coords.), *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas* (pp. 35-53). Madrid: Pirámide.
- Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R. y Lieb, R. (2001). *The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime (vol. 4)*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Arana, X., Montañés, V. y Urios, C. (2012). Género, drogas y políticas públicas en la Unión Europea: una contextualización necesaria. *Oñati International Institute for the Sociology of Law*, 2(6). Recuperado de <http://ssrn.com/abstract=2111914>
- Arufe, V. (2009). La educación en valores en el aula de Educación Física ¿mito o realidad?. *EmásF. Revista Digital de Educación Física*, 2(9), 32-42.
- Ashery, R. S., Robertson, E. B. y Kumpfer, K. L. (eds). (1998). *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*. Recuperado de <http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/monograph177/monograph177.pdf>
- Asociación Proyecto Hombre (2001). Evaluación del programa de prevención escolar y familiar “Entre Todos”. *Revista Trimestral de la Asociación Proyecto Hombre*, 43, 27-38.
- Asociación Proyecto Hombre (2003). *Programa de Prevención Universal Escolar y Familiar “Entre Todos”*. Aravaca: Asociación Proyecto Hombre.
- Asociación Proyecto Hombre (2005a). *Manual del Profesor 1º ESO “Entre Todos”. Programa de Prevención Escolar y Familiar de la Asociación Proyecto Hombre (6ª ed.)*. Aravaca: Asociación Proyecto Hombre.
- Asociación Proyecto Hombre (2005b). *Manual del Profesor 2º ESO “Entre Todos”. Programa de Prevención Escolar y Familiar de la Asociación Proyecto Hombre (6ª ed.)*. Aravaca: Asociación Proyecto Hombre.

- Asociación Proyecto Hombre (2005c). *Manual de la Familia 2º ESO "Entre Todos". Programa de Prevención Escolar y Familiar de la Asociación Proyecto Hombre (6ª ed.)*. Aravaca: Asociación Proyecto Hombre.
- Asociación Proyecto Hombre (2006a). *Manual de la Familia 1º ESO "Entre Todos". Programa de Prevención Escolar y Familiar de la Asociación Proyecto Hombre (6ª ed.)*. Aravaca: Asociación Proyecto Hombre.
- Asociación Proyecto Hombre (2006b). *Manual del Profesor 3º ESO "Entre Todos". Programa de Prevención Escolar y Familiar de la Asociación Proyecto Hombre (2ª ed.)*. Aravaca: Asociación Proyecto Hombre.
- Asociación Proyecto Hombre (2006c). *Manual del Profesor 4º ESO "Entre Todos". Programa de Prevención Escolar y Familiar de la Asociación Proyecto Hombre (2ª ed.)*. Aravaca: Asociación Proyecto Hombre.
- Asociación Proyecto Hombre (2010). Evaluación de los grupos de autoayuda en Proyecto Hombre. *Revista Trimestral de la Asociación Proyecto Hombre*, 74, 8-18.
- Asociación Proyecto Hombre (2014). *Juego de Llaves. Actualización del programa de Prevención escolar y Familiar "Entre Todos"*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Nueva York: Prentice Hall [traducción al español Madrid: Espasa-Calpe].
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall [traducción al español Barcelona: Martínez-Roca].
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Bartolomé, M. (1990). *Elaboración y análisis de datos cualitativos aplicados a la investigación acción*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Battistich, V., Solomon, D., Watson, M. y Schaps, E. (1997). Caring school communities. *Educational Psychologist*, 32(3), 137-151.
- Bauman, K. E., Foshee, V. A., Ennett, S. T., Pemberton, M., Hicks, K. A., King, T. S. y Koch, G. G. (2001). The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol. *American Journal of Public Health*, 91(4), 604-610.
- Bausela, E. (2003). Metodología de la investigación evaluativa: Modelo CIPP. *Revista Complutense de Educación*, 14(2), 361-376.

- Beauvais, F., Chavez, E., Oetting, E., Deffenbacher, J. y Cornell, G. (1996). Drug use, violence, and victimization among White American, Mexican American, and American Indian dropouts, students with academic problems, and students in good academic standing. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 292-299.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2003). Tabaco y salud mental. *Revista Thomson Psicología*, 1, 119-137.
- Becoña, E. y López, A. (2003). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Revista Psicothema*, 18(3), 578-583.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de Intervención en Drogodependencias. Análisis e intervención social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Becoña, E. (enero-abril 2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Becoña, E. y Cortés, M. (Coords.). (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en Formación*. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>
- Becoña, E. (2012). Elementos que debe tener un programa preventivo eficaz. En J. A. García del Castillo y C., López-Sánchez (Coords.), *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias* (pp. 21-34). Madrid: Editorial Síntesis.
- Becoña, E., Fernández, E., Calafat, A. y Fernández-Hermida, J. R. (2014). Attachment and substance use in adolescence: A review of conceptual and methodological aspects. *Adicciones*, 26(1), 77-86.
- Beets, M. W., Flay, B. R., Vuchinich, S., Snyder, F. J., Acock, A., Li, K-K., Burns, K., Washburn, I. J. y Durlak, J. (2009). Use of a social and character development program to prevent substance use, violent behaviors, and sexual activity among elementary-school students in Hawaii. *Am J Public Health*, 99(8), 1438-1445.
- Bertoldi, S., Fiorito, M. E. y Álvarez, M. (noviembre, 2006). Grupo focal y Desarrollo local: aportes para una articulación teórico-metodológica. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 33. Recuperado de <http://revistacdyt.uner.edu.ar/pdfs/CDyT%2033%20-%20Pag%20111-131%20-%20Grupo%20Focal%20y%20Desarrollo%20local.pdf>
- Bilbao, A. (2003). Sujeto, Drogas y sociedad. Psicoperspectivas. *Revista de la escuela de psicología*, 2, 35-52.

- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa. Guía práctica*. Barcelona: Ceac.
- Blackman, S. J. (1996). Has drug culture become an inevitable part of youth culture? A critical assessment of drug education. *Educational Review*, 48 (2), 131-142.
- Blanco, F., Mendoza, R. y Vega, A. (septiembre, 1979). *Técnicas de prevención de las toxicomanías*. Trabajo presentado en la VII Jornadas Nacionales de Sociología, Pamplona.
- Botvin, G. J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología conductual*, 3(3). Recuperado de <http://www.med.cornell.edu/ipr/pdf/botvin-1995-psicologia.pdf>
- Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive behaviors*, 25(6), 887-897.
- Botvin, G., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. y Díaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106-1112.
- Brody, G. H., Kogan, S. M., Chen, Y-F. y Murry, V. M. (2008). Long-Term Effects of the Strong African American Families Program on youths' conduct problems. *J Adolesc Health*, 43, 474-481.
- Bunge, M. (1969). *La Investigación Científica, su estrategia y su filosofía*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Bunge, M. (1972). *La Ciencia, su Método y su Filosofía*. Recuperado de <http://disi.unal.edu.co/profesores/jeortizt/Sim/Archivos/31.%20LaCienciaSuMeto doYSuFilosofia.pdf>
- Bunge, M. (1980). *Epistemología (Curso de Actualización)*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Bunge, M. (2001). *La investigación científica*. México: Siglo XXI.
- Bunge, M. (2002). *Crisis y reconstrucción de la filosofía*. Barcelona: Gedisa.
- Cabrera, I. (2009). El análisis del contenido en la investigación educativa: propuesta de fases y procedimientos para la etapa de evaluación de la información. *Pedagogía Universitaria*, 14(3). Recuperado de <http://cvi.mes.edu.cu/peduniv/base-de-datos/2009-vol.-xiv-no.-3/el-analisis-de-contenido-en-la-investigacion-educativa-propuesta-de-fases-y-procedimientos-para-la-etapa-de-evaluacion-de-la-informacion>
- Calafat, A. (1999). *Cultura de la diversión y consumo de drogas en España. Características diferenciales en Europa*. Trabajo presentado en VI Encuentro



- Nacional sobre drogodependencias y su Enfoque comunitario, Centro provincial de drogodependencias, Cádiz.
- Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossmann, P., Wijngaart, G. y Zavatti, P. (1999). *Night life in Europe and recreative drug use. Sonar 98*. Recuperado de [http://www.irefrea.org/uploads/PDF/Calafat%20et%20al\\_1999\\_SONAR%2098.pdf](http://www.irefrea.org/uploads/PDF/Calafat%20et%20al_1999_SONAR%2098.pdf)
- Calafat, A. y Juan, M. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones*, 15(supl. 2), 261-287.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E. (2004). *La diversión sin drogas. Utopía y realidad*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Cami, J., Ayesta, F.J. (1997). Farmacodependencias. En Flórez, J., Armijo, J.A., Mediavilla, A. (Eds). *Farmacología humana*. Barcelona: Masson.
- Cañas, J. L. (1996). *De las drogas a la esperanza. Una filosofía de la rehumanización*. Madrid: San Pablo.
- Cañas, J. L. (2004). *Antropología de las Adicciones: Psicoterapia y Rehumanización*. Madrid: Dykinson.
- Capo, M. C. (2012). *Mis hijos y las drogas: prevención a través del clima familiar afectivo. Guía para padres*. Recuperado de <http://site.ebrary.com/lib/unigranada/Doc?id=10560346>
- Carballo, J. L., García, O., Secades, R., Fernández, J. R., García, E., Errasti, J. M y Al-Halabi S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16(4), 674-679.
- Carcelén, R., Senabre, I., Morales, J. L., y Romero, F. J. (2010). ¿Cómo puedo proteger a mis hijos de las drogas? Una experiencia de prevención de drogas en familia. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(1), 92-97.
- Carcelén, R., Senabre, I., Morales, J. L., Wenz, I. y Romero, F. J. (2009). La familia en la prevención de las Drogodependencias: situación actual de los programas y nuevos retos. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(39), 248-259.
- Catalano, R. F. y Hawkins, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behaviour. En J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime. Current theories* (pp. 198-235). Nueva York: Cambridge University Press.

- Catalano, R. F., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Newcomb, M. D. y Abbott, R. D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of drug Issues*, 26, 429-455.
- Centro Didro (1984). *La droga y vuestros hijos*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Chou, C., Montgomery, S., Pentz, M., Rohrbach, L., Johnson, C., Flay, B. y Mackinnon, D. (1998). Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health*, 88, 944-948.
- Chouinard, J. A., Milley, P. y Bradley, J. (2014). Intersección entre evaluación participativa y Pedagogía Social. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 24, 137-162.
- Clayton, R. (1992). Transitions in drug use: risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Ed.), *Vulnerability to drug abuse* (pp.15-51). Washington DC: American Psychological Association.
- Cohen, L. y Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. España: Editorial La Muralla.
- Colás, P. (1992). El análisis de datos en la metodología cualitativa. *Revista de Ciencia de la Educación*, 152, 521-539.
- Colás, P., Buendía, L. y Hernández, F. (1998). *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGrawHill.
- Comas, D. y Arza, J. (1999). Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático En M. Díaz y O. Romaní (Coords.), *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias* (pp. 237-255). Recuperado de <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/contextosujetosdrogas.pdf>
- Comisión Europea (2002). *Marco e instrumentos de la Unión Europea en materia de drogas*. Bruselas: Dirección General de Justicia e Interior.
- Conduct Problems Prevention Research Group (2002). Predictor variables associated with positive Fast Track outcomes at the end of third grade. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30(1), 37-52.
- Cruz, F. (2013). *Uso de las nuevas tecnologías en los programas de prevención adaptación del programa "Entre Todos"* (tesis de maestría). Recuperada de [http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2838/0577\\_Cruz.pdf?sequence=1](http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2838/0577_Cruz.pdf?sequence=1)
- Cueto, E. y Bravo, R. (septiembre, 2011). Estrategias educativas con jóvenes en situación de riesgo. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 76, 18-20.
- De Andrés, M. (1999). Talleres de consumo de menos riesgo. En P. Insúa (Coord.), *Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar talleres de prevención*

- con usuarios de drogas* (pp. 297-384). Zarautz: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
- De la Herrán, A. (2003). Autoconocimiento y Formación: Más allá de la educación en Valores. *Tendencias Pedagógicas*, 8, 13-42.
- De León, G. (2004). *La Comunidad Terapéutica y las adicciones. Teoría, Modelo y Métodos*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Del Rincón, D., Arnal, J., Latorre, A. y Sanz, A. (1995). *Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Dykinson.
- Dishion, T., McCord, J. y Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755-764.
- Dishion, T., Kavanagh, K., Schneiger, A. K. J., Nelson, S. y Kaufman, N. (2002). Preventing early adolescent substance use: A family centered strategy for the public middle school. *Prevention Science*, 3(3), 191-202.
- Donovan, J. E. (1996). Problem-behavior theory and the explanation of adolescent marijuana use. *Journal of Drug Issues*, 26, 379-404.
- Educación para vivir, educar para convivir (EDEX). (s.f.). *Habilidades para la vida, promoción de la salud, prevención de drogodependencias*. Recuperado de <http://www.edex.es/quienes-somos/identidad/>
- Eisen, M., Zellman, G. L. y Murray, D. M. (2003). Evaluating the Lions-Quest “Skills for Adolescence” drug education program: Second-year behavior outcomes. *Addict Behav*, 28(5), 883-897.
- Ellickson, P. L., McCaffrey, D. F., Ghosh-Dastidar, B. Longshore, D. (2003). New inroads in preventing adolescent drug use: Results from a large-scale trial of project ALERT in middle schools. *Am J Public Health*, 93(11), 1830-1836.
- Escamez, J. (dir.). (1990). *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención*. Madrid: Dykinson.
- Escudero, T. (2003). Desde los tests hasta la investigación evaluativa actual. Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 9(1). Recuperado de [http://www.uv.es/RELIEVE/v9n1/RELIEVEv9n1\\_1.htm](http://www.uv.es/RELIEVE/v9n1/RELIEVEv9n1_1.htm)
- Fernández, J. R. y Secades, R. (2001). *Evaluación de la eficacia del programa Proyecto Hombre*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Fisher, P. A., Stoolmiller, M., Gunnar, M. R. y Burraston, B. O. (2007). Effects of a therapeutic intervention for foster preschoolers on diurnal cortisol activity. *Psychoneuroendocrinology*, 32(8–10), 892-905.

- Foster, E. M., Olchowski, A. E. y Webster-Stratton, C. H. (2007). Is stacking intervention components cost-effective? An analysis of the Incredible Years Program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(11), 1414-1424.
- Foxcroft, D. R. (2014). Form ever follows function. This is the law. A prevention taxonomy based on a functional typology. *Adicciones*, 26(1), 10-14.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). *Prevenir para vivir y otros programas*. Recuperado de [http://www.fad.es/contenido.jsp?id\\_nodo=16&&keyword=&auditoria=F](http://www.fad.es/contenido.jsp?id_nodo=16&&keyword=&auditoria=F)
- Garaigordobil, M., Durá, A. y Pérez, J. I. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 53-63.
- García del Castillo, J. A., López-Sánchez, C. y García del Castillo-López, A. (2012). Aproximación preliminar a la prevención del consumo de drogas. En J. A. García del Castillo y C., López-Sánchez (Coords.), *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias* (pp. 21-34). Madrid: Editorial Síntesis.
- García del Castillo, J. A., López-Sánchez, C., Carballo, J. L. y García, A. (2012). Técnicas aplicadas a la prevención de las drogodependencias. En J. A. García del Castillo y C., López-Sánchez (Coords.), *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias* (pp. 109-133). Madrid: Editorial Síntesis.
- Gaskins, I. y Elliot, T. (1999). *Cómo enseñar estrategias cognitivas en la escuela*. Recuperado de [http://aulatic-edumedia.com/pluginfile.php/674/mod\\_resource/content/4/comopensamientos estrategico.pdf](http://aulatic-edumedia.com/pluginfile.php/674/mod_resource/content/4/comopensamientos estrategico.pdf)
- Gerstein, D. R. y Green, L. W. (1993). *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?* Washington, DC: National Academy Press.
- Gil Carmena, E. (2005). *Evaluación del programa de Prevención escolar y familiar "Entre Todos"*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Gil Flores, J. (1994). *Análisis de datos cualitativos*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias (P.P.U).
- Godoy, J. J. y Martínez, T. (2005). *Prevención de drogodependencias en adolescentes. Elaboración y evaluación de un programa para prevenir el consumo de alcohol*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- González, A., Fernández, J. y Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.

- González, C. (2000). Aspectos legislativos. En M. Díaz y O. Romaní (Coords.), *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias* (pp. 173-215). Recuperado de <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/contextosujetosdrogas.pdf>
- Goodson, I. F. (ed.). (2004). *Historias de vida del profesorado*. España: Octaedro Editorial.
- Haggerty, K. P., Skinner, M. L., MacKenzie, E. P. y Catalano, R. F. A. (2007). Randomized trial of parents who care: Effects on key outcomes at 24-month follow-up. *Prev Sci*, 8, 249-260.
- Hansen, W. B., Giles, S. M. y Fearnow-Kenney, M. D. (2000). *Improving Prevention Effectiveness*. Greensboro, NC: Tanglewood Research.
- Haro, J. (2009). *Investigación Evaluativa. Aplicaciones e intervenciones sociales y de salud pública*. México: El Colegio de Sonora.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 90(5), 1-26.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R. y Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 226-234.
- Hawkins, J. D., Kosterman, R., Catalano, R., Hill, K. G. y Abbott, R. D. (2008). Effects of social development intervention in childhood 15 years later. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(12), 1133-1141.
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Arthur, M. W., Abbott, R. D., Fagan, A. A. y Catalano, R. (2009). Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of communities that care. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 163(9), 789-798.
- Ialongo, N., Poduska, J., Werthamer, L. y Kellam, S. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9, 146-160.
- Institute of Medicine (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: National Academies Press.

- Instituto Europeo de Estudios en Prevención IREFREA). (s.f.). *Prevención familiar*. Recuperado de <http://www.prevencionfamiliar.net/>
- Isorna, M. (2012). Prevención efectiva de las drogodependencias en la escuela. En M. Isorna y D. Saavedra (Coords.), *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas* (pp. 183-210). Madrid, Pirámide.
- Izquierdo, A. (2001). Intervención Psicoeducativa y comunitaria en situaciones de desamparo/conflicto social. En E. González (Coord.), *Menores en Desamparo y Conflicto Social* (pp. 379-407). Madrid: CCS.
- Izquierdo, C. (1992). *La droga un problema familiar y social con solución*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academia Press.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12*, 597-605.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D. E. Rogers y E. Ginzburg (Eds), *Adolescent at risk: Medical and social perspectives* (pp. 19-34). Boulder, CO: Westview Press.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk setting. *American Psychologist, 48*, 117-126.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M. y Bachman, J. G. (2002). *Monitoring the Future National Survey. Results on Drug Use (vol. 1, secondary school students, 1975-2002)*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Jones, D. E., Foster, E. M. y Group, C. P. (2008). Service use patterns for adolescents with ADHD and comorbid conduct disorder. *J Behav Health Serv Res, 36*(4), 436-449.
- Jones, M. (1946) Rehabilitation of forces neurosis patients to civilian life. *British Medical Journal, 1*, 533-535.
- Jones, M. (1953). *The therapeutic community: A new treatment method in psychiatry*. New York: Basic Books.
- Junta de Andalucía (1997). *Ley 4 de 9 de Julio, de Prevención y Asistencia en materia de drogas*. Sevilla: Consejería de Presidencia. (BOJA nº 83, de 19 de julio de 1997). Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1997/83/1>
- Kandel, D. B. (1980). Developmental stages in adolescent involvement. En D. J. Lettieri, M. Sayers y H. W. Pearson (Eds), *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives* (pp.120-127). Rockville, MD: NIDA. Research Monograph 30.

- Kandel, D. B. y Davies, M. (1992). Progresión to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-253). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kandel, D. B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of drugs Issues*, 26, 289-315.
- Kaplan, H. (1972). Towards a general theory of psychosocial deviance: the case of aggressive behavior. *Social Science and Medicine*, 6, 593-617.
- Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J., Ialongo, N., Wang, W., Toyinbo, P., Petras, H., Ford, C., Windham, A. y Wilcox, H. C. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug Alcohol Depend*, 95(Supl. 1), S5-S28.
- Kennard, D. (1983). The therapeutic community: a codified concept for training and upgrading staff members working in a residential setting. En G. De León y J. T. Ziegenfuss (Eds.), *Therapeutic communities for addictions* (pp. 55-63). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts: Intimacy, parent involvement and treatment outcome*. Amsterdam, The Netherlands: Swets and Zeitlinger.
- Kooyman, M. (1996). *La Comunidad Terapéutica para Drogodependientes. Intimidad, Implicación de los padres y Éxito del tratamiento*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Spoth, R. y Redmond, C. (2001). Preparing for the drug free years: Session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. *Journal of Drug Education*, 31(1), 47-68.
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Spoth, R., Haggerty, K. P. y Zhu, K. (1997). Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: Proximal outcomes from Preparing for the Drug Free Years. *Journal of Community Psychology*, 25(4), 337-352.
- Kumpfer, K. L., Olds, D. L., Alexander, J. F., Zucker, R. A. y Gary, L. E. (1998). Family etiology of youth problems. En R. S. Ashery, E. B. Robertson y K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions* (pp. 42-77). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- López Noguero, F. (2005). Inadaptación social y Educación Social Especializada con jóvenes. Nuevas perspectivas. *XXI Revista de Educación* 7. Recuperado de <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/viewFile/669/1047>

- López-Barajas, E., Vidaurreta, M., Albert, M. J., Ruiz, M. (2000). *Introducción a las Ciencias de la Educación*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Main, T. (1946). The hospital therapeutic institution. *Bulletin of the Menger Clinic*, 10(16), 16-17.
- Main, T. (1976). The concept of the therapeutic community: Variations and vicissitudes. Trabajo presentado en el I S. H. Foulkes anual lectura, subsequently reprinted supplement to *Group Analysis*, 10(2).
- Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la "prevención por objetivos". En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Coords.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Martínez, K. I. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician al consumo de alcohol y otras drogas*. (Disertación doctoral no publicada). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Medina, P. P., Moreno, L., Egea, E., Estévez, M. y Rodríguez, N. M. (2010). *Más vale prevenir. Guía de prevención de adicciones en el ámbito laboral*. Recuperado de <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/2c143d4c-d058-11e3-afe3-adc9cf9775fd/Masvaleprevenir.pdf>
- Melnick, G. y De León, G. (1999). Clarifying the Nature of Therapeutic Community Treatment. The Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 307-313.
- Millán, J. J. (Coord.). (2002). *Las Drogas parte I. Aspectos sociales, educativos y sanitarios*. Jaén: Asociación Social y cultural LABOR.
- Miller, T. R. y Hendrie, D. (2009). *Substance abuse prevention dollars and cents: A cost-benefit analysis*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Ministerio de Presidencia (1986). *Ley Orgánica 3, de 14 de abril de Medidas Especiales en materia de Salud Pública*. Madrid: Delegación para el Plan Nacional sobre Drogas. (BOE nº 102, de 29 de abril de 1986). Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1990). *Real Decreto 75, de 19 de enero, que regula los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. (BOE nº



- 20, de 23 de enero de 1990). Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/84.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1996). *Real Decreto 5, de 15 de enero, sobre modificación del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos, y de ampliación de su anexo*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (BOE nº 44, de 20 de febrero de 1996). Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/139.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009a). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009b). *Evaluación Final de la Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009c). *Plan de Acción sobre drogas España 2012-2016*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009d). *Informe del Observatorio Español sobre drogas. Situación y Tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf>.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Informe 2011. Observatorio Español de la droga y las toxicomanías. Situación y Tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed2011.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013a). *Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. EDADES 2011-212*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (2013b). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en Educación Secundaria. ESTUDES 2012-2013*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de en [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012\\_2013.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf)

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013c). *Plan de Acción sobre drogas España 2013-2016*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2014a). *Legislación Española sobre drogas. Volumen I. Normativa de ámbito estatal. Índice sistemático*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/Relaciones/LE\\_SISTEMA\\_ENERO2014.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/Relaciones/LE_SISTEMA_ENERO2014.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2014b). *Legislación Europea Volumen II. Normas Internacionales. Índice sistemático*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/Relaciones/LINT\\_SISTE\\_ENERO2014.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/Relaciones/LINT_SISTE_ENERO2014.pdf)
- Mitchell, M. y Jolley, J. (1992). *Research design explained* (2ª ed.) Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich.
- Molina, A.; Quintero, B., Pardo, B., Lorenzo, M., Fernández, A. y Cañeillas, X. (2012). *Prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar*. Barcelona: Universidad de Barcelona/IL3.
- Moncada, S. (1997). Factores de Riesgo y Protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las Drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Moncada, S. (2012). Estrategias en prevención. En M. Isorna y D. Saavedra (Coords.), *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas* (pp. 149-164). Madrid: Pirámide.
- Monje, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Recuperado de <http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo++Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>
- Moon, D., Hecht, M., Jackson, K. y Spellers, R. (1999). Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers. *Substance Use and Misuse*, 34(8), 1059-1083.
- Mrazek P. J. y Haggerty R. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.

- Muñoz-Rivas, M. J, Redondo, N., Graña, J. L. (2012). Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. En J. A. García del Castillo y C. López-Sánchez (Coords.), *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias* (pp. 75-89). Madrid: Editorial Síntesis.
- National Crime Prevention Centre (2009). *School-Based drug abuse prevention: promising and successful programs*. Canadá: National Crime Prevention Centre.
- National Institute for Drug Abuse (NIDA). (1997). *Preventing Drug Use among children and adolescents*. Bethesda, Maryland: U. S. department of Health and Human services.
- National Institute for Drug Abuse (NIDA). (2004). *Preventing drug use among children and adolescents*. Recuperado de [http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse\\_2.pdf](http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf)
- Nieva, P. (1986). Evaluación del tratamiento de la toxicomanía. *Pedagogía Social*, 1, 59-71.
- Nowlis, H. (1982). *La verdad sobre la droga*. París: UNESCO.
- Nunnally, J. C. y Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica*. México: McGrawHill.
- Núñez, I. (1994). *Ante el debate actual sobre la drogodependencia*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Observatorio Español sobre Drogas (OED). (2009). *Informe 2009. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2013). *Informe Nacional (datos de 2012) por el Punto Focal Nacional Reitox. España Evolución y Tendencias*. Recuperado de [http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/2013INFORME\\_NACIONAL.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/2013INFORME_NACIONAL.pdf)
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). (2006). *Informe anual 2006. El problema de la drogodependencia en Europa*. Recuperado de <http://ar2006.emcdda.europa.eu/es/page001-es.html>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). (2010a). *Informe Europeo sobre las drogas*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). (2010b). *Guía de prevención y evaluación de recursos (PERK)*. Luxemburgo: Oficina de publicación de la Unión Europea.

- Oetting, E. R. y Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance I. *Substance Use and Misuse*, 33, 995-1026.
- Oetting, E. R., Deffenbacher, J. L. y Donnermeyer, J. F. (1998a). Primary socialization theory: The role placed by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II. *Substance Use and Misuse*, 33, 1337-1366.
- Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F. y Deffenbacher, J. L. (1998b). Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance III. *Substance Use and Misuse*, 33, 1629-1665.
- Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F., Trimble, J. E. y Beauvais, F. (1998c). Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use IV. *Substance Use and Misuse*, 33, 2075-2107.
- Oetting, E., Edwards, R., Kelly, K. y Beauvais, F. (1997). Risk and protective factors for drug use among rural American youth. En E. B. Robertson, Z. Sloboda, G. M. Boyd, L. Beatty, L. y N. J. Kozel, N.J. (Eds.), *Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues. NIDA Research Monograph No. 168*. (pp. 90-130). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Olds, D., Henderson, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettit, L., Sidorá, K., Morris, P. y Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*, 280(14), 1238-1244.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Recopilación de términos y definiciones*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77613/2/sinb3id1.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Glosario de Términos de Alcohol y Drogas*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/terminosAlcohol2.pdf>
- Palmgreen, P., Donohew, L., Lorch, E. P., Hoyle, R. H. y Stephenson, M. T. (2001). Television campaigns and adolescent marijuana use: Tests of sensation seeking targeting. *American Journal of Public Health* 91(2), 292-296.
- Pastor, J. C. y López-Latorre, M. J. (1993). Modelos Teóricos en prevención de toxicomanías: una propuesta de clasificación. *Revista Anales de Psicología*, 9(1), 19-30.
- Pentz, M. A. (1998). Costs, benefits, and cost-effectiveness of comprehensive drug abuse prevention. En W. J. Bukoski y R. I. Evans (Eds.), *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for*

- Programming and Policy. NIDA Research Monograph No. 176* (pp. 111-129). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Pereira, Z. A y Del Prette, A. (2003). Psicología de las habilidades sociales: Terapia y educación. *Revista Evaluar*, 3. Recuperado de <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/609/578>
- Pérez Serrano, G. (1998). *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Perry, M. A. y Forukawa, M. J. (1987). Métodos de modelado. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia* (pp. 167-215). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Pestaña, P. (2004). Aproximación conceptual al mundo de los valores. *Reice. Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 2(2), 67-82.
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommenations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). (2000a). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). (2000b). *Medios de comunicación y drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). (2007). *Guía sobre Drogas*. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>
- Plan Nacional sobre drogas (PNSD). (2014a). *Legislación española sobre drogas. Volumen I: Normativa de ámbito estatal*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre drogas (PNSD). (2014b). *Legislación española sobre drogas. Volumen II: Normas internacionales*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre drogas (PNSD). (2014c). *Legislación española sobre drogas. Volumen III: Normativa de ámbito autonómico*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plested, B., Smitham, D., Jumper-Thurman, P., Oetting, E. y Edwards, R. (1999). Readiness for drug use prevention in rural minority communities. *Substance Use and Misuse*, 34(4 and 5), 521-544.
- Prochaska, J. O. (1978). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, Illinios: Dorsey Press.

- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change to smoking: Toward and integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 390-395.
- Proyecto TOI (2012). Building together a basic course for the prevention of drug addiction. TOI project 2011-ES1-LEO05-35848.
- Quintana, J. M. (1989). *Sociología de la Educación*. Madrid: Dykinson.
- Quintana, J. M. (1994). *Pedagogía Social*. Madrid: Dykinson.
- Rapaport, R. N. (1960). *Community as doctor*. Londres: Tavistock Publications.
- Riggs, N. R., Greenberg, M. T., Kusche, C. A. y Pentz, M. A. (2006). The mediational role of neurocognition in the behavioral outcomes of a social-emotional prevention program in elementary school students: Effects of the Paths curriculum. *Prev Sci*, 7(1), 91-102. , 2006.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1996). *Metodología de investigación cualitativa*. Archidona: Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, M. C. y Castellano, N. C. (2007). Diseño y evaluación de un programa de cambio de estilo atribucional en deportistas adolescentes de una institución educativa privada ubicada en la ciudad de Bogotá. *Cuadernos de Psicología del deporte*, 7(2). Recuperado de <http://revistas.um.es/cpd/article/viewFile/54571/52581>
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5ª edición). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Salvador Alcaide, A. (2004). *Evaluación y Tratamiento Psicopedagógicos. El departamento de Orientación en los Centros Escolares*. Madrid: Narcea.
- Salvarezza, L. (1999). *Psicogeriatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Scheier, L., Botvin, G., Diaz, T. y Griffin, K. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29(3), 251-278.
- Schippers, G. M. (1991). Introduction. En G. M. Schippers, S. M. Lammers y C. P. D. R. Schaap (Eds.), *Contributions to the psychology of addiction* (pp. 7-14). Amsterdam, Holanda: Swets&Zeitlinger.
- Sequeiros, F. (2000). *El tráfico de drogas ante el ordenamiento jurídico*. Madrid: La Ley Actualidad.
- Serrano, M. (2005). Fases de incorporación social: centros de día, pisos de reinserción, programas de incorporación laboral. En M. C. Ruiz, *Prevención*

- escolar de las adicciones: actualización en drogodependencias* (pp. 303-321). Alcalá la Real: Formación Alcalá.
- Slater, M. R. (1984). *An Historical Perspectives of Therapeutic Communities* (Tesis doctoral). Universidad de Colorado, Denver.
- Sloboda, Z. (2014). Reconceptualizing Drug Use Prevention Processes. *Adicciones*, 26(1), 3-9.
- Spoth, R. L., Guyull, M. y Day, S. (2002). Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 219-228.
- Spoth, R. L.; Redmond, D., Trudeau, L. y Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 129-134.
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C. y Azevedo, K. (2004). Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: School-level growth curve analyses 6 years following baseline. *J Consult Clin Psychol*, 72(3), 535-542.
- Stake, R. R. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Stake, R. R. (2009). *Evaluación comprensiva y evaluación basada en estándares*. Barcelona: Graó.
- Stormshak, E. A., Dishion, T. J., Light, J. y Yasui, M. (2005). Implementing family-centered interventions within the public middle school: linking service delivery to change in student problem behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 33(6), 723-733.
- Thornton, T. N., Craft, C. A., Dahlberg, L. L., Lynch, B. S. y Baer, K. (Eds.). (2000). *Best Practices of Youth Violence Prevention: A Sourcebook for Community Action*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Touzé, G. (2005). *Prevención de adicciones. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Editorial Troquel.
- U.S. Department of Education. (2001). *Safe, Disciplined, and Drug-Free Schools Programs*. Washington, DC: Educations Publications Center.
- Ugarte, A. (Coord.). (2006). *Manual de Formación de Mediadores Sociales*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud y Servicios Profesionales Sociales S.A.
- Unión Europea (2013a). *Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2020*. Diario oficial de la Unión Europea. Recuperado de [http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF\\_TEMAS/Europa/documentos\\_clave/2012\\_12\\_29\\_Estrategia\\_lucha\\_contra\\_DROGA\\_2013-2020.pdf](http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Europa/documentos_clave/2012_12_29_Estrategia_lucha_contra_DROGA_2013-2020.pdf)

- Unión Europea (2013b). *Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2016*. *Diario oficial de la Unión europea*. Recuperado de <http://www.guiafc.com/images/pdfs/2013-C351-01.pdf>
- Vázquez, J. A. (2012). Los dineros de la droga. En M. Isorna y D. Saavedra (Coords.), *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas* (pp. 23-34). Madrid, Pirámide.
- Vega, A. (1993). *La Acción Social ante las Drogas. Propuestas de Intervención Socioeducativa*. Madrid: Narcea.
- Vega, R, Torres, T. y Cerna, R. (febrero 2013). Revisión documental acerca de la investigación evaluativa. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado de [www.eumed.net/rev/cccss/23/investigacion-evaluativa-politicas-publicas-mexico.html](http://www.eumed.net/rev/cccss/23/investigacion-evaluativa-politicas-publicas-mexico.html)
- Velleman, R., Templeton, L. J. y Copello, A. G. (2005). The role of family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 93-109.
- Visuata, B. (1989). *Técnicas de Investigación Social*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias (P.P.U).
- Webster -Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715-730.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715-730.
- Webster-Stratton, C., Reid, J. y Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 282-302.
- Wills, T., McNamara, G., Vaccaro, D. y Hirky, A. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 166-180.
- Zavalloni, R. y Parente, M. (1973). Gli atteggiamenti dell'insegnante di fronte all'alunno disadattato. *I problema della pedagogía*, 19, 835-853.
- Zinberg, N. E. (1986). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.



## **ANEXOS**



## ANEXO 1: PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016

Este documento consta de 131 páginas elaborada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el fin de convertirse en el desarrollo de las acciones que plantea la II Estrategia Nacional sobre drogas 2012-2016, para dar respuesta a las necesidades sociales en el ámbito de las drogodependencias.

El citado documento puede consultarse en la página web: [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es)





## **ANEXO 2: II ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS 2009-2016**

Este documento consta de 102 páginas, elaboradas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el fin de poner de manifiesto las políticas y el acuerdo en las prioridades entre todos los agentes que participan en el Plan Nacional sobre Drogas.

El citado documento puede consultarse en la página web: [www.pnsd.msc.es](http://www.pnsd.msc.es)





## **ANEXO 3: CUESTIONARIOS DE INVESTIGACIÓN**





## Cuestionario pre-test 1º de ESO

### Criterios de aplicación

En primer lugar, presentarles el programa, las materias que se van a trabajar y la estructura del programa Escolar (sesiones de tutorías en el colegio) y el programa Familiar (fichas familiares y las sesiones conjuntas).

A continuación, introducir la materia: tabaco y cannabis desde la normalización actual de su consumo... para que ellos tengan una actitud lo más honesta posible en el cuestionario a la hora de especificar su consumo (si existe). Preguntas como:

- ¿En qué momentos los adultos fuman más?
- Por educación, cuando vuestros padres reciben visitas en casa, ¿qué les ofrecen?
- ¿Por qué los chavales de vuestra edad empiezan a fumar?
- ¿Dónde veis que se consume porros?
- ¿Quiénes lo consumen?, ¿cuándo?
- ¿Pensáis que la mayoría de los jóvenes fuman porros?
- ¿Por qué los chavales de vuestra edad empiezan a fumar porros?
- Es probable que ya os hayan ofrecido fumar cannabis, los amigos...
- ¿Qué habéis escuchado en la calle o en la tele sobre los porros?
- La hoja de “María” está en todos los lados: está en las camisetas, móviles, etc., y veis cómo en la calle se fuma más...

Hacer hincapié en que el cuestionario es anónimo y que sólo van a escribir cruces. Sin embargo, hace falta una clave para poder comparar los datos del pre-test y post-test.

#### **A la hora de realizar el cuestionario:**

La clave: el día de nacimiento sólo poner el día.

El número que ocupa entre los hermanos, escrito en número

NO escribir datos sobre sexo, colegio, aula, fecha o población, ya que temen que se les reconozca por la grafía.

Se pide edad aproximada de consumo.

Probado tabaco: Se refiere a medio cigarro, no una calada.

Probado cannabis: Se refiere al menos consumir medio porro.



**Mi clave:**

<b>Día de nacimiento</b>	<b>Nº orden entre los hermanos</b>	<b>Primera letra 2º apellido</b>

**SEXO: AULA:**

**NOMBRE DEL CENTRO: FECHA:**

**POBLACIÓN:**

Todos los días se habla sobre los efectos del tabaco, el alcohol y los porros. Nos gustaría conocer tu opinión. Para ello te pedimos que marques con una X la V si crees que la frase es verdadera o la letra F si crees que es falsa, y si no lo sabes exactamente marca en “No sé”.

	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>	<b>No Sé</b>
1. Fumar tabaco perjudica la salud			
2. El tabaco produce adicción (“engancha”)			
3. El humo del tabaco perjudica a los no fumadores			
4. El consumo de tabaco disminuye la resistencia física			
5. El consumo de cannabis perjudica la salud			
6. El cannabis produce adicción (“engancha”)			
7. El consumo de cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del sistema nervioso			
8. El cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón			

Las siguientes preguntas tratan sobre tu situación respecto del consumo de tabaco y cannabis. Recuerda que el cuestionario es ANÓNIMO, por lo que te pedimos que seas sincero:

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
9. ¿Fumas al menos un cigarro a la semana?		
10. ¿Con qué edad probaste por primera vez el tabaco?	Años:	
11. Tienes amigos que consumen tabaco		

12. ¿Has probado el cannabis alguna vez en tu vida?		
13. ¿Fumas al menos un porro a la semana		
14. ¿Con qué edad probaste por primera vez el porro?	Años:	
15. Tienes amigos que consumen cannabis		

**¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**

## Cuestionario post-test 1º de ESO

Mi clave:

Día de nacimiento	Nº orden entre los hermanos	Primera letra 2º apellido

NOMBRE DEL CENTRO: FECHA:

POBLACIÓN:

Todos los días se habla sobre los efectos del tabaco, el alcohol y los porros. Nos gustaría conocer tu opinión. Para ello te pedimos que marques con una X la V si crees que la frase es verdadera o la letra F si crees que es falsa, y si no lo sabes exactamente marca en “No sé”.

	Verdadero	Falso	No Sé
1. Fumar tabaco perjudica la salud.....			
2. El tabaco produce adicción (“engancha”)			
3. El humo del tabaco perjudica a los no fumadores			
4. El consumo de tabaco disminuye la resistencia física			
5. El consumo de cannabis perjudica la salud			
6. El cannabis produce adicción (“engancha”)			
7. El consumo de cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del sistema nervioso			
8. El cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón			

Las siguientes preguntas tratan sobre tu situación respecto del consumo de tabaco y cannabis. Recuerda que el cuestionario es ANÓNIMO, por lo que te pedimos que seas sincero:

	SI	NO
9. ¿Fumas al menos un cigarro a la semana?		
10. ¿Con qué edad probaste por primera vez el tabaco?	Años:	
11. Tienes amigos que consumen tabaco		
12. ¿Has probado el cannabis alguna vez en tu vida?		
13. ¿Fumas al menos un porro a la semana		
14. ¿Con qué edad probaste por primera vez el porro?	Años:	
15. Tienes amigos que consumen cannabis		

**¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**



## Cuestionario pre-test 2º ESO

Mi clave:

Día de nacimiento	Nº orden entre los hermanos	Primera letra 2º apellido

**NOMBRE DEL CENTRO: FECHA:**

**POBLACIÓN:**

Todos los días se habla sobre los efectos del alcohol y cannabis. Nos gustaría conocer tu opinión. Para ello te pedimos que marques con una X la V si crees que la frase es verdadera o la letra F si crees que es falsa, y si no lo sabes exactamente marca en “No sé”.

	Verdadero	Falso	No Sé
1. Beber alcohol perjudica la salud			
2. El alcohol produce adicción (“engancha”)			
3. Cuando una persona bebe mucho alcohol puede tener problemas			
4. Es necesario beber alcohol para pasarlo bien con los amigos			
5. El consumo de cannabis perjudica la salud			
6. El cannabis es una sustancia legal			
7. El cannabis produce adicción (“engancha”)			
8. El consumo disminuye el funcionamiento cerebral y del sistema nervioso			
9. El cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón			

Las siguientes preguntas tratan sobre tu situación respecto del consumo de cannabis. Recuerda que el cuestionario es ANÓNIMO por lo que te pedimos que seas sincero:

	SI	NO
10. ¿Has probado alcohol alguna vez en tu vida?...		
11. ¿Bebes algún tipo de alcohol al menos una vez durante la semana?		
12. ¿Bebes algún tipo de alcohol al menos una vez al mes?		
13. ¿Con qué edad probaste la primera copa de alcohol?	Años:	
14. ¿Tienes amigos que consumen alcohol?		
15. ¿Has probado el cannabis alguna vez en tu vida?		
16. ¿Fumas al menos un porro a la semana?		
17. ¿Fumas al menos un porro al mes?		
18. ¿Con qué edad probaste por primera vez el porro?	Años:	
19. Tienes amigos que consumen cannabis		

**¡¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!!**



## Cuestionario post-test 2º ESO

### MI CLAVE:

Día de nacimiento	Nº orden entre los hermanos	Primera letra 2º apellido

**NOMBRE DEL CENTRO: FECHA:**

**POBLACIÓN:**

Todos los días se habla sobre los efectos del alcohol y cannabis. Nos gustaría conocer tu opinión. Para ello te pedimos que marques con una X la V si crees que la frase es verdadera o la letra F si crees que es falsa, y si no lo sabes exactamente marca en “No sé”.

	Verdadero	Falso	No Sé
1. Beber alcohol perjudica la salud			
2. El alcohol produce adicción (“engancha”)			
3. Cuando una persona bebe mucho alcohol puede tener problemas			
4. Es necesario beber alcohol para pasarlo bien con los amigos			
5. El consumo de cannabis perjudica la salud			
6. El cannabis es una sustancia legal			
7. El cannabis produce adicción (“engancha”)			
8. El consumo disminuye el funcionamiento cerebral y del sistema nervioso			
9. El cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón			

Las siguientes preguntas tratan sobre tu situación respecto del consumo de cannabis. Recuerda que el cuestionario es ANÓNIMO por lo que te pedimos que seas sincero:

	SI	NO
10. ¿Has probado alcohol alguna vez en tu vida?...		
11. ¿Bebes algún tipo de alcohol al menos una vez durante la semana?		
12. ¿Bebes algún tipo de alcohol al menos una vez al mes?		
13. ¿Con qué edad probaste la primera copa de alcohol?	Años:	
14. ¿Tienes amigos que consumen alcohol?		

15. ¿Has probado el cannabis alguna vez en tu vida?		
16. ¿Fumas al menos un porro a la semana?		
17. ¿Fumas al menos un porro al mes?		
18. ¿Con qué edad probaste por primera vez el porro?	Años:	
19. Tienes amigos que consumen cannabis		

**¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**

## Cuestionario pre-test 3º ESO

### Criterios de aplicación

En primer lugar, presentarles el programa, las materias que se van a trabajar y la estructura del programa Escolar (sesiones de tutorías en el colegio). En el programa Familiar se realizarán dos sesiones informativas a los padres sobre dos temas: ¿Qué encuentran los adolescentes en las drogas? y Cómo mejorar la comunicación familiar, a las que sólo asisten los padres.

A continuación introducir las materias:

- Los medios de comunicación y yo
- Mi I.E.S. y yo
- Mi familia y yo
- Yo

¿Qué se repite siempre? ¿Por qué se repite en todas las materias el yo? Va enfocado al conocimiento personal y cómo me relaciono con el entorno y conmigo mismo... Lo que menos se habla es de drogas...

La metodología de trabajo es el Aprendizaje cooperativo basado en el aprendizaje grupal (Explicar un poco esto). El grupo es la herramienta de trabajo.

Hacer hincapié en que el cuestionario es anónimo y que sólo van a escribir cruces. Sin embargo, hace falta una clave para poder comparar los datos del pre-test y post-test.

#### **A la hora de realizar el cuestionario:**

La clave: el día de nacimiento sólo poner el día.

El número que ocupa entre los hermanos, escrito en número.

NO escribir datos sobre sexo, colegio, aula, fecha o población, ya que temen que se les reconozca por la grafía.

Se pide edad aproximada de consumo.

Probado porros u otras drogas: se refiere a media consumición. Por ejemplo medio porro, no una calada.



## Cuestionario pre-test 3º ESO

<b>MI CLAVE</b>		
<b>Día de Nacimiento</b>	<b>Nº orden entre Hermanos</b>	<b>1ª letra del 2º apellido</b>

<b>NOMBRE DEL COLEGIO O INSTITUTO</b>	
<b>FECHA</b>	

1. Señala en el recuadro correspondiente con una X, tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.					
	<b>Nada de acuerdo</b>	<b>Poco de acuerdo</b>	<b>No sé</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
Hay que ser consciente que la publicidad consigue influir en numerosas decisiones que tomamos sin que nos demos cuenta					
Para tener una personalidad autónoma, es necesario no pasar de los medios de comunicación, pero ser críticos con lo que digan					
La misma información se transmite de forma diferente según los intereses de cada medio de comunicación					

2. Señala en el recuadro correspondiente con una X, tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.					
	<b>Nada de acuerdo</b>	<b>Poco de acuerdo</b>	<b>No sé</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
En el instituto convivimos muchas personas y las normas son necesarias para que funcione bien					
Mi instituto me parece un lugar agradable					
Todas las asignaturas que se estudian son importantes porque nos aportan cultura general					

3. Señala en el recuadro correspondiente con una X, tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.					
	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Hablarse y tratarse con cariño es fundamental en una familia					
Es muy importante tener confianza con los padres para poder hablar con ellos de cualquier tema que nos preocupe					
Para solucionar los conflictos que surgen en la familia lo mejor es ponerse en el lugar del otro y entender su punto de vista					

4. Todas las personas tenemos una idea de nosotros mismos. Las siguientes frases se refieren a lo que crees de ti, cómo te ves a ti mismo. Para cada frase marca la casilla que según tú define mejor lo que opinas de ti mismo.			
	Estoy de acuerdo	No sé	Estoy en desacuerdo
Creo que tengo muy buenas cualidades			
Muchos chicos y chicas de mi edad son mejores que yo			
Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como otros compañeros de clase			
En general estoy contento con mi forma de ser			

**Las siguientes preguntas tratan de describir cuál es tu situación respecto del consumo de drogas. Recuerda que el cuestionario es anónimo y que tu respuesta representa la de muchos miles de jóvenes, por lo que de nuevo te pedimos sinceridad en las respuestas.**

5. ¿Has fumado tabaco alguna vez?

- Nunca he fumado
- Lo he probado
- Fumo de vez en cuando
- Fumo los fines de semana cuando salgo
- Fumo diariamente

6. ¿Has tomado algún tipo de bebida alcohólica, alguna vez en la vida, incluidas el vino, la cerveza, la sidra y otras de mayor graduación?

- Nunca
- Lo he probado
- A veces cuando salgo los fines de semana
- Casi siempre que salgo los fines de semana
- Siempre que salgo con los amigos, aunque sea entre semana

7. ¿Te has mareado o emborrachado alguna vez?

- Si  No

8. Si lo has hecho, ¿cuántos fines de semana en el último mes? (Si no ha sido en el último mes no se responde).

- Un fin de semana
- Dos fines de semana
- Casi todos los fines de semana
- Todos los fines de semana

9. ¿Has probado algún otro tipo de droga?

- Si
- No

**Si has contestado NO a la pregunta anterior no contestes más preguntas.**

**Si has contestado SI continúa con el cuestionario.**

10. ¿Qué otras drogas has probado?

	Hachís Marihuana (Porros)	Cocaína	Drogas de Síntesis (éxtasis, pastillas)	Anfetaminas	Dopamina	Alucinógenos (LSD, ácido, tripi, setas...)	Inhalantes (colas, disolventes, gasolina...)
<b>Si</b>							
<b>No</b>							

**En caso de haber fumado porros nos gustaría conocer cuál es tu situación respecto a esta sustancia. Recuerda que el cuestionario es anónimo y que tu respuesta representa la de muchos miles de jóvenes, por lo que de nuevo te pedimos sinceridad en las respuestas.**

14. Si has fumado porros alguna vez. ¿Qué edad tenías cuando los probaste (aproximada)?

Edad \_\_\_\_\_ años

15. Si has fumado porros en el último mes ¿con qué frecuencia lo has hecho?

- Sólo de vez en cuando
- Fumo casi todos los fines de semana
- Varias veces a la semana
- Fumo todos los días

**¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**



## Cuestionario post-test 3º ESO

<b>MI CLAVE</b>	
Día de Nacimiento	Número de orden entre los hermanos

NOMBRE DEL COLEGIO O INSTITUTO	
--------------------------------	--

1. Señala en el recuadro correspondiente con una X, tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.					
	<b>Nada de acuerdo</b>	<b>Poco de acuerdo</b>	<b>No sé</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
Hay que ser consciente que la publicidad consigue influir en numerosas decisiones que tomamos sin que nos demos cuenta					
Para tener una personalidad autónoma, es necesario no pasar de los medios de comunicación, pero ser críticos con lo que digan					
La misma información se transmite de forma diferente según los intereses de cada medio de comunicación					

2. Señala en el recuadro correspondiente con una X, tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.					
	<b>Nada de acuerdo</b>	<b>Poco de acuerdo</b>	<b>No sé</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
En el instituto convivimos muchas personas y las normas son necesarias para que funcione bien.					
Mi instituto me parece un lugar agradable					
Todas las asignaturas que se estudian son importantes porque nos aportan cultura general					

3. Señala en el recuadro correspondiente con una X, tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.					
	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Hablarse y tratarse con cariño es fundamental en una familia					
Es muy importante tener confianza con los padres para poder hablar con ellos de cualquier tema que nos preocupe					
Para solucionar los conflictos que surgen en la familia lo mejor es ponerse en el lugar del otro y entender su punto de vista					

4. Todas las personas tenemos una idea de nosotros mismos. Las siguientes frases se refieren a lo que crees de ti, cómo te ves a ti mismo. Para cada frase marca la casilla que según tú define mejor lo que opinas de ti mismo.			
	Estoy de acuerdo	No sé	Estoy en desacuerdo
Creo que tengo muy buenas cualidades			
Muchos chicos y chicas de mi edad son mejores que yo			
Creo que soy capaz de hacer las cosas tan bien como otros compañeros de clase			
En general estoy contento con mi forma de ser			

**Las siguientes preguntas tratan de describir cuál es tu situación respecto del consumo de drogas. Recuerda que el cuestionario es anónimo y que tu respuesta representa la de muchos miles de jóvenes, por lo que de nuevo te pedimos sinceridad en las respuestas.**

5. ¿Has fumado tabaco alguna vez?

- Nunca he fumado
- Lo he probado
- Fumo de vez en cuando
- Fumo los fines de semana cuando salgo
- Fumo diariamente

6. ¿Has tomado algún tipo de bebida alcohólica, alguna vez en la vida, incluidas el vino, la cerveza, la sidra y otras de mayor graduación?

- Nunca
- Lo he probado
- A veces cuando salgo los fines de semana
- Casi siempre que salgo los fines de semana
- Siempre que salgo con los amigos, aunque sea entre semana

7. ¿Te has mareado o emborrachado alguna vez?

- Si
- No

8. Si lo has hecho, ¿cuántos fines de semana en el último mes? (Si no ha sido en el último mes no se responde).

- Un fin de semana
- Dos fines de semana
- Casi todos los fines de semana
- Todos los fines de semana

9. ¿Has probado algún otro tipo de droga?

- Si
- No

**Si has contestado NO a la pregunta anterior no contestes más preguntas.**

**Si has contestado SI continúa con el cuestionario.**

10. ¿Qué otras drogas has probado?

	Hachís Marihuana (Porros)	Cocaína	Drogas de Síntesis (éxtasis, pastillas)	Anfetaminas	Dopamina	Alucinógenos (LSD, ácido, tripi, setas...)	Inhalantes (colas, disolventes, gasolina...)
<b>Si</b>							
<b>No</b>							

**En caso de haber fumado porros nos gustaría conocer cuál es tu situación respecto a esta sustancia. Recuerda que el cuestionario es anónimo y que tu respuesta representa la de muchos miles de jóvenes, por lo que de nuevo te pedimos sinceridad en las respuestas.**

14. Si has fumado porros alguna vez. ¿Qué edad tenías cuando los probaste?

Edad \_\_\_\_\_ años

15. Si has fumado porros en el último mes ¿con qué frecuencia lo has hecho?

- Sólo de vez en cuando
- Fumo casi todos los fines de semana
- Varias veces a la semana
- Fumo todos los días

**¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**

## Cuestionario pre-test 4º ESO

<b>MI CLAVE</b>	
Día de Nacimiento	
Número de orden entre los hermanos	

NOMBRE DEL COLEGIO O INSTITUTO	
--------------------------------	--

1. Señala en el recuadro correspondiente con una X, tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.					
	<b>Nada de acuerdo</b>	<b>Poco de acuerdo</b>	<b>No sé</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
Hay que ser consciente que la publicidad consigue influir en numerosas decisiones que tomamos sin que nos demos cuenta.					
Para tener una personalidad autónoma, es necesario no pasar de los medios de comunicación, pero ser críticos con lo que digan.					
La misma información se transmite de forma diferente según los intereses de cada medio de comunicación.					
Los medios de comunicación influyen en cómo hablo yo con mis amigos, compañeros...					

2. Señala en el recuadro correspondiente con una X, tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.					
	<b>Nada de acuerdo</b>	<b>Poco de acuerdo</b>	<b>No sé</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
Mis amigos son los únicos que me entienden					
Con mis amigos me identifico y me siento respetado					
Mis amigos me resuelven dudas que mis padres no pueden					
Mis amigos me fuerzan a hacer cosas que no quiero					

3. Señala en el recuadro correspondiente con una X, tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.					
	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Mis actividades de ocio son salir de fiesta con mis amigos					
Para distraerme veo la tele					
Lo que más me gusta es quedarme tirado en el sofá sin ayudar en casa ni nada					
Leer un libro me resulta aburrido					
Ir de excursión es un rollo					
MI tiempo de ocio lo invierto en jugar a la videoconsola					
Paso la tarde consultando en Internet					

**Las siguientes preguntas tratan de describir cuál es tu situación respecto del consumo de drogas. Recuerda que el cuestionario es anónimo y que tu respuesta representa la de muchos miles de jóvenes, por lo que de nuevo te pedimos sinceridad en las respuestas.**

5. ¿Has fumado tabaco alguna vez?

- Nunca he fumado
- Lo he probado
- Fumo de vez en cuando
- Fumo los fines de semana cuando salgo
- Fumo diariamente

6. ¿Has tomado algún tipo de bebida alcohólica, alguna vez en la vida, incluidas el vino, la cerveza, la sidra y otras de mayor graduación?

- Nunca
- Lo he probado
- A veces cuando salgo los fines de semana
- Casi siempre que salgo los fines de semana
- Siempre que salgo con los amigos, aunque sea entre semana

7. ¿Te has mareado o emborrachado alguna vez?

- Si
- No

8. Si lo has hecho, ¿cuántos fines de semana en el último mes? (Si no ha sido en el último mes no se responde).

- Un fin de semana
- Dos fines de semana
- Casi todos los fines de semana
- Todos los fines de semana

9. ¿Has probado algún otro tipo de droga?

- Si
- No

**Si has contestado NO a la pregunta anterior no contestes más preguntas.**

**Si has contestado SI continúa con el cuestionario.**

10. ¿Qué otras drogas has probado?

	Hachís Marihuana (Porros)	Cocaína	Drogas de Síntesis (éxtasis, pastilla)	Anfetaminas	Dopamina	Alucinógenos (LSD, ácido, tripi, setas...)	Inhalantes (colas, disolventes , gasolina..)
Si							
No							

**En caso de haber fumado porros nos gustaría conocer cuál es tu situación respecto a esta sustancia. Recuerda que el cuestionario es anónimo y que tu respuesta representa la de muchos miles de jóvenes, por lo que de nuevo te pedimos sinceridad en las respuestas.**

14. Si has fumado porros alguna vez. ¿Qué edad tenías cuando los probaste?

Edad \_\_\_\_\_ años

15. Si has fumado porros en el último mes ¿con qué frecuencia lo has hecho?

- Sólo de vez en cuando
- Fumo casi todos los fines de semana
- Varias veces a la semana
- Fumo todos los días

**¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**



## Cuestionario post-test 4º ESO

<b>MI CLAVE</b>	
Día de Nacimiento	
Número de orden entre los hermanos	

NOMBRE DEL COLEGIO O INSTITUTO	
--------------------------------	--

1. Señala en el recuadro correspondiente con una X, tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.					
	<b>Nada de acuerdo</b>	<b>Poco de acuerdo</b>	<b>No sé</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
Hay que ser consciente que la publicidad consigue influir en numerosas decisiones que tomamos sin que nos demos cuenta.					
Para tener una personalidad autónoma, es necesario no pasar de los medios de comunicación, pero ser críticos con lo que digan.					
La misma información se transmite de forma diferente según los intereses de cada medio de comunicación.					
Los medios de comunicación influyen en cómo hablo yo con mis amigos, compañeros...					

2. Señala en el recuadro correspondiente con una X, tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.					
	<b>Nada de acuerdo</b>	<b>Poco de acuerdo</b>	<b>No sé</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
Mis amigos son los únicos que me entienden					
Con mis amigos me identifico y me siento respetado					
Mis amigos me resuelven dudas que mis padres no pueden					
Mis amigos me fuerzan a hacer cosas que no quiero					

3. Señala en el recuadro correspondiente con una X, tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.					
	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	No sé	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Mis actividades de ocio son salir de fiesta con mis amigos					
Para distraerme veo la tele					
Lo que más me gusta es quedarme tirado en el sofá sin ayudar en casa ni nada					
Leer un libro me resulta aburrido					
Ir de excursión es un rollo					
MI tiempo de ocio lo invierto en jugar a la videoconsola					
Paso la tarde consultando en Internet					

**Las siguientes preguntas tratan de describir cuál es tu situación respecto del consumo de drogas. Recuerda que el cuestionario es anónimo y que tu respuesta representa la de muchos miles de jóvenes, por lo que de nuevo te pedimos sinceridad en las respuestas.**

5. ¿Has fumado tabaco alguna vez?

- Nunca he fumado
- Lo he probado
- Fumo de vez en cuando
- Fumo los fines de semana cuando salgo
- Fumo diariamente

6. ¿Has tomado algún tipo de bebida alcohólica, alguna vez en la vida, incluidas el vino, la cerveza, la sidra y otras de mayor graduación?

- Nunca
- Lo he probado
- A veces cuando salgo los fines de semana
- Casi siempre que salgo los fines de semana
- Siempre que salgo con los amigos, aunque sea entre semana

7. ¿Te has mareado o emborrachado alguna vez?

- Si
- No

8. Si lo has hecho, ¿cuántos fines de semana en el último mes? (Si no ha sido en el último mes no se responde).

- Un fin de semana
- Dos fines de semana
- Casi todos los fines de semana
- Todos los fines de semana

9. ¿Has probado algún otro tipo de droga?

- Si
- No

**Si has contestado NO a la pregunta anterior no contestes más preguntas.**

**Si has contestado SI continúa con el cuestionario.**

10. ¿Qué otras drogas has probado?

	Hachís Marihuana (Porros)	Cocaína	Drogas de Síntesis (éxtasis, pastilla)	Anfetaminas	Dopamina	Alucinógenos (LSD, ácido, tripi, setas...)	Inhalantes (colas, disolventes, gasolina..)
<b>Si</b>							
<b>No</b>							

**En caso de haber fumado porros nos gustaría conocer cuál es tu situación respecto a esta sustancia. Recuerda que el cuestionario es anónimo y que tu respuesta representa la de muchos miles de jóvenes, por lo que de nuevo te pedimos sinceridad en las respuestas.**

14. Si has fumado porros alguna vez. ¿Qué edad tenías cuando los probaste?

Edad \_\_\_\_\_ años

15. Si has fumado porros en el último mes ¿con qué frecuencia lo has hecho?

- Sólo de vez en cuando
- Fumo casi todos los fines de semana
- Varias veces a la semana
- Fumo todos los días

**¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**

## ANEXO 4: TRANSCRIPCIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN

Composición de grupo de Discusión:

- Profesores que han realizado el programa en el aula: Rafi (3º - 4º ESO), Lourdes (3º ESO, pero lo ha implementado en todos los cursos), Rafa (1º -2º ESO)
- Orientador del centro como coordinador del programa dentro del centro: Pepe.
- Madres del centro que llevan acudiendo al programa de prevención 5 años consecutivamente a los distintos niveles según las edades de sus hijos: Mari Carmen, Aurelia, Antonia, Pepa.
- Dos alumnos que han recibido el programa en las aulas durante 4 años: Jazmín y Roberto
- Técnico de Prevención

Moderador: El hecho de grabar no es más que para poder transcribir todo lo que se comente y para no perder información, que no os intimide la grabadora porque lo que se grabe no va a ir a ningún sitio. Una vez que hayamos transcrito la idea, el documento no va a ninguna parte no va a Facebook, ni a tuenti ni nada.

Madre 1: Sino os demandamos eh

Risas generales del grupo.

Moderador: Bueno entonces yo lo que sí os voy a pedir es que tengamos intervenciones, no es que emulemos el programa 59” porque si no para mí sería bastante incomodo, sino que intentemos hacer intervenciones corta y digamos cosas más o menos sustanciales. Sobre todo que no hagamos, que no hagáis intervenciones largas porque tenemos tendencia a enrollarnos y ..

Si os digo que las cuestiones que hemos planteado son pocas para no entretenernos mucho, pero si nos gustaría que nos contestarais con la mayor riqueza posible para poder completar la descripción de los cuestionarios que como sabéis el programa “Entre Todos” tiene y que son unos cuestionarios que no son digamos excesivamente exhaustivos, entonces al tabularlos nos ha quedado alguna duda que vamos a resolver en parte en este grupo y posiblemente después en hacer alguna entrevista para completar los cuestionarios; sobre todo porque queremos describir la realidad del programa con la mejor forma.

Entonces yo no voy a dar órdenes solo voy a lanzar una pregunta que os voy a pedir que contestéis como mucho entre uno y dos minutos en contestarlas, pero contestarlas con claridad y aportando.

La selección de las preguntas la ha hecho Belén, de hecho ella había seleccionado muchas más pero yo esta mañana, aunque me las había mandado por correo electrónico, esta mañana le he hecho un pequeño recorte, sobretodo porque con las que ella tenía nos podíamos montar aquí en casi dos horas. Por lo tanto no se trata de cansaros, incluso si más adelante hiciera falta podemos hacer algún tipo de entrevista...

La primera cuestión que ella os lanza y que yo os lanzo por su boca es como el cuestionario constata que “Entre Todos” es un programa que propicia que el alumnado, vosotros y vosotras, pues tengáis cambios en vuestra forma de opinar sobre todo en cuestiones que tienen que ver con “Entre Todos” y lo que tiene que ver con las elecciones y también vuestros comportamientos sobre el mundo de las adicciones. Eso está claro, eso lo habéis dicho en el cuestionario pero a nosotros lo que nos gustaría es que esta tarde los profesores, las madres y vosotros mismos los actores, y Belén si quiere también participar nos dijera que aspectos del programa “Entre Todos” os han calado más, han producido en vosotros más movimiento interior para cambiar de opinión para cambiar de comportamiento, no el programa en abstracto sino cosas que os han llamado más la atención que os han llegado al fondo y que reseñarías como elementos de cambio, elementos sustanciales que adquieren valor.

No sé si me habéis entendido la pregunta...

Alumna 1: Si bueno yo no he estado aquí en las charlas estas, es la primera vez que vengo pero yo estoy haciendo el programa y lo que más me llega a mí de todo esto es sobre todo los grupos de autoayuda y el confronto.

Moderador: Explícanos un poquito más por qué los grupos de autoayuda te llegan al fondo, por qué te sientes bien con ellos, qué encuentras en ellos que no encuentras en otros sitios...

Alumna 1: Pues no sé, es como si te hacen ver las cosas que tú no quieres ver y sobretodo ahora en el segundo nivel te hacen ver los sentimientos que tú puedes mostrar frente a diferentes situaciones. Y el confronto porque es como una terapia de choque donde la gente te dice lo que piensa aunque te pueda chocar y eso, no sé que más decir...

Moderador: Seguid hablando no hace falta que yo de la palabra

Alumno 2: Yo de las tutorías de Proyecto Hombre, la que más así recuerdo sobretodo porque hace ya un par de años, no recuerdo bien, fue la que ella misma vino.

La verdad es que la tutoría en clase es repartir el papel y según lo imparta el tutor; esa fue la que más se quedó porque fue la que ella mismo vino a la clase y nos estuvo diciendo la experiencia en otros cursos de lo que había pasado. Sobre todo se habló del tema de drogas, que quién consumía, fue un cuestionario. Además del cuestionario que es lo que siempre hacemos, fue el hecho de que tuviéramos allí a alguien que viniera a hablar de esas cosas con nosotros porque cuando te las explica tu tutor, a lo mejor no sabe también de lo que está hablando y no te lo puede transmitir de esa manera, si me quedara con alguna me quedaría con aquella.

Moderador: Es decir te quedarías con la forma te tenía Belén de transmitir su trayectoria en el programa, los casos que ya conoce es lo que te llamó la atención no?

Alumno 2: El verlo de una forma diferente

Moderador: Los testimonios que ella contaba, eso te llamó fuerte la atención?

Alumno 2: Porque no fue luego a lo que estamos habituados que te lo cuenten, no estás acostumbrado a verlo pero te llega más que cuando los tutores te lo dan o lo ves en la televisión...

Moderador: Además de la tutoría hay alguna otra, apartado de los materiales, alguna dinámica que te llamó la atención, que te caló fuerte...

Alumno 2: Que yo recuerde ahora mismo es que no...

Moderador: Si acaso después recuerdas alguna puedes intervenir en cualquier momento y lo recuerdas vale?. Seguid hablando que no hay un orden...

Alumna 1: Puedo volver a intervenir??

Moderador: Puedes intervenir cuando quieras

[Se producen risas por parte del grupo]

Alumna 1: Que también lo que a mí me llega mucho es el coloquio, vale que es como cuando tú tienes el error de volver a consumir o lo que sea, pues tu terapeuta te hace una intervención fuera de grupo, te sacan de grupo y te hace reflexionar de por qué has hecho eso, no sólo porque me apetecía sino por ciertas situaciones, ciertos sentimientos que tú has tenido y lo reflexionas y te comprometes a algo respecto a la situación que has vivido y los sentimientos que te han llevado a consumir

Madre 2: Bueno yo de todas las conversaciones que hemos mantenido con Belén lo que más me ha ayudado a mí ha sido ver en mí el diálogo con mi hijo. Yo al principio era más, prohibía mucho, mucha norma, mucho..., y lo escuchaba poco; entonces a lo largo de esas sesiones yo me he dado cuenta de que cuando la

escuchas más, te sorprende que tú riñeras muchas veces de cosas que ella no tenía que ver. Me ha venido muy bien porque ella se ha abierto mucho más a mí, más que antes cuando era más rígido o más, le prohibía más...; entonces a mí eso me ha ayudado bastante en mi relación con ella en escucharla, en ...

Moderador: tenéis una relación más fluida...

Madre 2: Si ella me cuenta sus cosas, bueno, ojalá me contara todo, pero bueno por lo menos me habla y sé que lo que me habla me lo está contando que verdaderamente lo siente, que no me lo está contando para ver lo que yo opino. Llegaba un momento en que me sentía como que me estaba contando las cosas pero me sentía como observada, según la reacción que yo tuviera ella actuaba, no sé es una cosa así como..., cuando yo le he dado un poco de más soltura y yo le he escuchado más, he estado más atenta veo que se abre mucho más, tengo mucha más comunicación con ella, hombre y ahora está con años y la verdad es que es mejor que no se me cerrara porque estaba llegando un momento en que yo notaba que lo que me contaba parecía que era lo que yo quería oír, o sea que ella salía y las relaciones con sus amigas y amigos, me contaba las cosas que ella sabía (ellos son muy inteligentes, lo mismo que tú los conoces, ellos te conocen) y llegaba un momento que decías que era imposible que ella piense como yo, no podía pensar como yo. Ahora me he dado cuenta que ahora discutimos, pero discutimos porque ella tiene su punto de vista y yo tengo el mío, pero por lo menos no discuto yo sola así no le doy opción a que ella me dijera, entonces eso me ha gustado mucho.

Moderador: Eso te ha llegado fuerte

Madre 2: Sí

Profesor 1: yo destacaría los temas relacionados con las drogas, el caso de alcohol, cannabis, etc., informándoles sobre esos temas y trabajándolos en grupo se han dado cuenta de las consecuencias negativas que tiene el consumo de esas sustancias. Por tanto, ellos se han dado cuenta a través de la información aportada y del trabajo en grupo de cómo es realmente más negativa de lo que pensaban: Yo destacaría eso dentro del programa.

Moderador: es decir destacarías el contenido informativo del programa

Profesor 1: Es decir, la información del programa, sobre todo trabaja en grupo y contrastando información ofrecida se han dado cuenta de las consecuencias que ahora son peores de lo que ellos pensaban, tienen una idea y a través de la información que se le aporta pues digamos que salen con otra mentalidad, con otra idea porque realmente esto es lo que tienen alrededor.



Profesora 2: A mí me llama la atención cuando ya llegan al segundo ciclo cuando le hablamos en la programación al principio de la tutorías les hablamos que vamos a seguir con el programa dicen “otra vez nos vais a hablar de drogas, del cannabis...”; sin embargo se llevan la sorpresa de que no les hablamos de drogas, que eso se ha acabado. Nosotros empezamos a trabajar habilidades sociales, relación con el grupo, mi familia; entonces se quedan un poco como descolocados y al principio ves que como que les vas a repetir lo mismo pero, que los vas a cansar de decirles lo mismo y sin embargo no. Empiezan pues se vuelcan en, son dinámicas mucho de teatrillos, de hacer historias y la verdad es que ellos mismos se involucran y son súper crueles con ellos mismos y súper críticos; o sea que son muchos más duros que los adultos con ellos, entre ellos son más críticos y más severos. Yo creo que está muy bien eso de cortar y hemos terminado con la información de lo que hay de los efectos que tiene y vamos a ver tú como reaccionas en el grupo, como reaccionas con tu familia., yo lo veo positivo en ese sentido.

Madre 1: yo también lo veo positivo porque aparte de ellos quieren que los informen de los efectos de las drogas, del alcohol...que trates con tus hijos y hables, pero en realidad tenemos suerte porque “de los hijos que tenemos” porque cuando Belén nos habla de los problemas que hay e incluso tú los ves en otras familias que a lo mejor no son tan allegadas a ti, dices soy un afortunado y no tengo problemas así. Pero bueno, también es verdad que a los padres que hemos asistido a Proyecto Hombre nos ha servido un poco para unirnos más para ser incluso como dice Madre 2 ser más comprensivos con nuestros hijos, todo lo que se puede [se ríen las madres] y es lo que decía profesora 2, ellos dicen cuando les decimos que vamos a proyecto hombre `pues ya te van a hablar otra vez de las drogas y no sé qué, pero en realidad cuando hablamos con Belén es que hablamos de todo, entonces para mí aparte de que se hable de drogas, de alcohol, yo creo que es como una terapia, una escapada vienes con ilusión no sé qué, te sientes arropada, tus problemas no son solamente tuyos en fin; a mí me ha servido para eso.

Madre 2: Bueno más que arropada, nos sentimos que no somos raras, que cuando te juntas con padres parece que eres tú sola. El problema no es que yo tenga el problema, sino que eso está ahí, la droga está presente, yo no sé si lo voy a tener o no, si mi hija va a caer, no sé es como si tú eres la rara y te sientes muchas veces fuera de .., te quieren vender que todo es normal, pero tú dices que no es normal, que esto que está pasando no es normal no es lógico o ellos tienen una edad que no es esto, pero lo demás estás muchas veces en un grupo que dices yo es que soy de otro

mundo... o no sé. Y eso cuando vienes y hablas y ves que no eres solamente tú, sino que hay problemas y todas esas cosas pues dices, pues cuando sales te sientes bien.

Profesora 3: Yo voy a ratificar un poco lo que ha dicho mi compañera pero yo lo quiero enfocar desde dos puntos de vista por un lado como profesora, como nos hemos llevado con nuestros alumnos y como por otra parte, al principio asistíamos a las reuniones con los padres, pues como yo también desde fuera he visto actuar a los padres y he visto comportarse a los padres en estas reuniones.

Desde el punto de vista de los alumnos del programa, creo que un programa bastante bien estructurado por lo que decía mi compañera porque aunque en primero no se le daba tanta información sobre droga, que a veces ese querer dar a conocer parece que incitaba más a ellos el saber y el..., entonces a ellos se les hablaba como más levemente. En segundo se empezaba más a dar información y en tercero y cuatro descubrían que no íbamos a seguir hablando de droga ni de alcohol, sino que íbamos a hablar de asertividad, de habilidades sociales, de autoestima, de tiempo libre; entonces ellos descubren ya que cuando van creando su personalidad son capaces de enfrentarse pues quizás a esos problemas de droga, de alcohol o de otras adicciones; ese en el aspecto de los alumnos no?

Ahora con el aspecto de las reuniones con los padres pues las primeras reuniones antes de que llegara Belén, yo recuerdo la primera reunión con Pepe que hablaba de crear un clima con los padres de relación y de colaboración, que yo creo que es lo que siempre ha conseguido Belén con los padres; es decir, cuando ha habido una reunión con los padres se ha conseguido ese clima de relación y de colaboración porque ella recuerdo en concreto unas palabras, de las primeras reuniones que las tenía escrita, "el programa Entre Todos es Entre Todos" es decir, padres, técnicos, agentes sociales, profesores, amigos de la calle..., o sea que fuera un programa donde colaboraran todo tipo de personas: En realidad ellos (los alumnos) están en contacto con todo tipo de personas, bueno pues entonces recuerdo eso en concreto. También que siempre se ha invitado a los padres a la comunicación fluida que es lo que ellas hablaban (madres), decían es que venimos aquí y nos sentimos que esto les pasa a otras familias y eso se consigue gracias a esa comunicación fluida que logra quizás Belén o el técnico cuando acuden los padres a este tipo de reuniones del programa. También ha insistido mucho Belén en las reuniones con los padres en, y ya acabo, en conseguir y crear esa comunicación en familia que a veces falta esa comunicación en familia; es decir, el hablar estos temas a veces parece tabú en familia, ella lo graba con alguna dinámica o con algunas técnicas que se consiguiera esa comunicación en la familia ya en casa porque recuerdo que en el programa en los

primeros cursos (en 1º y 2º) había unas fichas que tenían que rellenar en familia, entonces eso ya les sentaba y les daba pie a charlar con ellos.

Orientador: Yo añadir más bien poco, que lo que más me llama la atención es el fomento de la comunicación que hay, de hecho las sesiones conjuntas que hay padres e hijos yo motivo mucho a...

Madre 1: Es que son geniales para mí, para mí son las mejores. Yo vine la semana pasada con mi hijo chico y...

Orientador: Es que rompe barreras y acerca posturas no? Yo cuando voy por las clases que hay una reunión conjunta y reparto las citaciones, yo les digo que esto os interesa mucho. Vosotros (hijos) mucha distancia y muchas barreras con los padres y ellos con vosotros, es un punto de encuentro en donde los vais a entender mejor a ellos (padres) y ellos a vosotros (alumnos) y vais a salir beneficiados todos. El problema es que la gente está muy «pillá» y vienen los que pueden o los que quieren hacer un esfuerzo. Yo subrayaría el fomento de la comunicación que yo creo que es fundamental, pues si en el seno de una familia hay comunicación, yo creo que se es más feliz, todos pretendemos ser un poquito más felices eso por una lado.

Por otra parte, cosas que impactan, como tú decías, unas dinámicas están muy bien hechas, por ejemplo es famosa la del tabaco en primero que con una botella, el algodón, una boquilla, la botella que fumaba, entonces no es el mismo rollo que me cuentan siempre los mayores. Pero cuando tú tienes la boquilla con la botella y como se pone negro aquello y demás les impacta mucho, entonces la dinámica.

Madre 3: Yo lo que quiero comentar que Belén me ha ayudado mucho es el aspecto, aparte de cuando hemos hecho un grupo, luego yo hablé con ella un día que me la encontré por el patio, el no preocuparme tanto de mi hijo, yo me preocupaba en exceso de mi hijo, entonces creaba una situación que estábamos todo el día discutiendo, entonces dejarlo un poco más al niño, siempre pendiente de él por supuesto, pero no preocuparme tan exceso como yo me preocupaba y eso me ha ayudado mucho Belén a hacerlo con los grupo y con las reuniones estas del programa que hemos tenido.

Moderador: Precisamente de eso que tú hablas por ahí va la segunda cuestión en la que bueno hemos constatado en los cuestionarios que efectivamente el programa favorece la Maduración de la personalidad de vuestros hijos y también de los padres y de los profesores aquí; es decir, aquí maduramos todos; también la autoestima la seguridad: es decir, decías (a una madre) ahora me siento más segura de mi hijo, eso lo hemos constatado en el cuestionario, la seguridad de todos los participantes no solamente de ellos (alumnos) como principales beneficiarios, sino

también de los padres y de los profesores que colaboran. Vamos a lo mismo, eso es la constatación, eso lo estáis diciendo, pero nos gustaría que nos dijerais también que tipo de dinámicas que ha desencadenado el programa han ayudado a eso, han ayudado a que madure la personalidad, a que se refuerce la autoestima y a que la seguridad en sí mismos haya crecido. No el programa en general, antes habéis dicho muchas bondades del programa, sigamos profundizando en las bondades del programa, esas bondades que hayan podido servir especialmente para esto, muchas serán las mismas que habéis dicho antes pero intentar sacar ahora alguna más u otras, lo digo para seguir entrando un poco a fondo en el alma del programa, sé que es difícil pero es un esfuerzo de adentrarnos en detalles, cosas concretas del programa que puedan darnos sentido para reforzar tanto la autoestima como la personalidad y la seguridad en sí mismos.

Orientador: Por ejemplo un tema de segundo que también se trata en primero es el tema del aprendizaje, es decir los pasos que deben tener en la toma de decisiones, decisiones en todos los ámbitos de la vida en la decisión académica, pero puede ser la decisión sobre una pareja, o puede ser la decisión sobre cuarenta mil cosas. Entonces yo creo que eso ayuda a madurar el hecho de ver ese proceso de toma de decisiones.

Moderador: Seguro, seguro. Más ideas.

Técnico de Prevención: Yo resaltaría la de tercero de la eso, que yo no sé si vosotros os acordáis, que se trabajaba el yo, eran distintas figuritas o patatas y daba formas y posturas, uno llevaba una losa, otro estaba tiritando o el otro estaba haciendo no sé cuánto... Por esta actividad destacar dos cosas, la percepción que cada uno tiene de lo que realmente sucede en cada una de esas viñetas y por otro lado, a lo que me quiero convertir, a lo que quiero llegar a ser y como me estoy sintiendo en ese momento; eso compartiéndolo en grupo hace que veamos las diferencias que tenemos cada uno y que es lo que necesito mejorar o que necesito cambiar. La verdad que a mí es la que más me gusta para trabajar con ellos en tercero de ESO el tema de la autoestima; yo no sé a ellos (alumnos) pero a mí es la que me encanta.

Moderador: que lo digan ellos. Te acuerdas así de alguna dinámica interesante que te sirvió para madurar o para cambiar

Alumna 1: La verdad es que yo llevo poco tiempo aquí y creo que yo no hice esa dinámica pero...

Orientador: bueno esa dinámica es de tercero y todavía no la has hecho

Profesora 2: no te acuerdas de la lámina esta?.

Moderador: te acuerdas de algo, alguna actividad, de algún momento donde te sirvió para madurar interiormente o para reforzarte a ti misma

Alumna 1: aquí en el colegio o fuera. Ah pues una cosa que me hizo madurar fue el temático de la agresividad que me hicieron hacer porque yo me peleé con una muchacha y eso, me hicieron hacer un temático, me hicieron repetirlo un par de veces porque sabían que podía dar más de mi hasta que llegue al tope de hacerlo lo mejor posible y al escribirlo me di cuenta de bastantes cosas y bien.

Moderador: ese tipo de técnicas las harías con algún amigo o conocido? Te animarías?

Alumna 1: Los temáticos?

Moderador: Lo harías o lo ves complicado? Serías capaz de hacerlo?

Alumna 1: la verdad es que no. Si lo haría

Moderador: seguid hablando que yo no debería hablar, pero bueno..., os acordáis de alguna situación más

Profesora 3: Yo recuerdo vamos a ver, la técnica del rumor suele funcionar que se pone un texto, se sacan a varios alumnos fuera, se plantea un texto y ahora uno se lo tiene que ir contando al resto, y entonces es como iban cambiando del primer texto hasta llegar al último como iba cambiando la información, como iban transformando la información.

Esa suele funcionar donde ellos se dan cuenta que las cosas no son como parecen y que las cosas que les cuentan no son todas verdad entonces empiezan a darse cuenta de qué es lo importante. También hacemos en cuarto la de mis amigos y yo, aunque nos lleva muchas sesiones por los menos tres o cuatro sesiones, pero también da pie mucho al diálogo con ellos porque cada uno reconoce el rol que tiene dentro de la pandilla, y no solo se trabaja el rol de la pandilla, sino que también sus primeras relaciones afectivas y con los amigos, tema de tiempo libre, drogas. Es decir, es que se toca como un resumen de todo lo que han ido trabajando a lo largo del programa desde primero a cuarto de ESO. Eso recuerdo en concreto con alumnos, aunque a lo mejor ahora salen más, que también me resultaban curiosas. Pero también recuerdo algunas técnica que Belén ha trabajado con los padres, entonces me llamaba la atención un año que se trabajó la autoestima con los padres, ella les preguntaba a los padres que cómo le explicarían lo que era la autoestima a alguien y que les pusieran algún ejemplo de cómo mejora la autoestima en el otro de manera que también lo fomentarán dentro de la familia y aumentar la autoestima dentro de los miembros de la familia. En la misma reunión se llevó el tema de la autoestima hacia las habilidades sociales y Belén planteaba el tema de las etiquetas de las personas.

Madre 1: Eso lo trabajó el otro día

Profesora 3: vamos supongamos que uno tiene una etiqueta “soy agresivo” y los demás a la hora de dirigirse a esa persona debían dirigirse sabiendo que era agresivo, con esta hay que tener cuidado porque anda mira como es.. Entre las etiquetas recuerdo lo que había soy tonto, soy gafe, dame siempre la razón, ignórame, soy gracioso...; y ahora cada padre tenía una etiqueta y teníamos que dirigirnos a esa persona según la etiqueta que tenía puesta. La conclusión es que si existían etiquetas familiares, cómo influían en la relación con los hijos el tema de las etiquetas y el tema de la autoestima: Cuando una madre decía este es más torpe que el otro pero trabaja más, este es... y ponemos etiqueta en nuestros hijos.

Moderador: Entonces esa técnica tú crees que... les ayuda a reforzar la autoestima, la seguridad y la maduración...

Profesora 3: A los padres les ayuda a trabajar la autoestima, la seguridad y la comunicación por supuesto.

Madre 1: Yo iba a hacer referencia a esa técnica porque tuvimos una reunión el miércoles pasado con los niños trabajamos esa técnica. Cada uno era un rol, salieron padres e hijos; los padres que salieron tenían que adaptarse a la edad de los hijos, es decir, tenían que hacer que tenían entre 12 y 13 años y, la verdad es que te hace ver las cosas de otra manera porque salió una madre que directamente tuvimos todos que empezar a decirle que ahora mismo tienes 12 años, tú no puedes razonar como una persona de tu edad ahora mismo. Sí que es verdad que en esa sesión se trabajó la autoestima, las habilidades sociales y salimos muy bien. Yo lo que sí me di cuenta es que muchas madres, y digo madres porque somos la mayoría las que venimos, nos confundimos mucho con la autoestima y el estado de ánimo, nos lo aclaró y yo creo que nos sirvió bastante y salimos muy bien.

Moderador: Al hilo de lo que habéis dicho, ahora mismo nos planteamos una cuestión extraña, digo extraña porque nos gustaría saber si nos la aclaráis. Evidentemente el cuestionario, y los chicos y las chicas lo dicen en el cuestionario, resaltan la importancia que tienen los padres en esa concienciación preventiva, es decir, responde que vuestro papel (madres) es importante; pero curiosamente cuando se les dice a los adolescentes se les pregunta por el papel que tiene la familia lo disimulan. Es decir, por qué parece que sí que tienen claro vuestro papel pero a la hora de declararlo no lo declaran. Hay una especie de laguna.

Madres y profesores: yo no lo he entendido

Moderador: Bueno... A ver Belén os lo puede explicar mejor

Técnico de prevención: Vamos a ver, cuando a los chavales por ejemplo, una de las preguntas del cuestionario es que tienen en cuenta que vosotros como padres sois importantes para plantear cuestiones que suceden en su vida etc., pero a la hora de contestar una vez que ha pasado el programa no ven esa necesidad de tener que estar siempre pendientes de lo que vosotros, como padres, les decís, tener conexión con vosotros, de plasmar que vosotros sois importantes para estar con ellos pendientes en la edad en la que están; sobre todo vosotros (alumnos presentes) que sois más mayores vale?? Los cuestionarios que se os hacen a vosotros (alumnos) sale que tenéis en cuenta que los padres son importantes pero no tanto. Entonces lo que nos preguntamos es por qué decís eso cuando la realidad pensáis que sí, pero cuando tenéis que poner una X, la pongo en la que no, que considero que no es importante; lo que no nos llega claro es el por qué dice eso.

Madre 1: Por sus colegas, por la edad que tienen está claro. Es decir, mi hijo no reconoce las cualidades, en este caso de su padre por ejemplo, ni va a reconocer muchísimas cualidades de su padre donde tiene razón, sin embargo, luego hablas voy a poner un ejemplo con su tutora; es decir, le dice la tutora al padre tu hijo está orgulloso de ti; su padre responde qué de mí?? Eso es imposible porque dice todo lo contrario en casa. Es decir, cuando por ejemplo, yo le digo a mi hijo voy a ir a una reunión de Proyecto Hombre de no sé qué, no sé cuánto, mi hijo me dice otra vez y porque no se lo comentáis a otra gente...que yo no voy a esto que yo no voy a ..., pero luego yo creo y él lo ha reconocido que cuando algunos padres son mucho más permisivos con los hijos en temas de horarios, en tema de todo, acaba mi hijo diciendo yo no sé los padres de fulanita como no controlan al niño porque el niño está..., tú dices como padre... ufffff. Entonces yo creo que es la edad, su rebeldía, pero yo creo que ellos si saben claro que aunque protesten las normas son buenas, saben que tú estás ahí y te preocupas, algunas veces pecamos de demasiada preocupación yo lo reconozco, pero en el fondo yo creo que ellos se sienten un poco satisfechos y seguros porque cuando tu hijo mismo te dice que los padres de fulanita no están controlando al niño, dices pues mal muy mal no estoy haciendo las cosas no???, Aunque perfectos no existe nadie.

Que digan los alumnos que tienen la edad.

Moderador: Y vosotros (alumnos) qué pensáis?

[Todo el grupo: mira a los alumnos para pasarles el presente de responder y todo el mundo se ríe...]

Alumno 2: sobre la importancia de los padres, en parte es lo que ha dicho Belén, es como que si lo tuviéramos muy visto, o sea , lo vemos como algo normal que

nuestros padres estén encima nuestra, encima de las decisiones de que, estamos tan acostumbrados de lo que diga para saltar, que a veces no los estamos escuchando. Entonces a veces llega un profesor que tiene confianza contigo y te dice bajo su experiencia, a lo mejor lo mismo, pero la predisposición es diferente. Es decir, vamos a ver lo que me dice porque me puede servir de algo lo que me diga, vamos a enterarnos, pero después yo decidiré. Pero muchas veces estamos acostumbrados a que nos dicen algo los padres y ya no les escuchamos, aunque después sea lo que suceda pero después decimos que no.

Profesor 2: Nos hacen más caso a nosotros que a los padres.

Profesor 1: eso lo dicen los padres muchas veces

Profesor 3: En las reuniones nos lo dicen los padres, habla con mi hijo que a ti te hace más caso que a mí.

Madre 1: yo creo que es así totalmente.

Moderador: Tú también lo ves así?

Alumna 1: Yo no que sí. Yo creo que los padres son importantes, personalmente yo me refiero a que como soy con la gente de la calle, sabes a lo que me refiero? Es decir, la capacidad de dejarme influenciar por las personas de la calle, me entiendes, mis padres pueden estar muy encima de mí pero si yo me dejo influenciar por cualquier persona que se me pase por el lado pues, mi madre esté encima o no esté encima pues yo puedo consumir o puedo llegar a consumir igualmente.

También que si tus padres tienen un poco de pasotismo hacia ti, pues sí que veo más frecuente que consuman porque buscan el cariño que les falta en el hogar, lo digo por mi propia experiencia.

Madre 1: es que yo creo que tan falto es el exceso como el defecto de dejar de preocuparte, y es verdad que yo como madre lo veo en algunos padres, que a lo mejor lo hacen inconscientemente, o a lo mejor piensas que lo estás haciendo bien y lo estás haciendo mal. La verdad que el tema de las drogas y el alcohol, aunque el alcohol es una droga, la mitad de las personas y los padres no lo ven como droga, pero el alcohol es un grave problema, y somos más tolerantes y permisivos a la hora del alcohol que por ejemplo consumir otro tipo de sustancias. Entonces yo creo que tan malo es la frase niño no, niño no... como decir bueno tú verás lo que haces no?

Madre 2: Yo creo que ellos necesitan un referente, lo que pasa es que no debemos de pasarnos. La línea esa está un poco muy oscura, no sabes hasta cuando puedes, no sabes si te está pasando o es por la edad o están las cosas, es como todo, el tema salidas, cosas que quieren hacer ya y tú dices pero bueno, vienen y te dices



es que los niños de esta generación es que están adelantados. Vamos a ver están adelantados porque nosotros se lo estamos permitiendo, no tienen que ir adelantados tienen que ir con su edad. Es lógico que a lo mejor existan ahora otras cosas, otras vivencias que nosotros no hemos tenido pero no por eso tenemos que ir adelantando que con 15 años parecen que tienen 18 años..., y yo creo que ellos necesitan también esas normas y esos límites.

Moderador: Esos referentes?

Madre 2: Sí. Están mucho más, yo creo que se sienten mucho más seguros que cuando les da igual o cuando incluso se los das con cariño, si se sienten mucho más acogidos...

Moderador: Tu hablabas un poco de los contenidos del programa, se resaltaba el tema de los contenidos. La cuestión siguiente, ya estamos en la recta final, habla un poco de cómo el programa parece que es especialmente efectivo a la hora de sensibilizar sobre las características y riesgos del cannabis y sus derivados. Parece que es uno de los puntos fuertes que los alumnos reconocen en los cuestionarios. Entonces lo que nos gustaría saber es por qué creéis que el programa es tan eficaz en ese campo de informar sobre el cannabis? Resalta que es el aspecto que más les ha calado en cuanto a información. Nos gustaría saber un poco el por qué?. ¿Creéis que se cuida especialmente la información en ese apartado o es no sé...Qué razones puede haber detrás de esa supuesta eficacia en ese aspecto, en ese apartado. Hay alguna razón que me gustaría conocer...

Profesor 2: El recoger falsos tópicos, falsas creencias que hay sobre el tema, eso lo recoge el programa. Entonces eso les llega a los alumnos, se dan cuenta realmente de lo perjudicial que puede llegar a ser ese tipo de droga.

Moderador: Es decir, descubren la dureza de los efectos

Profesor 2: Eso es. Es decir, los efectos tan negativos que tiene ese tipo de droga, yo creo que les llega; a través de ejemplos, casos...

Madre 3: El trabajar con ellos antes de que ellos sepan algo sobre la droga, empiezan en primero de la ESO.

Orientador: sustancias es en 1º ESO

Madre 3: Entonces como se habla de sustancias en primero de la ESO y como ellos no tienen tanta información de eso pues todo lo que se les diga, ellos lo ven como novedoso, lo acogen con ganas.

Madre 1: Yo creo que a ellos le llaman tanto la atención, han hecho tan buen..., lo han cogido tan bien porque el cannabis, el canuto, el porro o como se quiera, está más en la calle; ellos lo ven más, yo creo que ellos a una edad determinada pensaban

que eso era como un cigarro y que no pasaba nada y yo creo que estaban un poco perdidos.

Aunque les hables en casa, lo que tú le comentas del tema, pero no es lo mismo que un proyecto así que coge y sabe de lo habla. En realidad yo creo, que a muchos le abren los ojos de la realidad a muchos le abre los ojos luego de los efectos secundarios que tienen.

Profesor 2: Se asustan, les dices consecuencias a corto plazo y a largo plazo, eso ya les llama más la atención.

Madre 3: Les llega la información, cuando a ellos les dan la información todavía no están en la calle digamos.

Alumno 2: Yo con todo lo que habéis dicho, yo creo que es cuando nos dan algo novedoso; si lo escuchara ya lo he visto, ya estoy por la calle, ya he visto, o lo haces con nuestra edad dice que me vas a contar tú que yo no sepa; pero como lo escuchas en las tutoría donde no tienes ni idea, nos asustan y tú todavía no lo has visto pues escuchas.

En primero por ejemplo, que todavía no sabes nada y te cuentan, lo primero que te cuentan ya es negativo pues como que te echa para atrás.

Madre 1: pues después será como todo, niños que lo tendrán más cerca y niños que no lo prueben.

Orientador: si es que además la información sobre alcohol y tabaco, la están oyendo toda la vida; sin embargo, esto es lo que estáis diciendo es novedoso y además llama la atención. Además hay más expectativas.

Profesor 2: desconocen bastante el tema

Madre 1: somos menos permisivos en ese tipo de drogas que en las otras, por ejemplo yo.

Profesor 2: ellos le tienen menos miedo a estas drogas (alcohol y tabaco)

Madre 2: claro eso pasa como en los asunciones publicitarios, te sale el anuncio de una bebida alcohólica y parece que es el no va más y no ves a nadie fumando un porro, etc...

Madre 1: Porque cuando yo tenía 15 años que iban a los rincones oscuros a fumarse un canuto, y ahora se los lían en la calle y al lado tuya. Es decir, que el tema de prevención en unas edades tempranas es buenísimo aunque a ellos les coja en un ambiente en el que no ha llegado aún, porque si tú te mueves por un ambiente por donde eso fluya pues cuando menos acuerdes en vez de estar fumándote un fortuna te estás fumando un canuto.

Alumna 1: Yo creo que esa droga es la más los jóvenes consumimos y más... es porque es la que más normalizada tenemos. No asusta como si fuera la cocaína, que está más más uno....Sabes lo que te quiero decir...

Orientador: La facilidad de conseguirla

Alumna 1: conseguirla es mucho más fácil que, puedes salir del colegio y tienes lo que quieras o incluso en el colegio. Es súper fácil conseguirla, es barata y te da pues no sé..., efectos digamos buenos

Orientador: Inmediatos

Profesor 2: A nosotros nos tienen como referentes los alumnos. Es decir, nosotros les decimos yo no consumo drogas. Ellos te ven como un modelo, pues si tú le pones tu ejemplo, los alumnos lo asimilan mejor, lo entienden mucho mejor.

Profesor 3: para mí eso a veces ha sido un problema, quiero decir, en segundo de eso se habla de....

[Todo el grupo de ríe de comentario]

Profesor 3: vamos a ver yo lo paso mal a veces en alguna tutoría de estas porque hablan del cannabis ya en segundo, he confirmado que era en segundo, y hay a veces alumnos que preguntas cosas que yo no sé responder palabra de honor. Entonces llega un momento que necesito un curso intensivo antes para poder explicar esto. Y ya de drogas de diseño, el cannabis te lleva a otro tipo de drogas que yo es que se me escapan estas cosas ya..., bueno por suerte creo, pero a la hora de no consumir nunca yo que sé, me preguntan cosas que a veces la verdad digo es que no te puedo responder, sobre todo otro tipo de drogas. Entonces no sé yo si necesitamos un cursillo intensivo de esto.

Profesor 1: de acuerdo un poco con ella, si he constatado en clase que los alumnos que el alcohol y el cannabis lo tienen casi a la misma altura. Entonces le impacta la información más porque es la droga que tienen más cercana a ellos y el resto las ven como lejanas. Cuando alguien dice este toma pastillas, ellos dicen uff... y se escandalizan.

Sin embargo, el que se fume un porro no pasa nada, entonces se les presenta la información de que esto que tú crees que no pasa nada y que está al alcance de tu mano y está de moda es esto... Yo también valorar las charlas que Belén ha tenido con los profesores precisamente para informarnos de todas estas cosas porque desde luego había charlas en las que yo llegaba a mi casa diciendo..., es que yo desconocía por ejemplo, esta canción a los alumnos se les está incitando un poco al consumo y nosotros estamos bailándola con ellos, y no sabemos exactamente lo que dice. Entonces ese tipo de formación sí que quería valorarla positivamente y que nos ha

respaldado a nosotros un poco a la hora de preguntas o de tratar en clase estos temas en los que ellos nos tienen como referente y nosotros estábamos más bien pez en estos temas.

Moderador: La última cuestión que vamos a plantear es algo que ya no está dentro del programa, es decir, son carencias que todos somos conscientes que tiene el programa y es en lo relativo a tratar, por lo menos en los manuales, en los materiales didácticos, no aparece claramente, ni clara ni no clara, lo que es las tendencias adictivas a las tecnologías digitales (videojuegos, redes sociales, móvil..) que son las adicciones de la sociedad del conocimiento, la sociedad de la información, las “tecnoadicciones”. Hemos comprobado que en las sesiones con los padres, en las sesiones de debate, el tema aunque no está tocado de manera oficial, sí que ha salido.

Lo que os preguntamos es que si creéis que estas nuevas adicciones deberían de reflejarse en los propios materiales y si sugerís algún tipo de dinámica, de fórmula de cómo podían insertarse estas nuevas adicciones, estas nuevas señales de alarma en “Entre Todos”. Están ahí y vosotros las habéis sacado en las dinámicas tanto con padres, como con profesores como con los propios responsables del programa. Primero si consideráis importante estos temas y darnos sugerencias para poder incluirlos, alguna fórmula... para incluirlo dentro del propio plan de “Entre Todos”.

Madre 3: Yo pienso que eso se debe de introducir antes, cuando son más pequeños porque... Yo lo digo por la experiencia de mi hijo ya no coge el ordenador tanto como lo cogía cuando tenía menos edad, es decir, con 11 o 12 años. Y ahora al pequeño que tengo que está en cuarto de primaria es ahora cuando le está empezando a llamar la atención. Yo creo que de introducirlo debería de ser en niños más pequeños.

Orientador: En el primer curso de ESO

Madre 3: Tema tuenti...

Madre 1: Yo creo también que dando mucha información a los padres porque por ejemplo, en las casas en las que los padres estén informados sobre las cosas de Internet, tuenti... vamos lo que son las redes sociales en general, tu puedes ir ya un poco barajando a tu hijo ya ..., en la medida que puedas no?. Pero hay muchas casas en las que están perdidos, no ponen normas, que creo que son fundamentales en todo y entonces piensas que da igual que tu hijo esté cinco o seis horas conectado en el ordenador. Yo creo que una parte fundamental sería enseñando a los padres, de hecho nosotros fuera de proyecto hombre hemos tenido en el colegio una escuela de padres sobre redes sociales y la verdad es que.., necesitamos saber...

Madre 3: hay muchos que no tenemos ni idea.

Madre 2: Yo creo que es necesario concienciar a los padres de que eso es un problema porque a un niño para la comunión le estás comprando un móvil

Madre 1: Y no es sólo por el regalo en sí, sino que hay muchísimos padres que no ven el problema que esté su hijo una hora delante del ordenador o de que esté en la calle y esté continuamente con el móvil en la mano. Ya no es sólo problema de los niños, sino que el problema de la adicción a las redes sociales lo tienen los adultos si tú vas observando... Este fin de semana mismo, estaba en un restaurante y había dos parejas estaba un chaval con el ipod en la mano todo el rato y tenía 30 años, vamos que estaba bastante informado, mientras la novia al lado. Es decir que, no mira ni a la novia.

Profesora 3: Yo la punta que podría decir es que yo a los alumnos los veo adictos a los móviles; en concreto ha sido una generación de ahora porque nosotros (hay diferencia de edad, pero no hay tanta) no me considero adicta al móvil.

Yo creo que se debería enfocar desde dos puntos de vista, a los padres, como que tienen que exigirnos más sobre estas cosas, y a los niños, que primero para ellos sigue siendo necesaria la comunicación porque están todo el rato comunicándose con el móvil, con el Messenger, con el tuenti... Entonces tienen que entender que la comunicación es importante pero que hay otras maneras de comunicarse que no son sólo los medios digitales. No sólo eso, es trabajar el tema de la comunicación con ellos pero también trabajar la pérdida de intimidad el que está conllevando el que sean adictos a este tipo de cosas, desde hay es desde donde yo creo que debería de enfocarse. Yo tengo un montón de videos que hablan sobre esta pérdida de intimidad que son buenísimos.

Entonces ya que se hablan de estas nuevas tecnologías, quizás que no se trabaje siempre todo en papel, sino que a veces algo impactante, una imagen, un video de Youtube.

Moderador: Y vosotros como lo veis? (refiriéndose a los alumnos).

Alumno 2: Yo voy a llevar la contraria en este caso a los padres.

Es verdad que ellos son los que tienen que estar informados, los que pongan las normas y en cierto modo decidan, pero tú estás conectado, o digamos en ese mundo, tú en tu casa te sientes que tienes acceso a todo, por mucho que te digan que no, tú vas a tomar la decisión. Entonces aunque te digan que no, si tú quieres te vas a llevar por bien, mal... vas a llegar donde quieras con buenas o malas intenciones...

Orientador: Pero eso

Madre1: Pero si tu madre y tu padre están informados, y tu madre y tu padre te han aconsejado, no ahora sino desde pequeños lo que está bien... a ver si me entiendes

Cuando yo dejo a mi hijo que salga a la calle, en la calle hay muchos peligros..., pero yo le tengo que decir los peligros que hay en la calle. Tienes que ir educándolo o enseñándole lo que está bien y lo está mal, por supuesto tu detrás de él en la calle no vas a estar, por Internet...

Por lo tanto, si los padres no estamos informados y no sabemos lo que hay en internet...

Orientador: Deben de darse las dos cosas

Alumnos 2: Si es verdad las cosas, pero nosotros necesitamos saber lo que me voy a encontrar en la calle, por lo que lo más importante no es informar a los padres, sino que a nosotros nos enseñen que hay en la calle y que puede pasar.

A mí por mucho que mis padres me puedan decir lo que pasa, etc..., si yo no sé los riesgos que puede haber para mi persona, para mi intimidad...

Entonces a mí lo me parece más importante es que estemos informados nosotros primero y a raíz de ahí que los padres también estén informados, pero que nosotros sepamos lo que tenemos entre manos porque es más importante saber lo que estoy manejando que...

Orientador: entonces también educar en la responsabilidad, tu ahora porque eres más mayor etc. Pero cuando eres más pequeño tu padre tiene que saber que por ejemplo, pueden poner un control parental en el ordenador, que sepa que existe esa herramienta porque no te podría controlar.

Por ejemplo, la ubicación del ordenador en casa, no es lo mismo tenerlo en el cuarto que está cerrado y allí no te controla nadie que estar en el salón.

Madre 1: Eso le hice yo caso a Belén y llevo muchos años con el ordenador en el salón.

Orientador: Conforme el chaval va creciendo y va madurando ya a lo mejor. Igual que en otros ámbitos sólo se le deja salir a la tienda de al lado y se está mirando por la ventana y cuando va creciendo se le va dando más libertad.

Madre 3: yo siempre he tenido el ordenador en el salón y este año ya le hemos comprado el portátil y ahora no se sienta en su cuarto con el portátil, ahora viene y se sienta en el salón con él. De chico siempre me pedía, yo quiero un ordenador en mi cuarto..., ya ahora ya con la edad que tiene ya lo usa delante nuestra. El pequeño es el que quiere el portátil en su cuarto, entonces yo digo que es de más pequeños cuando hay que empezar a trabajar estas cosas con ellos.

Moderador: La última pregunta es que el programa contemplara en los primeros momentos, en las primeras etapas este tipo de informaciones de lo que suponen las redes sociales, la pérdida de intimidad...

Madre 1: Yo creo que a ellos también les ha pillado un poco de sopetón ...

Alumno 2: si es verdad que a nosotros nos ha pillado un poco fuera de juego. Los niños de ahora tienen más información y nosotros nos ponemos a decir que me vas a contar tú a mí que yo no sepa de esto, pero es necesario escuchar y dejarnos un poco aconsejar. Entonces yo diría que deberían educarnos a nosotros, educar a los demás y nos enseñen a comunicarnos para decirles a nuestros padres mira lo que estoy haciendo que no es nada malo. Es decir, educar desde lo positivo.

Moderador: solo hablamos de adicciones a las nuevas tecnologías, redes sociales, tuenti, y no aparece nada de videojuegos... Es qué están desbancando las redes sociales a este tipo de juegos?

Alumno2: Un poco sí.

Madre 3: Yo tengo la maquina allí sola

Orientador: Yo hablaría de todas las adicciones a Internet, ludopatía...

Madre 1: Ese tema de la ludopatía es punto y aparte porque hay una liada con el tema del póker por Internet que no sé qué y no sé cuánto que....

Orientador: Es decir yo tocaría todas las adicciones y empezaría en quinto de primaria que es donde empieza el programa, cuarto serían demasiado pequeños y ahí paralelamente es fundamental que se trabaje bien el material.

Todos saben que en vez de ser Belén es Pepito Pérez el éxito del programa sería otro.

Madre 1: el éxito del programa es Belén.

Orientador: aprovechando que no está delante, es una persona que transmite, que es cercana, y es una persona que aporta soluciones a los problemas que tenemos y que nos sirve.

Madre 2: Y que te mira a la cara y sabe cómo venimos

Orientador: es el contenido, y es agradable escucharla...

Madre1: y además nos escucha

Orientador: si viene otra persona a lo mejor sabiendo lo mismo no transmite y en ese sentido es lo que tienen más fuerte programa. Yo estoy temblando el día en que se nos vaya no?

Madre1: Que dure tres años más que terminen nuestros niños...

Orientador: Es fundamental la persona técnica y después la formación del profesorado porque en definitiva, Belén viene sobre todo para las familias y para

algunas sesiones conjuntas, pero el que tiene que dar esto a los chavales son los profesores. Podemos encontrar excelentes profesores motivados que no solo miran la ficha y se la dan, sino que se preparan la actividad, investigan, tal y cual. O te puede tocar gente que por circunstancias que se tienen que dedicar a otras cosas y si puedo dar la ficha la doy y si no pues. Entonces la formación del profesorado es tanto los de primaria que esto les viene nuevo y muchos dicen si son muy chicos para hablar de estas cosas..., pero mire cuando un especialista nos dice que esto es lo que debe de tratarse pues hay que hacerlo. Usted será autoridad en la docencia de las matemáticas pero no en prevención. Entonces son muchos ámbitos a trabajar.

Madre 3: Los profesores de matemáticas están muy motivados.

Orientador: También tiene que ver con tema de edad, no está igual de motivada una persona ante algo nuevo que tienen cerca de 60 años que otra que tiene 30.

Madre 1: Lo que pasa, es que la verdad, y nos vamos a meter todos es que...

Moderador: se refiere a la madre 1: tú has realizado una declaración de amor hacia el programa de que no te lo quiten.

Madre 1: Yo tengo un amor - odio, me voy muy bien pero después voy a casa con remordimientos de conciencia porque yo hago propósito de enmienda todas las mañanas pero no lo consigo. Bueno hay días que lo consigo y días que no lo consigo.

Moderador: ¿Habéis echado algo de menos en el programa aparte de las adicciones a las nuevas tecnologías?

Madre 1, 2,3: Si más participación con los padres.

Moderador: pues vamos soltar eso que es importante

Madre 1: Yo no creo que el programa esté mal para que los padres no vengan, sino que los padres pensamos que lo sabemos todo y que no nos hace falta que nos expliquen nada.

Moderador: O sea, planteas más tiempo de sesiones con los padres?

Madre 1: No, más participación de padres

Alumno 2: Motivación de los padres

Madre 1: Motivar a los padres.

Madre 3: Eso no tiene motivación ninguna.

Madre 2: Es tener conciencia de lo que se hace.

Alumno 2: Yo creo que no se puede tener conciencia de algo que no conoces: es lo que estamos diciendo, no te pueden motivar vale pero tú...

Madre 3: Pero es que si no vienes, tú no puedes empujar a ningún padre, a los niños bueno, pero a los padres no.



Orientador: Es verdad que hay personas que no pueden venir porque trabajan, bueno, los que están trabajando evidentemente... Y los que no están trabajando y que podían hacer un esfuerzo y no lo hacen, pero en fin.

Moderador: queridas madres, cómo os apañáis para poder transmitirle a vuestros queridos compañeros lo que vivís aquí? Porque eso es difícil de transmitir.

Madre 1: A mi marido por ejemplo?

Moderador: Sí.

Madre 1: Uy pero es que yo tengo un marido...

Moderador: que las vivencias que os lleváis de las sesiones, aunque las queráis transmitir no es lo mismo

Madre 1, 2, 3: No.

Moderador: Cómo lo intentáis? Lo digo porque los chicos recibirán probablemente un mayor acercamiento de los que venís al programa, de los que estáis con ellos, a los compañeros o compañeras que no vienen porque no pueden o por lo que sea... Se produce cierto desnivel entre el que está y el que no está? Cómo intentáis compensar eso?

Madre 2: Lo que parece es que porque tú vienes aquí es porque tienes problemas.

Moderador: Esa es tu percepción...

Madre 2: A ver si me explico, entonces tienes que ir un poco no sé, si se está tratando el tema de las drogas es que parece que tú tienes ese problema en tu casa.

Moderador: "Entre Todos" no es curativo, para curar están las Comunidad Terapéuticas que es otra historia...

Madre 2: Una de dos, los que no vienen es porque creen que ese problema no es suyo y los que venimos somos los que lo tenemos

Orientador: o no lo van a tener

Madre 2: O porque...

Madre 1: O porque es tan listo tan listo que...

Madre 2: yo que sé... es un conjunto de cosas, y muchas veces tienes que decir, vamos a ver que...

Moderador: cómo os apañáis para decírselo a vuestras parejas? De alguna manera para que la sensibilidad sea la más próxima posible a la de vuestros hijos, porque ahora hay un desnivel vosotras que estáis aquí al pie del cañón os vais limando y vuestros compañeros...Tenéis que hacer doble trabajo uno con vuestros hijos y otro con vuestros compañeros.

Madre 1: Pues yo estuve el miércoles en la reunión y cuando llegué a mi casa estaba mi marido y ya se lo conté todo.

Moderador: se te fue un buen rato para decírselo todo

Madre 1: Totalmente...La verdad que él lo que puede participar y sí que es verdad que está informado de muchísimas cosas cuando es de la reunión lo primero que hace es preguntar oye que habéis hablado esto y lo otro. El otro día que participó mi hijo el pequeño, pues yo le conté al padre lo que había pasado y lo había dicho mi hijo...

Moderador: Vosotros alumnos, ¿observáis la misma sensibilidad al abordar el tema de la prevención de drogas en los compañeros que sus familias se implican en el programa, que en los que no acuden?

Alumna 1: Hombre yo, por ejemplo, mi madre no viene aquí porque está yendo al centro pero desde que estamos en el centro yo he visto una comunicación mucho más... Es como que ella ha aflojado la cuerda, antes me tenía muy atada entonces yo lo poco que podía hacer lo hacía todo del tirón entiendes, sabes lo que te quiero decir?

No sé mi padre está cogiendo la cuerda ahora.

Moderador: Tu padre no viene a las sesiones del programa

Alumna 1: Si van, van los dos.

Moderador: Tu madre suelta la cuerda y tu padre la coge

Alumna 1: Claro, mi madre está soltando la cuerda porque me tiene muy atada, lo primero que hacía iba a por mí, lo más mínimo iba a por mí. Mi padre ahora está cogiendo más la cuerda, está dándose más de padre.

Técnico de prevención: Está sacando su autoridad

Alumna 1: Exactamente. A mi madre la veo más comprensiva, tengo más confianza con ella, ahora le cuento algunas cosas. Todavía me falta trabajar más la confianza con ella, estamos siendo capaces de mostrar nuestros sentimientos y...

Orientador: Pero es bonito escuchar eso...

Madre 1, 2 y 3: Se emocionan y sueltan algunas lágrimas.

Alumna1: También la satisfacción que tienes de esta semana he hecho esto, esto... y mi madre está así. Que tu madre llegue y te diga te valoro que me hayas hecho esto, esto y esto...Eso es muy bueno.

Madre 1: Totalmente, yo chilló mucho pero...

Alumna 1: Yo quiero deciros a las madres que intentéis valorar a vuestros hijos lo máximo posible, aunque sea lo más mínimo porque lo bien que tu hijo se va a sentir cuando su madre le diga te valoro esto, esto y esto... y un beso y un abrazo es no sé...; como que se va a sentir mucho mejor.

Madre 1: Tienes toda la razón, muchas veces pecamos de ser muy exigentes y luego no valoramos lo que tenemos en casa, cuando escuchas un testimonio de estos pues....

Nosotros cuando empezamos el tema de proyecto hombre es lo que dice Madre 3, vas a ir a eso si yo no tengo problemas en realidad de droga y..., la primera sesión cuando belén habla y empieza a decirte (hombre yo soy joven y salgo mucho, no tengo los ojos cerrados) lo que hay en la calle. Tú empiezas a decir con 12 años no puede haber aquello, se te escapan muchísimas cosas, es cuando en realidad tú te das cuenta lo que tienes en tu casa: es muy difícil valorarlo, y sí que es verdad que cuando tienes un hijo que te responde muy positivo tiendes a exigirle mucho.

Madre 3: Y a no valorarlo nunca. Esto es por costumbre y no hace falta

Moderador: echáis (alumnos) algo de menos en el programa, no sé porque... por vuestros intereses por vuestros problemas...Alguna dinámica que os hubiera gustado...

Alumna 1: Yo en muchas dinámicas no he estado porque yo llegue nueva el año pasado pero, en estos dos años he echado de menos la comunicación con tus padres y mostrar tus sentimientos a tus padres. Aparte de trabajar la autoestima y todo esto que lo valoro mucho, trabajar también ciertos aspectos de la autoestima como los aspectos negativos que tienes, los estados de ánimo en determinadas situaciones..., cosas así.

Moderador: Tus dudas, tus incertidumbres....

Alumno 2: al principio crees que eres tú solo, pero cuando lo hablas con los demás, ves que no eres tú solo. Muchas a veces a nosotros nos pasan eso, nos pasa algo y se nos viene el mundo encima porque no sabemos por dónde podemos salir ni a quién podemos acudir que me pueda ayudar con esto y descubres a persona que están pasando por lo mismo.

Madre 1: Crees que se van a reír de ti, te van a rechazar; pero en realidad encuentras que es lo contrario. Al contarlo te encuentras con persona que están pasando por lo mismo que tú.

Alumna 1: Lo que se quiere transmitir en los grupos del centro es que tú no eres un bicho raro y que tú puedes ayudar a otra persona contando tus circunstancias y él te puede ayudar a ti.

Moderador: Si valorásemos lo que personalmente ha ayudado el programa a cada uno de vosotros (mejorar vuestros estados emocionales, mejorar la comunicación familiar, etc.), ¿qué nota le pondríamos al programa de 0 a 10?

Alumna 1: Yo personalmente fuera de los pocos años en los que he estado yo le daría un 7 por lo menos. Me veo yo más madura, más responsable, más afectiva con mi familia.

Alumno 2: Yo nada más que he estado en la tutorías y todo se toca de un modo superficial, que todo lo acabas rápido y con prisas en la hora de tutoría que no da tiempo a profundizar mucho. Son temas importantes, en una reunión con los padres es como que profundizas más. Yo hubiese necesitado más tiempo porque los temas son importantes pero se tocan muy en superficie, por lo menos en las tutorías. Muchas veces parece que estamos hablando de lo mal que está todo el mundo pero no de lo que nos puede pasar a nosotros, entonces no podría poner una nota; lo que si pediría es que se tratara más intenso. Es decir, saber cómo poder llevar lo que escuchas a tu vida. Es decir, lo que me han hablado hoy hasta donde está bien, hasta donde está mal, donde me puede interesar...

Orientador: Un problema que hay es que existe un ámbito escolar donde se pueden tratar estos temas, pero claro a la hora de que el jefe de estudios hace la distribución de horas, como las tutorías son lo que los chavales quieren son cosas de cachondeo evidentemente, y a las horas que son las tutorías. A las dos de la tarde desde las ocho y media de la mañana sentado escuchando... Entonces hay problemas para situar la hora de tutoría para que permita un mejor trabajo porque todo el mundo cree que su asignatura es importante.

Madre 1: Yo le daría un notable, pero le daría un sobresaliente si las sesiones de padres se hicieran con los hijos y con los padres. Yo el año pasado he venido a sesión y...

Moderador: Te supo a muy poco?

Madre 1: Sí, la verdad es que me supo a muy poco y te das cuenta de que tú quieres ser de una forma, pero tu hijo te ve de otra y hay salen muchas cosas. Los chavales son muy espontáneos, te dicen lo que en realidad piensan o como te ven...

Orientador: Yo creo que es mejor quedarse con un poquito de ganas que no pasarse.

Madre 1: Sí pero...

Orientador: Hay sesiones de padres, sesiones de alumnos y sesiones conjuntas. Es preferible abrir ganas de más.

Moderador: Qué número propondrías de sesiones conjuntas? (a madre 1)

Madre 1: por lo menos en los dos últimos años del programa 2, conjunta padres y chavales al año.

Madre 3: Dos conjuntas al año.

Técnico de prevención: En tercero y cuarto podrías conjuntas?

Madre 1, 2 y 3: Sí, pondríamos más conjuntas que solo de padres.

Técnico de prevención: Vosotros (alumnos) vendrías a sesiones conjuntas con los padres?

Alumno 2: Sí...

Alumna 1: Yo precisamente no porque mi autoestima es mía.

Orientador: Pero tu madre a lo mejor te ha ayudado o te la ha estropeado

Madre 1: Tu madre al venir se cree que lo está haciendo bien, pero se da cuenta de que no lo está haciendo tan bien. Yo reconozco que tengo muchísimos fallos con mis hijos, pensaba que tenía pero no que tenía tantos. Intento las mañanas el propósito de enmienda, hay días que no lo consigo y otros que sí. Estoy hablando para mí de cosas que no son problemas, problemas; sino problemillas. Pero sí que me ayuda que mi hijo en las sesiones conjunta me diga, es que no sé qué....Te hace caer en la cuenta de lo que haces. Los padres no somos perfectos, a lo mejor hay padres que piensan que lo están haciendo muy bien y en esas reuniones se dan cuenta de que no lo están haciendo tan bien.

Moderador: Tú crees que tus compañeros aceptarían más reuniones con los padres? No tú personalmente, sino por lo que los conoces.

Alumna 1: Los que están más centrados en estos temas de la autoestima si, pero los que tengan fallos en la autoestima y no se valoran y eso, yo creo que no les gustaría que sus padres supieran como ellos se sienten.

Técnico de prevención: Tú has dicho antes que sí.

Alumno 2: Yo he dicho que sí porque, independientemente de lo que dice ella, lo que fuertemente influye en la autoestima de una persona son sus padres: o sea, yo por las relaciones que tenga en la calle, porque un día me vaya bien o porque me vaya mal...el día a día es con mis padres. Si quisiera que alguien supiera, aunque duro porque es duro, si alguien quisiera que supiera lo que me puede llegar a hacer daño de verdad y lo que me puede ayudar, aunque las cosas me vayan mal fuera, llegar a mi casa y sentirme bien, sentirme a gusto y no llegar a mi casa y desear que no estuvieran mis padres...Entonces las personas que verdaderamente van a influir en eso son ellos, los padres; los que tienen que saber lo que me hace daño y lo que me hace bien son ellos porque en manos de otros lo pueden usar para hacerme más daño.

Moderador: Os agradecemos muchísimo este rato, donde habéis arrojado bastante luz sobre lo que indicaban los cuestionarios y de todas formas si Belén necesita realizar alguna entrevista.

Sobre todo es para reforzar los buenos materiales de proyecto hombre pero también para poder mejorarlos. El objetivo es tantear lo que lo actores disfrutan y ver las luces y las sombras y plantear como mejorar esas sombras. Sabemos que el material es valioso, sabemos que el proyecto está bien rodado, en eso está belén en aportar luz sobre el proyecto para que sea todavía más brillante, más perfecto entre comillas.

Con todo lo que habéis dicho aquí Proyecto Hombre debe sentirse orgullo por el camino desarrollado, pero para continuar un buen camino el objetivo es evaluarlo para ella y para universidad de granada, conseguir arrojar luz sobre este tipo de programas que en la comunidad científica no se conocen. Ha estado bien, han aflorado emociones, información.

Madre 1: Sinceramente ha habido un momento en el que me he emocionado y valorar mucho que una niña de 15 años, diga que está luchando por tener lo que tiene y seguir adelante con sus problemas (adicción). Todos no tienen ese valor.

Moderador: Personalmente agradeceros las intervenciones porque han sido de una clarividencia impresionante y que quiero tener alumnos como vosotros si tienen esa capacidad de razonar tan fantástica como vosotros.

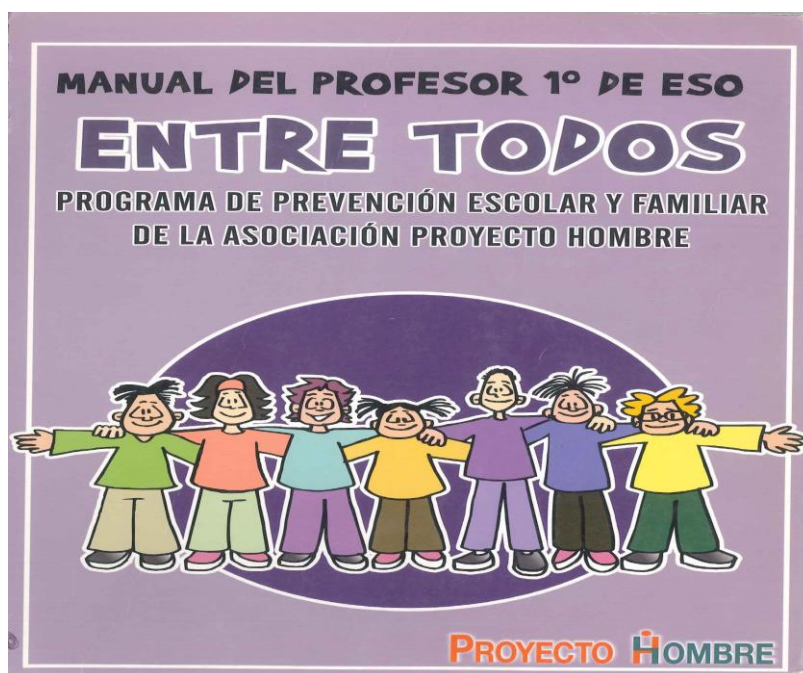
## ANEXO 5: MATERIALES DEL PROGRAMA

En este anexo se puede encontrar un ejemplo de los distintos materiales que utiliza el Programa “Entre Todos” para su implantación en los centros educativos.

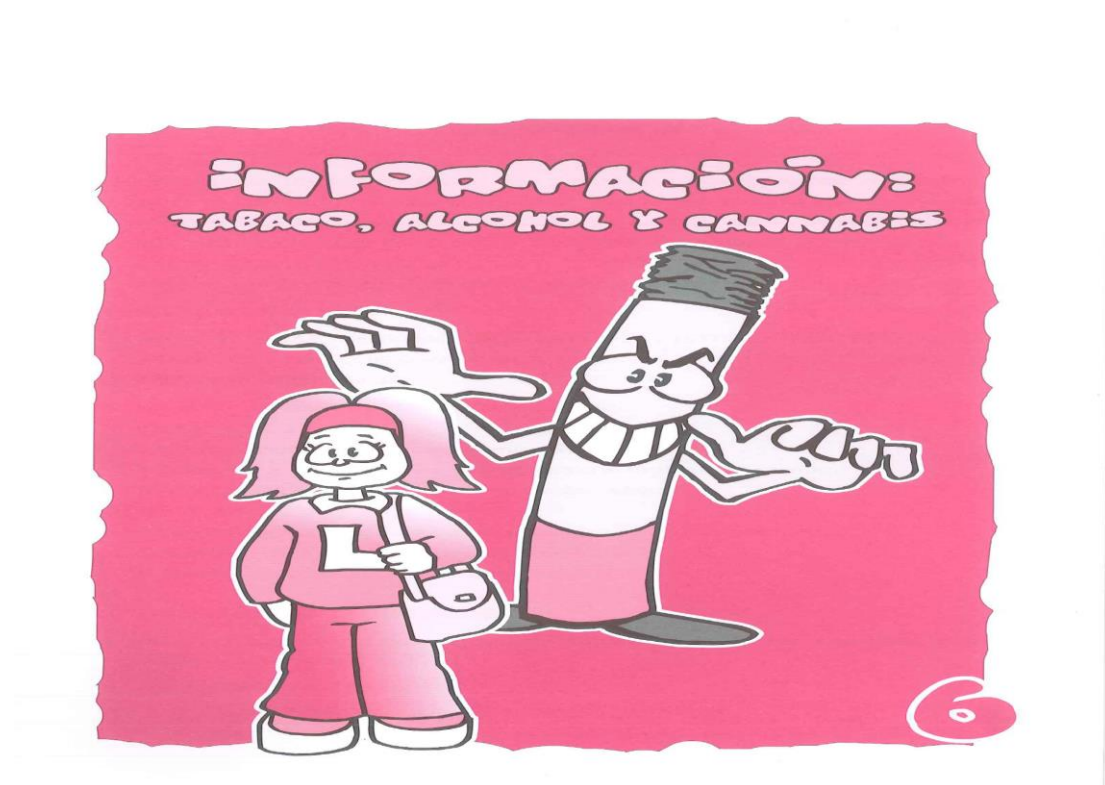
Cada una de las sesiones se compone de una introducción y la explicación detallada de los pasos a seguir para desarrollar la actividad, al igual se incluye un apartado de síntesis sobre la misma, con el objetivo de aportar conclusiones al alumnado sobre las actividades puestas en práctica para que reflexionen al respecto.

La calidad digital de los manuales es deficiente, debido a que, no se dispone el material digitalizado.

### EJEMPLO MATERIAL DE AULA 1º ESO



Portada manual del Profesor de 1º de ESO del programa “Entre Todos”



Detalle de portada de inicio de la Unidad Temática Información sobre drogas de 1º de ESO

Manual Entre topos

### SESIÓN Nº 1

#### ACTIVIDAD 1

“RECONOCER QUE LOS FUMADORES NO SON MAYORÍA”.

#### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

- 1 Pida que la clase conteste a la siguiente pregunta:
  - ¿Cuánta gente joven crees que fuma?
- 2 Saque la media según la opinión de los alumnos de la clase.
- 3 A continuación muestre las cifras correctas según el PNSD año 2004:
  - Chicos que fuman de 15 a 18 años: 32.9 %
  - Chicas que fuman de 15 a 18 años: 41.9 %
- 4 Para finalizar, desarrolle un debate sobre las diferencias en la percepción.

104

Desarrollo de la Unidad Temática de Información sobre drogas: Tabaco para 1º de ESO



**SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD**

La mayor parte de la gente no es fumadora y cada vez se fuma menos.  
El conocimiento actual sobre los efectos del tabaco hace que mucha gente decida no fumar y manifieste su rechazo hacia el tabaco.  
Actualmente se constata una actitud de creciente rechazo social hacia el consumo de tabaco como lo demuestra:

- La restricción de los espacios en los que está permitido fumar.
- Las limitaciones en la publicidad del tabaco.
- La prohibición de la venta a menores.
- Las campañas publicitarias antitabaco.
- La firmeza con la que los no fumadores defienden su derecho a vivir en ambientes sin humos.

105

Ejemplo de las conclusiones de la actividad de tabaco para 1º de ESO

**ACTIVIDAD 2**

“OBSERVAR LO QUE OCURRE EN EL ORGANISMO AL FUMAR UN CIGARRILLO”.

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**

Con la siguiente actividad se trata de mostrar lo que ocurre en nuestros pulmones cuando fumamos un cigarrillo.

1 Tal y como muestra el gráfico siguiente, prepare la botella de plástico realizando en su parte inferior un agujero que tapaná al principio; haga también un agujero en la tetina de un diámetro similar al de un cigarrillo y ponga el algodón dentro de la tetina. Encienda el cigarrillo que ha introducido en la tetina y deje salir el agua.



2 Distribuya a los alumnos de la clase por grupos y que cada grupo conteste a las siguientes cuestiones:

- Describir lo que ocurre con el cigarrillo, la botella y el algodón.
- ¿Por qué se produce?
- ¿Cómo ha quedado cada elemento?
- ¿Qué similitudes encuentras entre “la botella fumadora” y nuestro cuerpo?

106

Ejemplo de una actividad de Tabaco para 1º de ESO, para observar las consecuencias de su consumo, denominada “Botella fumadora”

Información: tabaco

**SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD**

La botella puede ser un símil de lo que ocurre en nuestro cuerpo cuando se fuma un cigarro. Con un solo cigarrillo pasa una gran cantidad de humo a nuestro cuerpo.

107

Conclusiones de la actividad “Botella Fumadora” en 1º de ESO

### EJEMPLO MATERIAL FAMILIA 1º ESO



Portada Material de Familia de 1º de Eso del programa “Entre Todos”

# La Autoestima

La **AUTOESTIMA** es un componente fundamental de nuestra personalidad.

La autoestima es la imagen y el concepto que se tiene de uno mismo. Se resume en: cómo nos percibimos, cómo nos valoramos y cómo nos aceptamos a nosotros mismos.

Es la consecuencia de la información y de la valoración que recibimos de nuestro entorno más próximo (las opiniones que dan sobre nosotros los padres, los profesores, los amigos, etc.), junto con las experiencias personales de éxitos y fracasos acumuladas a lo largo de nuestra vida.

La autoestima es un elemento dinámico, es decir, que se va construyendo a lo largo de la vida, siendo momentos especialmente importantes en esta construcción la infancia y la adolescencia.

## ¿CÓMO INFLUYE LA AUTOESTIMA EN NUESTRA FORMA DE SER Y DE COMPORTARNOS?

Un niño edificará una **autoestima sólida** si se le reconocen sus avances en el aprendizaje de conocimientos y destrezas, por ejemplo esfuerzos en el colegio, colaboración en las tareas de casa, ... si se le manifiesta verbalmente el amor y el aprecio que le tienen sus padres.

Por el contrario, un niño tendrá una **autoestima frágil** si sólo se le transmiten críticas y opiniones desfavorables sobre su comportamiento, si sólo se le señalan las faltas y no las virtudes, porque hará valoraciones negativas de sí mismo y se sentirá incapaz, por esa etiqueta de “inútil, negado o torpe”.

## 13

Ejemplo del contenido de la Unidad de Autoestima para trabajo familiar de 1º de ESO

### Manual Entre todos

#### ¿POR QUÉ SE RELACIONA CON LA PREVENCIÓN?

La baja autoestima se traduce en sentimientos de rechazo hacia uno mismo. Ese escaso amor propio hace que la persona se “cuide” menos y no rechace comportamientos que provocan efectos negativos al propio individuo, como es el caso del abuso de drogas.

Además, la poca confianza que se tiene en uno mismo aumenta la tendencia a dejarse guiar más por los otros, aspecto que se relaciona claramente con el riesgo de iniciarse en el consumo de drogas.

#### ¿CON QUÉ OTROS COMPONENTES SE RELACIONA LA AUTOESTIMA?

Entre otros, existe un elemento que guarda una estrecha relación con la autoestima: la autonomía.

La autonomía es la capacidad de desarrollar habilidades tales como: tener iniciativa, tomar decisiones y llevar a cabo acciones independientes, resolviendo dificultades y realizando con éxito tareas concretas.

La autoestima y la autonomía están relacionadas en términos de influencia mutua. Cada componente alimenta e influye en el otro. Una buena autoestima permite que, a través de la confianza depositada en uno mismo, la persona se sienta más capaz de alcanzar una meta y por ello se “lance” al intento, seguro de tener bastantes posibilidades de salir con éxito.

Pongamos un ejemplo gráfico para ver más claro el proceso anterior:



## 14

Continuación del contenido de la Unidad de Autoestima para la familia de 1º de ESO

## Autoestima

**IDEAS CLAVE DE LA ACTIVIDAD**

- La autoestima se forma a partir de los mensajes de reconocimiento que enviamos a nuestros hijos sobre sus virtudes y cualidades.
- En la labor educativa que ejercemos como padres, es necesario dar a nuestros hijos la oportunidad de realizar con éxito alguna tarea.
- Además debemos dotar a nuestros hijos de habilidades para que sean autónomos.

**OBJETIVOS**

- 1 Fomentar la autoestima y la autonomía a través de la práctica programada de una tarea doméstica, asegurando el buen resultado de la misma.
- 2 Poner en práctica habilidades paternas y maternas para comunicar y transmitir refuerzos verbales positivos (halagos, verbalización de afectos, etc.) y que éstas sirvan de modelo de aprendizaje para los hijos.
- 3 Poner en práctica la colaboración padres/hijos a través de la realización conjunta de una actividad, distribuyendo a cada miembro un papel en la tarea.
- 4 Propiciar la asunción de responsabilidades básicas en actividades del medio familiar por parte de los hijos.

**15**

Ideas claves sobre la actividad de Autoestima a trabajar en casa para 1º de ESO

**Manual Entre todos****DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD****¿EN QUÉ CONSISTE?**

Se trata de una actividad cuyo objetivo es crear una situación que asegure la realización de una tarea con éxito.

Hemos elegido algo asequible, de fácil realización en el hogar y que, además, forma parte del conjunto de actividades domésticas en las que nuestros hijos deben empezar a colaborar asumiendo responsabilidades dentro del grupo familiar.

Se trata de que vuestro hijo realice una receta de cocina sencilla, guiado o asesorado por vosotros.

**16**

Desarrollo de la actividad de Autoestima para realizar en el hogar para 1º de ESO

LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN CONTEXTOS FAMILIARES Y ESCOLARES: ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE “ENTRE TODOS”

**FICHA ACTIVIDAD**

Nombre y apellidos del Hijo \_\_\_\_\_ Aula \_\_\_\_\_

**“LA ESPECIALIDAD DEL CHEF”  
RECETA DE COCINA**

➤ Selecciona tres o cuatro alternativas de recetas de cocina sencillas y da a elegir a tu hijo aquella que prefiera.

➤ Una vez elegida la receta, rellena con él, en la ficha, todos los puntos que aparecen en ella (nombre de la receta, relación de ingredientes, pasos para su preparación, presentación,...). Esto servirá de guía a la que tu hijo atenderá para preparar el plato.

➤ Facilita el desarrollo de la tarea, estando presente durante todo el tiempo que tu hijo emplee en realizarla. Tu papel sólo debe consistir en ver que se sigue el cumplimiento de las instrucciones de realización de la receta y corregir posibles errores o problemas que surjan durante el proceso.

Nunca debes intervenir para ejecutar acciones que le corresponden al cocinero, aunque creas que tú lo harías más rápido y mejor.

➤ Ayuda a que la elaboración del plato se haga en momentos en que estén presentes y puedan probarlo el mayor número de miembros de la familia (en cenas, comidas del fin de semana,...). Anuncia con antelación el “acontecimiento” de contar con un nuevo cocinero en la familia.

**NOMBRE DE LA RECETA:**

\_\_\_\_\_

**INGREDIENTES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PREPARACIÓN (PASOS):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PRESENTACIÓN FINAL**

\_\_\_\_\_

Ejemplo de ficha de la actividad a desarrollar en familia en casa y debe ser entregada al tutor para 1º de ESO

**VALORACIÓN QUE HACEN LOS PADRES DE LA ACTIVIDAD  
LA ESPECIALIDAD DEL CHEF**

★ Valorad de 1 a 10 la actividad que acabáis de realizar. (Señalad con una X la puntuación elegida).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

★ ¿Creéis que con ella se cumplen los objetivos que se proponía? (Señalad con una X la opción elegida).

SÍ  NO

★ ¿Qué hemos aprendido en esta actividad?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

★ Señalad dificultades encontradas durante el desarrollo de la actividad.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

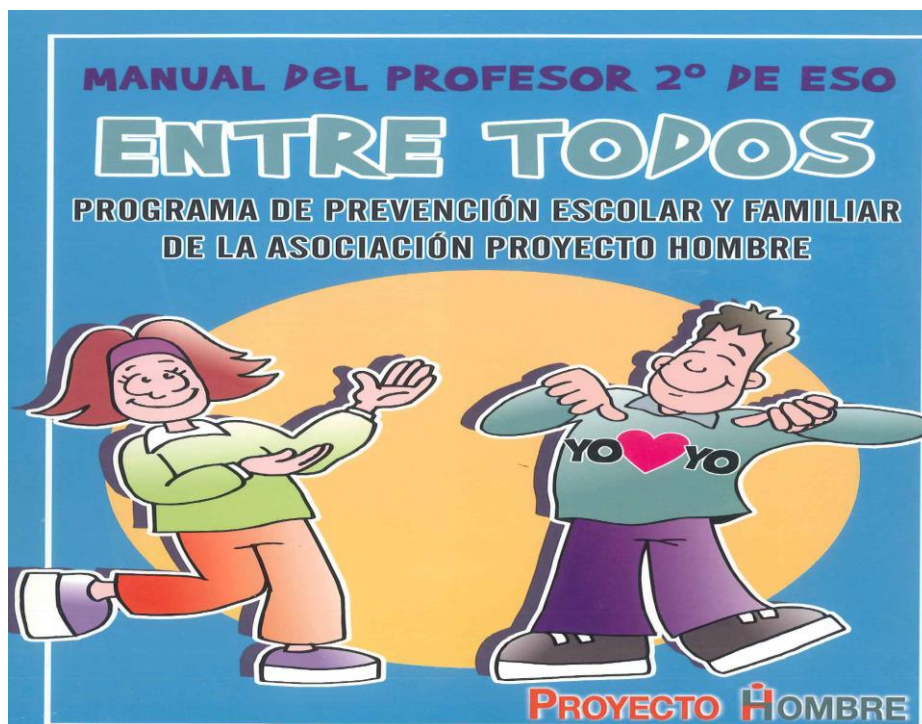
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Valoración que realiza la familia sobre la actividad realizada para 1º de ESO



## EJEMPLO MATERIAL DE AULA 2º ESO



Portada Material del Profesor del Programa "Entre Todos" para 2º de ESO

### Unidad Didáctica: Autoestima y autosuperación

En esta unidad los alumnos conocerán estrategias para mejorar su autoestima.

El propósito es aprender a elaborar unas pautas para la autosuperación personal.

**OBJETIVO GENERAL:**

APRENDER A MEJORAR LA AUTOESTIMA.

**OBJETIVO ESPECÍFICO (Actividad):**

1. Elaborar proyectos personales de mejora.

**MATERIAL PARA LA SESIÓN:**

Fotocopia de la Ficha:

"PROYECTO PERSONAL"



### ACTIVIDAD 1

“ELABORAR PROYECTOS PERSONALES DE MEJORA”.

La imagen que tenemos de nosotros mismos se constituye a partir del balance entre nuestros éxitos y fracasos, respecto a aquello que nos proponemos. Así pues, lograr lo que deseamos y ver satisfechas nuestras necesidades, proporciona emociones positivas e incrementa la autoestima.

Se puede conseguir una autoimagen más positiva si se marcan metas. Para ello hay que decidir primero qué queremos cambiar o qué queremos lograr y luego llevar a cabo esos cambios.

#### ¿Cómo plantear una meta?

Una “meta” es algo que se desea hacer o conseguir, un resultado que se quiere obtener. Plantearse una meta ayuda a tener éxito porque nos indica hasta dónde queremos llegar y nos obliga a comprometernos con la consecución de ese resultado. Las condiciones de las “metas” deben ser:

- **SINCERAS**, que realmente las queramos hacer.
- **PERSONALES**, no impuestas por otros.
- **REALISTAS**, que se ajusten a nuestros medios, al tiempo del que disponemos, etc.
- **DIVISIBLES**, que se puedan definir varios pasos para conseguirla.
- **MEDIBLES**, que se pueda comprobar lo que se ha logrado y lo que falta por hacer.

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

- 1 Fotocopie la Ficha “PROYECTO PERSONAL” y revise con los alumnos de la clase el apartado “Plantéate metas”.
- 2 Pídales que anoten tres cosas que les gustaría lograr, cambiar o mejorar, como posibles metas de su “proyecto personal”.
- 3 Dígalos que decidan cuál es la que más quieren elegir.

48

Desarrollo de la actividad de la Unidad Autoestima y Autosuperación para 2º de ESO

Autoestima

#### Ejemplos:

- Obtener una buena nota en alguna asignatura.
- Hacer amigos.
- Llevarse bien con los padres.
- Hacer algún deporte.
- Ahorrar dinero.

3 Una vez que hayan concretado la meta que desean alcanzar, han de trazar un plan para lograrlo. Se puede comparar este proceso con una vuelta ciclista de varias etapas que conducen a ganar la vuelta. Revise con los alumnos los ejemplos propuestos en la Ficha “PROYECTO PERSONAL”.

49



Continuación desarrollo actividad de la Unidad de Autoestima y Autosuperación para 2º de ESO



#### SÍNTESIS DE LA ACTIVIDAD

La autoestima es el aprecio y valoración que sentimos hacia nuestras características personales.

Nuestra autoestima se forma a partir de las experiencias positivas y negativas que hemos tenido en el pasado.

Debemos valorar nuestros éxitos y fracasos en actividades concretas y no generalizarlos a todo tipo de situaciones.

La autoestima afecta a cómo nos comportamos.

La autoestima puede ser mejorada de diversas formas.

Para desarrollar una autoestima positiva es útil establecerse metas y trazar planes para conseguirlas.

50

Conclusiones de la actividad de Autoestima y Autosuperación de 2º de ESO

### Ficha: Proyecto personal

#### 1.- PLANTÉATE METAS:

Una meta es algo que quieres conseguir, que quieres obtener. Plantearse una meta siempre te ayudará a tener éxito, porque así sabes hasta donde quieres llegar y te obliga a esforzarte para conseguirlo. Una meta debe ser:

**SINCERA**, que realmente la queramos hacer.

**PERSONAL**, no impuestas por otros.

**REALISTA**, que se ajusten a nuestros medios, al tiempo del que disponemos, etc.

**DIVISIBLE**, que se pueda dividir en metas pequeñas o pasos intermedios.

**MEDIBLE**, que puedas comprobar lo que has conseguido y lo que te falta.

¿Qué me gustaría lograr, cambiar o mejorar de mi mismo? :

- A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_

#### 2.- ELABORA TU PROYECTO.

A. Selecciona una conducta o un comportamiento de ti que te gustaría lograr, mejorar o cambiar.

B. Considera esta conducta o comportamiento como una meta general de tu proyecto personal.

C. Divide la meta en pequeños pasos que puedas conseguir sin demasiados esfuerzos y que te ayuden a conseguir la meta.

D. Ve dándole fechas de ejecución a cada pequeño paso hasta que se cumpla la meta. Empieza por las que te resulten más sencillas y pasa a las más difíciles.

Ficha de trabajo para la actividad de autoestima denominada "Proyecto Personal" para 2º de

ESO



**3.- EJEMPLOS DE PROYECTOS PERSONALES.**

Te presentamos ejemplos de proyectos personales que te pueden ayudar a diseñar el tuyo.

<p><b>META: Mejorar el rendimiento físico.</b>  <b>PASOS:</b> Dedicarle progresivamente más tiempo al deporte.  <b>PLANIFICACIÓN:</b>                  1ª Semana: 10 minutos de carrera continua todos los días.                  2ª Semana: Aumentar 5 minutos.                  3ª Semana: Aumentar 5 minutos.                  4ª Semana: Ir a la piscina una vez por semana.                  5ª Semana: Ir otro día a la piscina.</p>	
<p><b>META: Superar la timidez.</b>  <b>PASOS:</b> Saludar a la gente conocida.                  Iniciar conversaciones con compañeros.                  Hacer preguntas al profesor.                  Unirse a grupos de compañeros en el recreo.                  Iniciar conversaciones con desconocidos.    <b>PLANIFICACIÓN:</b>                  Saludar a la gente conocida                  Unirse a grupos de compañeros en el recreo.                  Iniciar conversaciones con compañeros.                  Hacer preguntas al profesor.                  Iniciar conversaciones con desconocidos.</p>	<p><b>Inicio</b></p> <p>↓</p> <p><b>Final</b></p>
<p><b>META: Mejorar en los estudios.</b>  <b>PASOS:</b> Atender en clase.                  Establecer un horario de estudio.                  Preguntar las dudas en clase.                  Hacer resúmenes de lo estudiado.                  Llevar las materias al día.                  Hacer los deberes. Repasar.    <b>PLANIFICACIÓN:</b>                  Atender en clase y preguntar las dudas.                  Hacer los deberes.                  Cumplir un horario de estudio.                  Hacer resúmenes y repasar.</p>	<p><b>Inicio</b></p> <p>↓</p> <p><b>Final</b></p>

Continuación Ficha de trabajo para la actividad de autoestima denominada “Proyecto Personal” para 2º de ESO

**4.- MI PROYECTO PERSONAL.**

META: \_\_\_\_\_

PASOS:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

PLANIFICACIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Inicio**  
 ↓  
**Final**



Continuación Ficha de trabajo para la actividad de autoestima denominada “Proyecto Personal” para 2º de ESO

## EJEMPLO MATERIAL FAMILIAS 2º ESO



Portada Material de la Familia del Programa "Entre Todos" para 2º de ESO

Autoestima

---

## Autoestima

Uno de los objetivos básicos en la educación es el desarrollo de la Autoestima en los hijos. Recordemos su definición: la Autoestima es la imagen y el concepto que una persona tiene sobre sí misma. Se resume en: cómo nos percibimos, nos valoramos y nos aceptamos a nosotros mismos.

**CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOESTIMA**

- Es aprendida: No es algo natural o heredado genéticamente, sino que se transmite a través de la educación, la cultura, los medios de comunicación, etc.
- Es mejorable: Además de cambiar con las experiencias, se puede perfeccionar y mejorar. No debemos decir: "yo soy así", sino "puedo cambiar".
- Es dinámica: La vamos construyendo a lo largo de nuestra historia.

**OBJETIVO**

➤ Poner en práctica habilidades paternas y maternas para comunicar y transmitir refuerzos verbales positivos (halagos, verbalización de afectos, etc.) y que éstas sirvan de modelo de aprendizaje para los hijos.

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**

**¿EN QUÉ CONSISTE?**

Se trata de una actividad para transmitir elogios y alabar las cualidades positivas de las personas que nos rodean.

Vamos a tratar de comprometer en la tarea a todos los miembros de la familia para hacer algo que, en ocasiones, se nos olvida llevar a la práctica: expresar afecto a los nuestros.

La tarea consiste en rellenar un listado de cualidades positivas, virtudes y capacidades que definan "en positivo" a vuestro hijo y que, a su vez, él pueda hacer lo mismo con vosotros.

**13**

Contenidos unidad de Autoestima para el trabajo familiar para 2º de ESO

**FICHA ACTIVIDAD 1**

Nombre y apellidos del Hijo \_\_\_\_\_ Aula \_\_\_\_\_

**"DIME CUÁNTO TE GUSTO"**

1.- La ficha de esta actividad, como observaréis, es muy sencilla de realizar. Es un listado abierto para que pongáis el nombre de cualidades positivas que posee vuestro hijo. A su vez, él cuenta con otro apartado donde anotará aspectos positivos del padre y de la madre.

2.- Una vez que la lista esté formalizada, hay que buscar la ocasión para leerlos mutuamente cada listado, el elaborado por los padres y el que ha hecho vuestro hijo sobre vosotros. Es aconsejable que esta lectura se haga en voz alta, especialmente la que se refiere a cualidades positivas de vuestro hijo y que se realice en una situación y momento adecuado.

Lo ideal sería aprovechar que éste haya hecho algo que os agrada, usándola como "premio" y reconocimiento. No sería adecuado transmitir vuestra valoración positiva cuando ha hecho algo mal o si existe algún conflicto con él en ese momento.

**LISTADO DE CUALIDADES POSITIVAS DE NUESTRO HIJO**

---

---

---

---

---

---

---

---

**LISTADO DE CUALIDADES POSITIVAS DE MIS PADRES**

PADRE	MADRE
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**15**

Ficha de la Unidad de Autoestima para trabajar en familia en casa y entregar al tutor para 2º de ESO

**VALORACIÓN QUE HACEN LOS PADRES DE LA ACTIVIDAD DIME CUÁNTO TE GUSTO**

☆ Valorad de 1 a 10 la actividad que acabáis de realizar. (Señalad con una X la puntuación elegida).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

☆ ¿Creéis que con ella se cumplen los objetivos que se proponía? (Señalad con una X la opción elegida).

SÍ  NO

☆ ¿Qué hemos aprendido en esta actividad?

---

---

---

---

☆ Señalad dificultades encontradas durante el desarrollo de la actividad.

---

---

---

---

Fecha \_\_\_\_\_

**16**

Ficha valoración de la actividad de Autoestima realizada en familia en el hogar para 2º de ESO

## EJEMPLO MATERIAL DE AULA 3º ESO



Portada Material del Profesor del programa "Entre Todos" para 3º de ESO

UNIDAD 4: Yo

## Introducción

La pubertad es un período de grandes cambios en el sustrato biológico, en las habilidades cognitivas y en el funcionamiento cerebral y, en este sentido, constituye también un período crítico para el aprendizaje emocional y social.

La etapa de transición que supone la adolescencia constituye en sí misma un formidable desafío emocional. En este nuevo período vital, disminuye el grado de autoconfianza y aumenta el de autoconciencia que suele dar una imagen de sí mismo demasiado inflexible y contradictoria.

Uno de los más grandes retos de este período tiene que ver con la "autoestima social". Estos aspectos se trabajan a partir de las dos actividades que se plantean en esta unidad.

## Objetivos

**GENERAL:**  
Conocerse mejor a sí mismo a través de la auto-revelación.

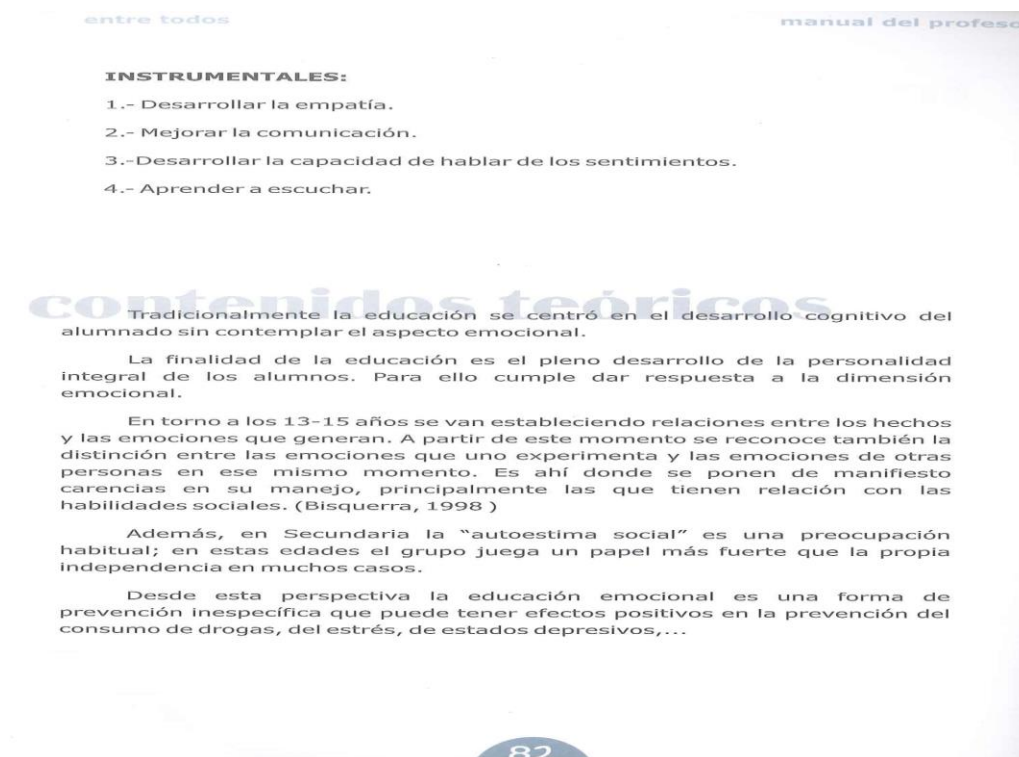
**ESPECÍFICOS:**

- 1.- Favorecer la toma de conciencia de uno mismo, observarse y reconocer sus propios sentimientos.
- 2.- Aprender a aceptarse y a sentirse bien consigo mismo considerándose desde una perspectiva positiva.
- 3.- Reconocer sus propias fortalezas y debilidades y mostrarlas.

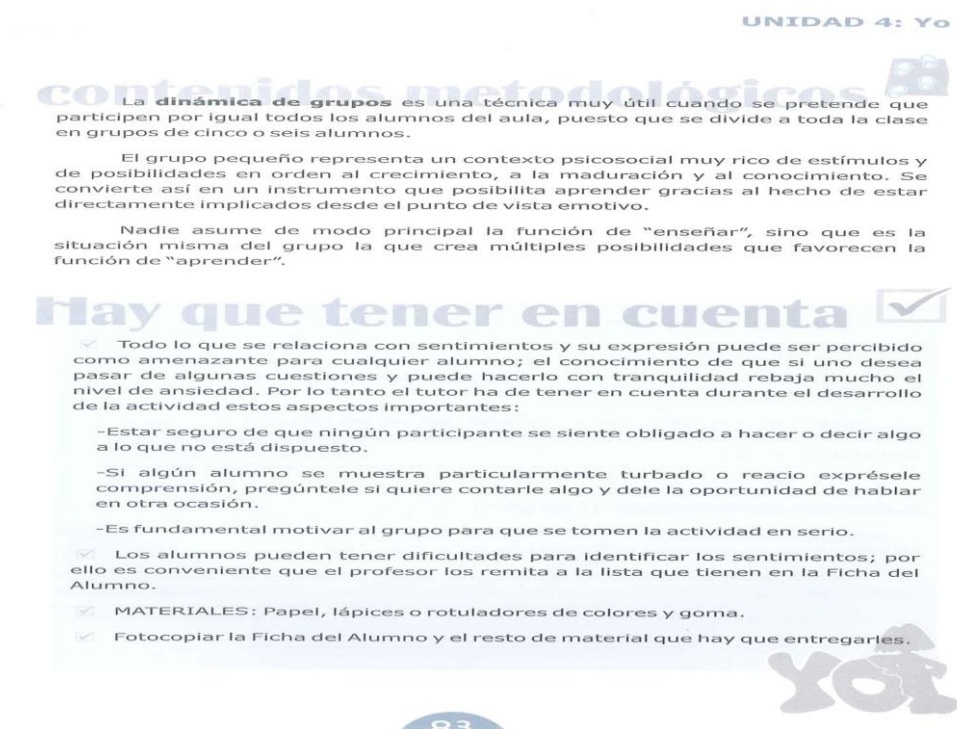
81

Ejemplo de consideraciones para la elaboración de la actividad de la unidad Yo para 3º de ESO





Continuación consideraciones para la elaboración de la actividad de la unidad Yo para 3º de ESO



Continuación consideraciones para la elaboración de la actividad de la unidad Yo para 3º de ESO

entre todos manual del profesor

## desarrollo de la actividad

La actividad se realizará en una sesión de tutoría y consta de dos dinámicas: LA IMAGEN DE MI YO y EL ABANICO.

### PRIMERA DINÁMICA: LA IMAGEN DE MI "YO"

Pretendemos que el alumno con esta actividad realice un proceso de observación de sí mismo, de autoconsciencia y que describa, en ese momento, los propios sentimientos y procesos de pensamiento para iniciarse en la toma de conciencia y expresión de los mismos.

Esta dinámica, en un tiempo de 20 minutos, revela la situación emotiva de cada uno de los componentes del grupo.

**1. Preparación.** (5 minutos)

Divida a la clase en los grupos preestablecidos.

Entregue a cada alumno la fotocopia de la ficha "LA IMAGEN DE MI YO"(Ficha 4a).

Explique a la clase que en la ficha que se les ha entregado aparece un personaje con diferentes expresiones. Pídales que observen cada una de ellas con detenimiento.

**2. Elección de personajes.** (5 minutos)

A continuación, dígaes que deberán elegir dos de esas figuras con las que se identifican en aspectos positivos que cada uno posee.

Seguidamente, pídales que elijan dos de esas figuras con las que se identifican en aspectos que no les gustan de sí mismos o que desearían cambiar.

Para terminar, dígaes que elijan una de esas figuras a la que les gustaría parecerse.

84

### Desarrollo de la Actividad de la Unidad Yo para 3º de ESO

#### UNIDAD 4: Yo

### 3. Puesta en común en pequeño grupo.

 (10 minutos)

Una vez hecho esto, pídales que expliquen a su grupo:

- ¿Qué personajes has elegido?, ¿por qué?.
- ¿Qué sentimientos crees que expresan las figuras que elegiste?

### SEGUNDA DINÁMICA: EL ABANICO

La autoestima es el aprecio y la valoración que sentimos hacia nuestras características personales.

Todos somos diferentes y todos tenemos aspectos positivos y cosas en las que mejorar. Es importante recordar que la autoestima es el cruce de dos caminos: de la valoración que recibimos de los demás y de cómo nos valoramos a nosotros mismos. Esta actividad pretende incidir en la vertiente social de la autoestima.

#### 1. Preparación.

 (5 minutos)

Continuando con la distribución del grupo, cada alumno deberá plegar un folio como si se tratase de un abanico con el mismo número de pliegues que personas compongan el grupo.

#### 2. Desarrollo de la actividad.

 (10 minutos)

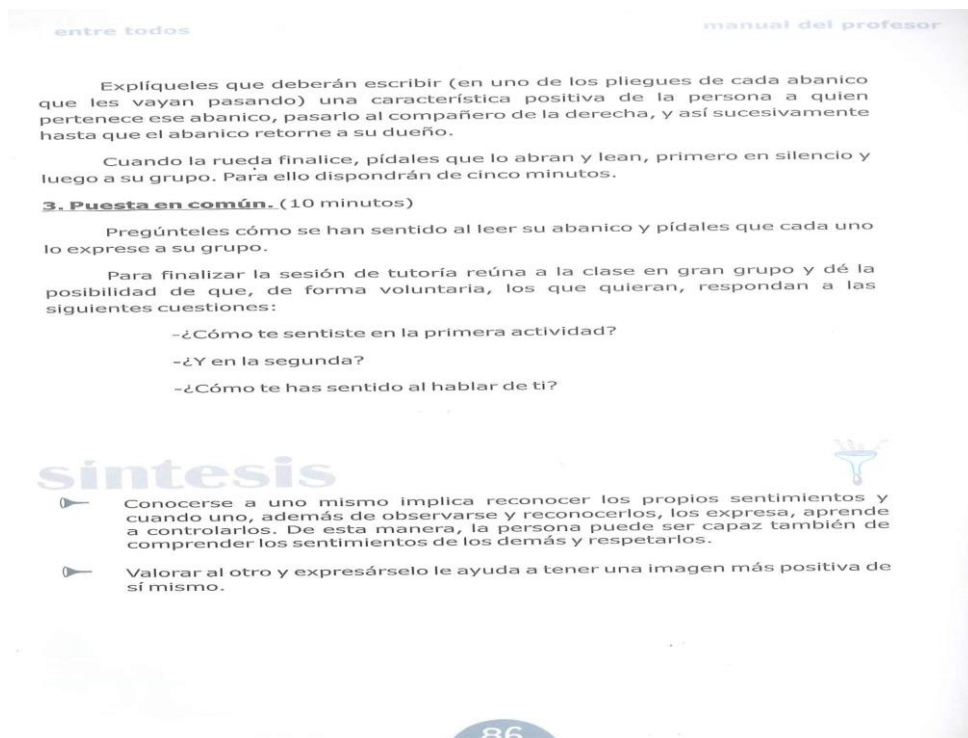
En el primer pliego escribirá su nombre (para ello utilizarán los lápices de colores que habrán traído, tal y como especifica la ficha del alumno de esta unidad) y, una vez hecho esto, se lo pasará al compañero de la derecha.



85



### Continuación desarrollo de la Actividad de la Unidad Yo para 3º de ESO



Continuación desarrollo de la Actividad de la Unidad Yo para 3º de ESO

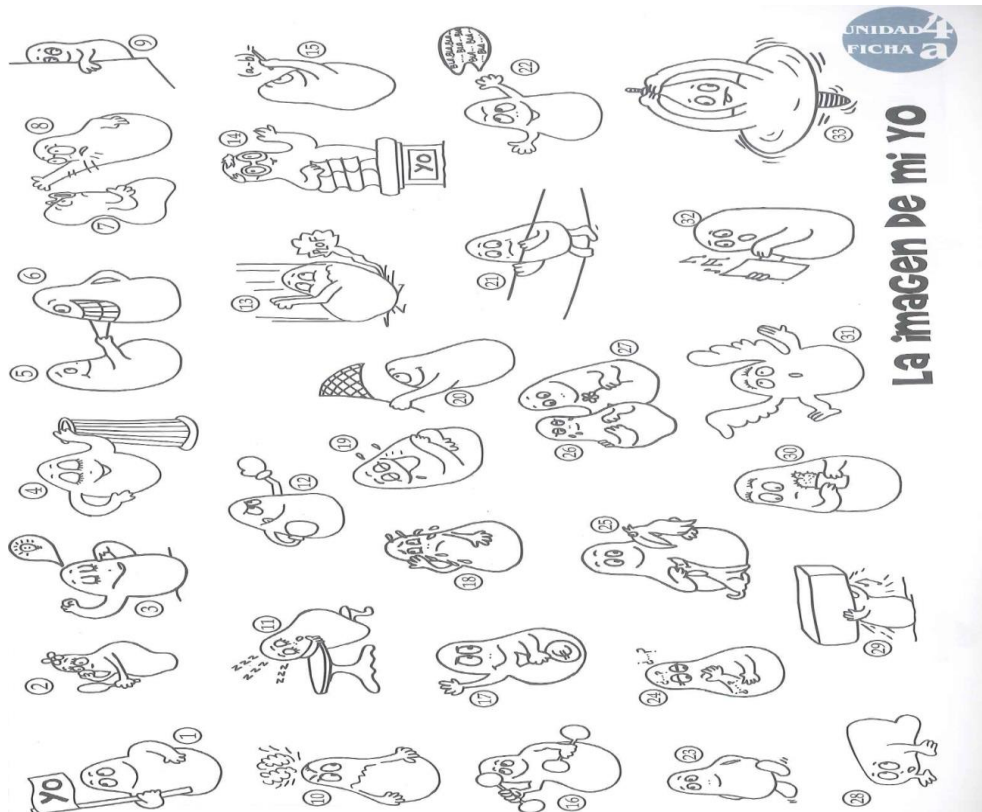
**FICHA DEL ALUMNO**

Unidad 4: "Yo"

**¡ES MUY IMPORTANTE QUE...**

<b>1</b>	<p><b>EXPLICACIÓN DE LA SESIÓN E INTRODUCCIÓN A LAS DINÁMICAS.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estés muy atento.</li> <li>- Preguntes todas las dudas.</li> </ul>												
<b>2</b>	<p><b>MATERIALES NECESARIOS</b> Para la primera dinámica: Fotocopia de los personajes en distintas actitudes. Para la Segunda dinámica: Un folio en blanco y lápices o rotuladores de colores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revises que tengas todo el material.</li> </ul>												
<b>3</b>	<p><b>DESARROLLO DE LAS DINÁMICAS</b> Una vez distribuidos por grupos iniciaréis la dinámica. Primero "La imagen de mi yo", y después, cuando lo diga el profesor, la segunda, "El abanico".</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Te tomes "en serio" las dinámicas.</li> <li>- Estés pendiente de lo que pasa "dentro de tí".</li> <li>- Respetes a los demás compañeros del grupo.</li> <li>-Seas original en las características positivas que escribas de tus compañeros.</li> <li>- Comentes en el grupo la dinámica al finalizarla.</li> </ul>												
<b>4</b>	<p><b>DEBATE FINAL EN GRAN GRUPO.</b> Si te apetece, comenta al resto de la clase qué te han parecido las dinámicas, cómo te has sentido durante la realización y cómo estás ahora al terminarlas. <b>LISTADO DE SENTIMIENTOS Y EMOCIONES:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>-Alegre.</td> <td>-Humillado.</td> </tr> <tr> <td>-Confundido.</td> <td>-Satisfecho</td> </tr> <tr> <td>-Avergonzado.</td> <td>-Asustado.</td> </tr> <tr> <td>-Tranquilo.</td> <td>-Preocupado.</td> </tr> <tr> <td>-Nervioso.</td> <td>-Agobiado.</td> </tr> <tr> <td>-Rabioso.</td> <td>...</td> </tr> </table>	-Alegre.	-Humillado.	-Confundido.	-Satisfecho	-Avergonzado.	-Asustado.	-Tranquilo.	-Preocupado.	-Nervioso.	-Agobiado.	-Rabioso.	...	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Te atrevas a hablar.</li> <li>- Seas serio y sincero en tus comentarios.</li> <li>- No te limites a decir sólo "estoy bien" o "estoy mal", y que identifiques tu estado emocional en la lista de sentimientos que te damos.</li> </ul>
-Alegre.	-Humillado.													
-Confundido.	-Satisfecho													
-Avergonzado.	-Asustado.													
-Tranquilo.	-Preocupado.													
-Nervioso.	-Agobiado.													
-Rabioso.	...													

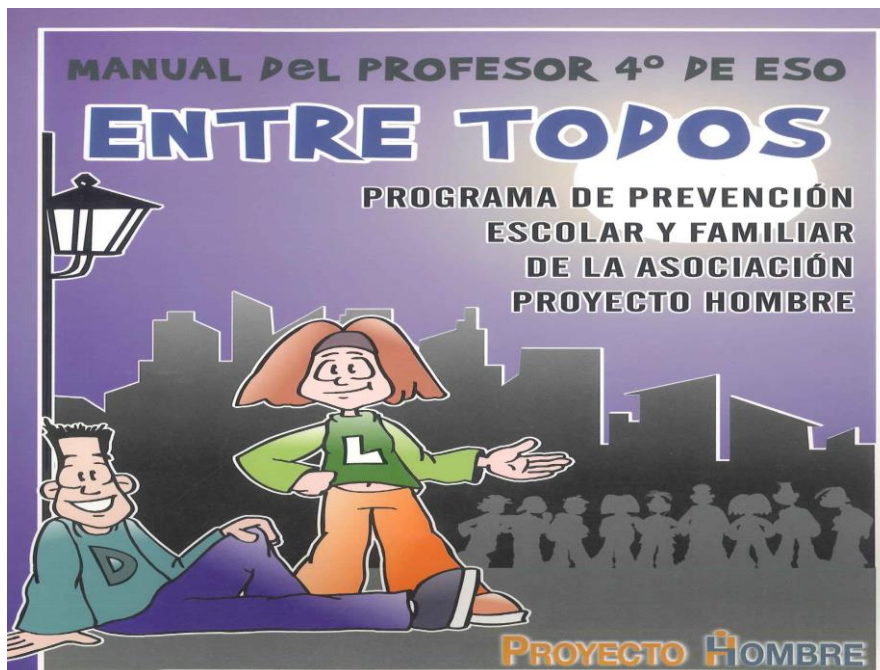
Ejemplo ficha del alumnado para la realización de la actividad de la unidad Yo para 3º de ESO



Ejemplo de ficha para actividad de la unidad Yo para 3º de ESO



## EJEMPLO MATERIAL DE AULA 4º DE ESO



Portada Material del Profesor del Programa “Entre Todos” para 4º de ESO

UNIDAD 2: Mis Amigos y Yo

## introducción

El adolescente comienza el proceso de emancipación familiar teniendo una gran necesidad de reconocimiento y de aceptación por parte del grupo de iguales, pasando de grupos de amigos de un solo sexo a otros mixtos. El grupo es el lugar de apoyo. Su crisis física, mental y social hace que necesite identificarse con algo o con alguien.

En este sentido, el grupo le ofrece poder compararse y activar el proceso de adopción de perspectivas, como consecuencia del cual se construye tanto el conocimiento de uno mismo como el conocimiento de los demás. En gran medida, las limitaciones originadas por el egocentrismo del adolescente (como el auditorio imaginario y la fábula personal) a través de una adecuada interacción con compañeros, permiten ir construyendo un auditorio real con el que compartir sus pensamientos y sentimientos y descubrir así que, a pesar de sus peculiaridades, comparte con los demás importantes semejanzas.

Por otro lado, hemos de tener en cuenta que la vulnerabilidad a la presión del grupo va aumentando con la edad, sobre todo en las edades que nos ocupan.

Por tanto, atender a cómo se relacionan los adolescentes es fundamental desde el punto de vista de la educación.

## objetivos

**GENERAL:**  
Potenciar la reflexión de los alumnos sobre sus relaciones grupales.

**ESPECÍFICOS (Respecto a los temas):**

**TEMA 1:**

1. Analizar el **funcionamiento grupal**: roles, normas, valores, estereotipos, etc.

53

Ejemplo de contenidos a trabajar en la unidad Mis Amigos y yo para 4º de ESO

entre todos manual del profesor

**TEMA 2:**

2. Crear un espacio en el que los alumnos puedan hablar sobre **sexualidad** con naturalidad.
3. Favorecer el respeto en la **sexualidad** con uno mismo y con los demás.
4. Analizar las relaciones entre adolescentes desde su género.

**TEMA 3:**

5. Identificar los valores que subyacen en la práctica de **ocio y tiempo libre**.
6. Descubrir las consecuencias que pueden tener las diferentes actividades en el **tiempo libre**.

**TEMA 4:**

7. Conocer la importancia de la **presión de grupo** a la hora de tomar decisiones.
8. Descubrir cómo influye el grupo en la aceptación de los propios errores.
9. Debatir sobre la negociación como herramienta de resolución de conflictos.

**TEMA 5:**

10. Debatir sobre la relación de los jóvenes con **las drogas**.
11. Desmitificar falsas creencias acerca de las sustancias.

**INSTRUMENTALES:**

- 1.- Desarrollar la imaginación y la creatividad.
- 2.- Favorecer la libertad de expresión.
- 3.- Fomentar los puntos de vista desde la objetividad.
- 4.- Desarrollar la colaboración grupal.

54

Ejemplo de temáticas que se abordarán en el desarrollo de la actividad de la unidad Mis amigos y yo para 4º de ESO

UNIDAD 2: Mis Amigos y Yo

**contenidos teóricos**

El apego a la pandilla es directamente proporcional al desapego que se produce con la familia. El grupo de iguales influye en la construcción del autoconcepto del adolescente, constituyendo una referencia importante y necesaria a la hora de conocerse y valorarse: ¿quién soy?, ¿cómo soy?, ¿he hecho algo bien o no?, ¿valgo o no valgo?... Estas preguntas se responden teniendo como referencia a la pandilla, dándole un núcleo de aprendizaje, afectividad, diversión, valoración social y poder. El miedo de ser excluido o marginado es tan grande como el deseo de ser aceptado y querido.

A través del grupo de amigos se desarrolla el sentido de pertenencia social y se inicia un proceso de identificación: se comparte la corriente filosófica, la edad, los intereses, el ocio, el lenguaje, los valores, los lugares de encuentro, los símbolos, los objetos de consumo, la forma de vestir,... todo ello organizado a través de unas normas específicas del grupo. Las normas indican los límites en los comportamientos y lo que está bien o mal hecho; por ejemplo, si se admiten o no las relaciones de pareja en el grupo, si se valora la puntualidad, etc.

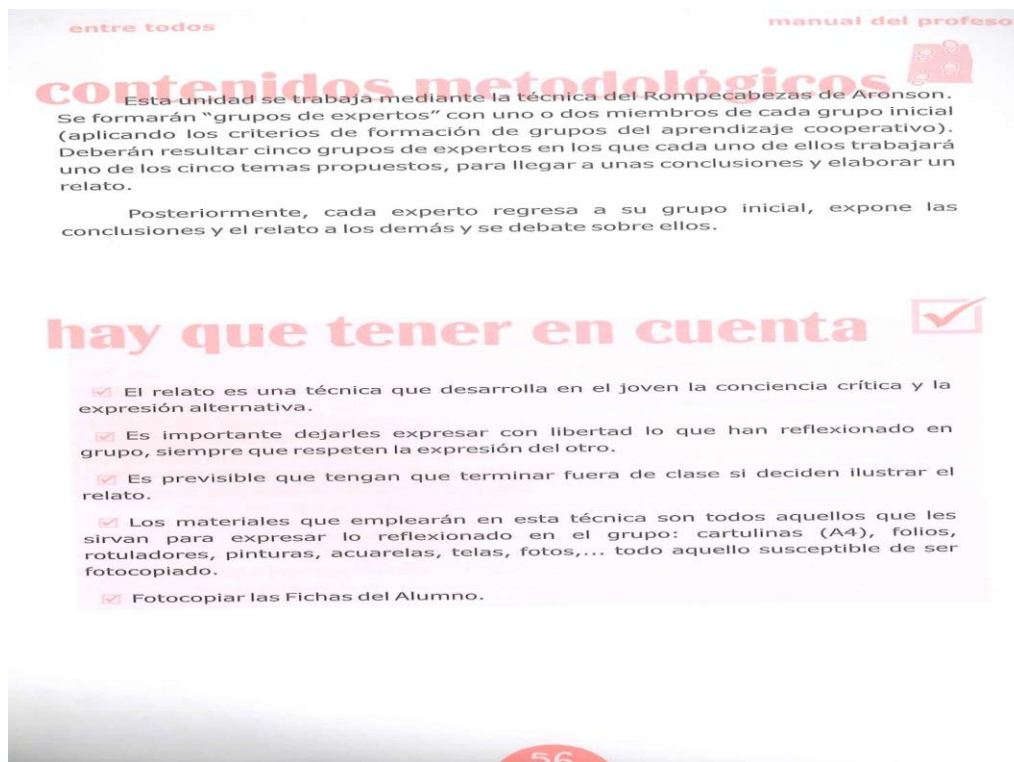
En la pandilla existe una jerarquía de sus miembros con unos roles personales concretos cuya valoración potencia su afianzamiento; es decir, los comportamientos de liderazgo o el ser gracioso, por ejemplo, ha sido otorgado y potenciado por el grupo. La iniciativa dentro de la pandilla tiene que ser en lo posible equilibrada para que los miembros se sientan integrados, aunque la negociación referente a la toma de decisiones puede darse en un contexto de presión grupal. Ésta no es buena ni mala, pero puede derivar consecuencias positivas o negativas. Cuando la decisión individual es contraria a la grupal es posible que genere conflicto en el adolescente y/o en la propia pandilla.

Las conductas de riesgo despiertan interés en el grupo: ponerse a prueba, comprobar sus limitaciones y capacidades, la curiosidad hacia lo desconocido, la novedad o las modas. El uso de drogas legales o ilegales puede estar propiciado por estos motivos. En este sentido, puede existir la escalada de consumo del tabaco y/o alcohol hacia el cannabis, pastillas...

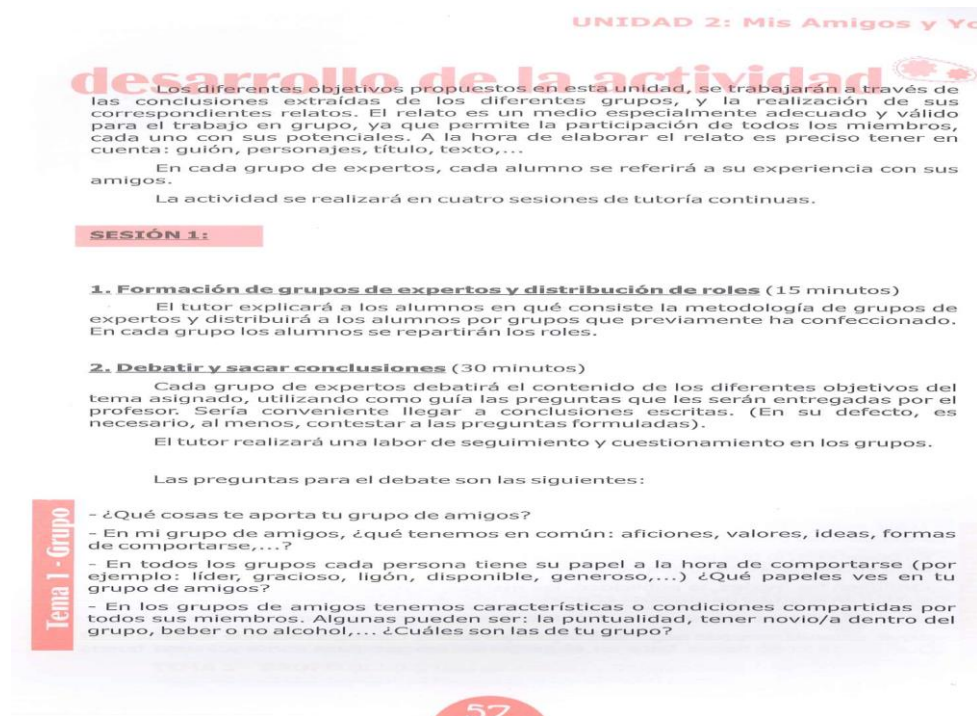
En estas edades pueden existir pandillas de un mismo sexo o mixtas, en las que se desarrollan los patrones de comportamiento según el género. Es en este núcleo donde el adolescente comparte las primeras atracciones sexuales y el deseo de querer ligar. Existe una atención importante en este sentido por seducir, por la imagen y por la estética; interés por el comienzo de las prácticas sexuales en pareja... todo ello inmerso en una etapa de cambios psicológicos y fisiológicos.

55

Ejemplo del desarrollo teórico de la actividad sobre Mis amigos y yo para 4º de ESO



Consideraciones a tener en cuenta para desarrollar la actividad de Mis amigos y yo para 4º de ESO



Desarrollo de la actividad de la unidad Mis amigos y yo para 4º de ESO



## UNIDAD 2: Mis Amigos y Yo

## Tema 5 - Grupo 5:

- Cuando una persona consume drogas, ¿por cuáles empieza?, ¿y por cuáles puede continuar?
- Los datos nos dicen que, cuanto más joven se empieza a consumir drogas, hay más probabilidades de desarrollar una dependencia. ¿Qué opinas? ¿Conoces algún caso?
- ¿Qué reacción tiene mi grupo de amigos cuando uno de nosotros consume estas sustancias, o cuando nos las ofrecen?

**3. Informar** (5 minutos)

Se les comentará que en la próxima sesión realizarán un relato relacionado con el tema debatido en su grupo de expertos.

Este relato puede ilustrarse de diferentes formas: cómic, fotos, collage, carteles,... Para ello el grupo necesitará recabar materiales y traerlos para la próxima sesión.

El tutor recogerá las conclusiones elaboradas por cada grupo para trabajar con ellas en la próxima sesión.

**SESIÓN 2:****1. Cada grupo de expertos realizará un guión para el relato** (20 minutos)

Con las conclusiones elaboradas en la sesión anterior y las siguientes situaciones, cada grupo de expertos realizará un relato (pudiendo ponerle título):

**TEMA 1 - GRUPO 1:** Un miembro del grupo invita a un compañero nuevo de clase a su cumpleaños con la intención de presentarlo al resto del grupo para que se integre en él.

**TEMA 2 - GRUPO 2:** Dos personas del grupo se atraen. Ambos no saben cómo romper el hielo y están inseguros a la hora de mostrar al otro su atracción.

**TEMA 3 - GRUPO 3:** Un grupo de amigos y amigas están planeando una salida de fin de semana al campo, con mochilas, tiendas de campaña, bocadillos, etc.

**TEMA 4 - GRUPO 4:** El grupo está pensando qué hacer el sábado. Existen varias propuestas. Es necesario negociar...

**TEMA 5 - GRUPO 5:** Un grupo de amigos y amigas tiene un encuentro en su lugar de marcha con dos personas que les ofrecen porros.

59

Continuación desarrollo de la actividad de la unidad Mis amigos y yo para 4º de ESO

entre todos

manual del profesor

Es importante que el tutor siga el proceso de realización del relato, con el fin de que se vean recogidas el mayor número de ideas reflexionadas por el grupo y que se llegue a un final en el que se cumplan los objetivos.

**2. Elaboración del relato y su posible ilustración** (30 minutos)

La extensión mínima será de dos páginas. Una vez elaborados los relatos, el tutor los recogerá y hará una copia para sus autores.

**SESIÓN 3:****1. Presentación de las conclusiones y del relato al grupo inicial** (50 minutos)

Se constituyen, de nuevo, los grupos iniciales.

Cada experto expondrá a su grupo las conclusiones y el relato. Se trabajarán los temas de los grupos 1, 2 y 3, dejando tiempo para debatir cada uno de ellos.

**SESIÓN 4:****1. Presentación de las conclusiones y del relato al grupo inicial** (35 minutos)

Se trabajan los temas correspondientes a los grupos 4 y 5, dejando tiempo para debatir cada uno de ellos.

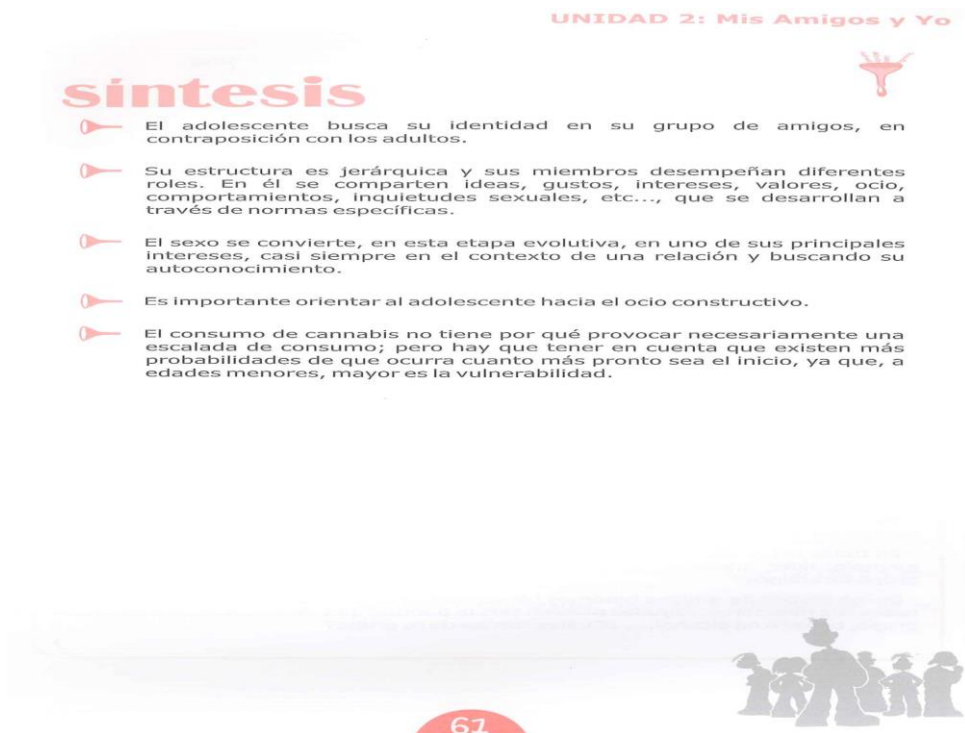
**2. Cierre de la dinámica** (15 minutos)

Los alumnos expondrán en gran grupo lo que han aprendido, qué les ha aportado, qué dificultades han tenido, etc., en esta unidad.

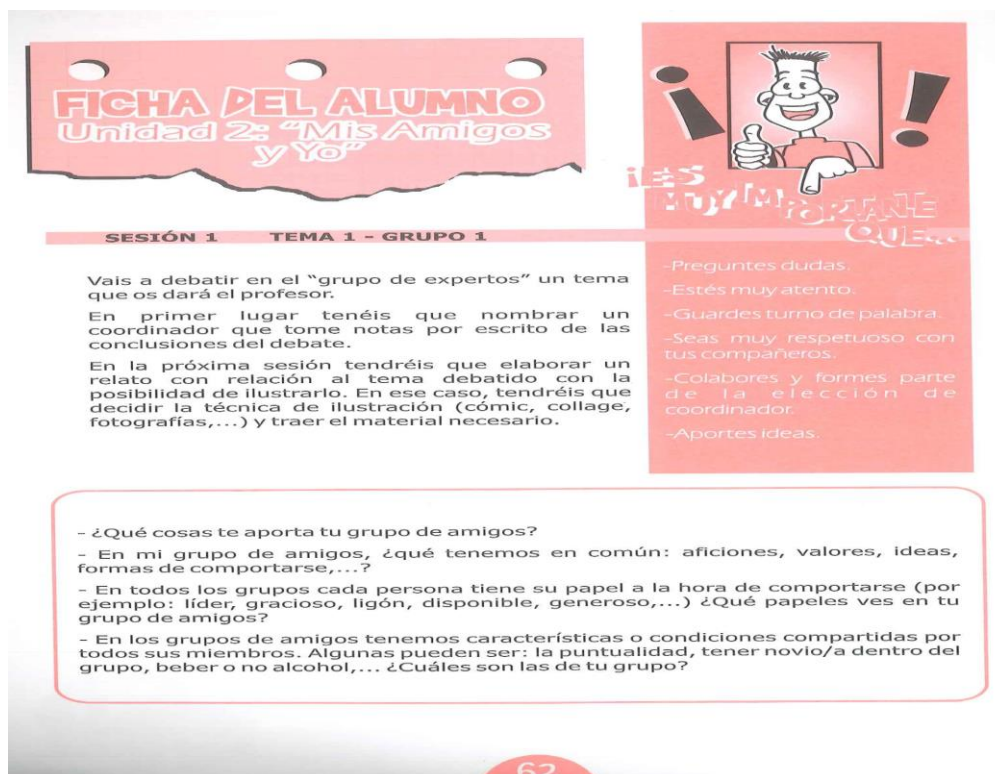
El tutor podrá realizar una revista con los relatos originales. Para la portada, podrá utilizar la ficha correspondiente.

60

Continuación desarrollo de la actividad de la unidad Mis amigos y yo para 4º de ESO



Ejemplo de conclusiones de la actividad de Mis amigos y yo de 4º de ESO



Ejemplo de ficha para realizar la actividad de la unidad Mis amigos y yo para 4º de ESO



## ANEXO 6: RESULTADOS PRUEBA JI CUADRADO 1º

### ESO

#### RESULTADOS JI CUADRADO 1º DE ESO

##### CROSSTABS

```

/TABLES=añoacadémico BY tabaco_salud tabaco_engancha tabaco_humo
tabaco_resistencia cannabis_salud cannabis_engancha cannabis_snc cannabis_circula
tabaco_frecuencia inicio_tabaco amigos_tabaco cannabis_probado cannabis_frecuencia
inicio_cannabis amigos_cannabis
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL.
    
```

#### Tablas de contingencia

Notas	
Resultados creados	
Comentarios	
	Datos
	Conjunto de datos activo
Entrada	Filtro
	Peso
	Dividir archivo
	Núm. de filas del archivo de trabajo
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los perdidos
	Casos utilizados
Sintaxis	
	Tiempo de procesador
Recursos	Tiempo transcurrido
	Dimensiones solicitadas
	Casillas disponibles

Notas	
Resultados creados	13-DEC-2014 21:03:03
Comentarios	
	C:\Users\ELOISA\Dropbox\Proyectos con Belén Quintero\TESIS\SPSS\base de datos 1º ESO definitiva 2014.sav
Entrada	Conjunto_de_datos1
	pretestpostest = 2 (FILTER)
	<ninguno>
	<ninguno>
	136
	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos.
Tratamiento de los valores perdidos	Los estadísticos de las tablas se basan en todos los casos con datos válidos en los rangos especificados para todas las variables de las tablas.
	Casos utilizados

## Notas

Sintaxis		<pre> CROSSTABS   /TABLES=añoacadémico BY   tabaco_salud tabaco_engancha   tabaco_humo tabaco_resistencia   cannabis_salud   cannabis_engancha cannabis_snc   cannabis_circula tabaco_frecuencia   inicio_tabaco amigos_tabaco   cannabis_probado   cannabis_frecuencia   inicio_cannabis amigos_cannabis   /FORMAT=AVALUE TABLES   /STATISTICS=CHISQ   /CELLS=COUNT ROW   /COUNT ROUND CELL. </pre>
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00,03
	Tiempo transcurrido	00:00:00,03
	Dimensiones solicitadas	2
	Casillas disponibles	131029

[Conjunto\_de\_datos1] C:\Users\TESIS\SPSS\base de datos 1º ESO definitiva 2014.sav

## Resumen del procesamiento de los casos

	Casos
	Válidos
	N
curso * fumar tabaco perjudica la salud	127
curso * el tabaco produce adicción	131
curso * el humo del tabaco perjudica a los no fumadores	131
curso * el consumo de tabaco disminuye la resistencia física	131
curso * el consumo de cannabis perjudica a la salud	131
curso * el cannabis produce adicción	131
curso * el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC	131
curso * el cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón	131
curso * fumas al menos un cigarro a la semana	131
curso * con qué edad probaste por primera vez el tabaco	131
curso * tienes amigos que consumo tabaco	129
curso * has probado el cannabis alguna vez en tu vida	129
curso * fumas un porro a la semana	129
curso * con qué edad probaste por primera vez el porro	129
curso * tienes amigos que consuman cannabis	129

## Resumen del procesamiento de los casos

	Casos
	Válidos
	Porcentaje
curso * fumar tabaco perjudica la salud	93,4%
curso * el tabaco produce adicción	96,3%
curso * el humo del tabaco perjudica a los no fumadores	96,3%
curso * el consumo de tabaco disminuye la resistencia física	96,3%
curso * el consumo de cannabis perjudica a la salud	96,3%
curso * el cannabis produce adicción	96,3%
curso * el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC	96,3%
curso * el cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón	96,3%
curso * fumas al menos un cigarro a la semana	96,3%
curso * con qué edad probaste por primera vez el tabaco	96,3%
curso * tienes amigos que consumo tabaco	94,9%
curso * has probado el cannabis alguna vez en tu vida	94,9%
curso * fumas un porro a la semana	94,9%
curso * con qué edad probaste por primera vez el porro	94,9%



**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos
	Válidos
	Porcentaje
curso * tienes amigos que consuman cannabis	94,9%

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos
	Perdidos
	N
curso * fumar tabaco perjudica la salud	9
curso * el tabaco produce adicción	5
curso * el humo del tabaco perjudica a los no fumadores	5
curso * el consumo de tabaco disminuye la resistencia física	5
curso * el consumo de cannabis perjudica a la salud	5
curso * el cannabis produce adicción	5
curso * el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC	5
curso * el cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón	5
curso * fumas al menos un cigarro a la semana	5
curso * con qué edad probaste por primera vez el tabaco	5
curso * tienes amigos que consumo tabaco	7
curso * has probado el cannabis alguna vez en tu vida	7
curso * fumas un porro a la semana	7
curso * con qué edad probaste por primera vez el porro	7
curso * tienes amigos que consuman cannabis	7

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos
	Perdidos
	Porcentaje
curso * fumar tabaco perjudica la salud	6,6%
curso * el tabaco produce adicción	3,7%
curso * el humo del tabaco perjudica a los no fumadores	3,7%
curso * el consumo de tabaco disminuye la resistencia física	3,7%
curso * el consumo de cannabis perjudica a la salud	3,7%
curso * el cannabis produce adicción	3,7%
curso * el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC	3,7%
curso * el cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón	3,7%
curso * fumas al menos un cigarro a la semana	3,7%
curso * con qué edad probaste por primera vez el tabaco	3,7%
curso * tienes amigos que consumo tabaco	5,1%
curso * has probado el cannabis alguna vez en tu vida	5,1%
curso * fumas un porro a la semana	5,1%
curso * con qué edad probaste por primera vez el porro	5,1%
curso * tienes amigos que consuman cannabis	5,1%

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos
	Total
	N
curso * fumar tabaco perjudica la salud	136
curso * el tabaco produce adicción	136
curso * el humo del tabaco perjudica a los no fumadores	136
curso * el consumo de tabaco disminuye la resistencia física	136
curso * el consumo de cannabis perjudica a la salud	136
curso * el cannabis produce adicción	136
curso * el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC	136
curso * el cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón	136
curso * fumas al menos un cigarro a la semana	136
curso * con qué edad probaste por primera vez el tabaco	136
curso * tienes amigos que consumo tabaco	136
curso * has probado el cannabis alguna vez en tu vida	136

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos
	Total
	N
	curso * fumas un porro a la semana
curso * con qué edad probaste por primera vez el porro	136
curso * tienes amigos que consuman cannabis	136

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos
	Total
	Porcentaje
curso * fumar tabaco perjudica la salud	100,0%
curso * el tabaco produce adicción	100,0%
curso * el humo del tabaco perjudica a los no fumadores	100,0%
curso * el consumo de tabaco disminuye la resistencia física	100,0%
curso * el consumo de cannabis perjudica a la salud	100,0%
curso * el cannabis produce adicción	100,0%
curso * el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC	100,0%
curso * el cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón	100,0%
curso * fumas al menos un cigarro a la semana	100,0%
curso * con qué edad probaste por primera vez el tabaco	100,0%
curso * tienes amigos que consumo tabaco	100,0%
curso * has probado el cannabis alguna vez en tu vida	100,0%
curso * fumas un porro a la semana	100,0%
curso * con qué edad probaste por primera vez el porro	100,0%
curso * tienes amigos que consuman cannabis	100,0%

**curso \* fumar tabaco perjudica la salud****Tabla de contingencia**

		fumar tabaco perjudica la salud			Total
		FALSO	VERDADERO	NO SÉ	
2006/2007	Recuento	23	2	1	26
	% dentro de curso	88,5%	7,7%	3,8%	100,0%
2007/2008	Recuento	28	0	0	28
	% dentro de curso	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
2008/2009	Recuento	23	1	0	24
	% dentro de curso	95,8%	4,2%	0,0%	100,0%
2009/2010	Recuento	35	14	0	49
	% dentro de curso	71,4%	28,6%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	109	17	1	127
	% dentro de curso	85,8%	13,4%	0,8%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,368 <sup>a</sup>	6	,002
Razón de verosimilitudes	22,020	6	,001
Asociación lineal por lineal	4,528	1	,033
N de casos válidos	127		

a. 7 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,19.

### curso \* el tabaco produce adicción

Tabla de contingencia

		el tabaco produce adicción			Total
		FALSO	VERDADERO	NO SÉ	
2006/2007	Recuento	21	4	1	26
	% dentro de curso	80,8%	15,4%	3,8%	100,0%
2007/2008	Recuento	28	0	0	28
	% dentro de curso	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
2008/2009	Recuento	22	2	0	24
	% dentro de curso	91,7%	8,3%	0,0%	100,0%
2009/2010	Recuento	26	24	3	53
	% dentro de curso	49,1%	45,3%	5,7%	100,0%
Total	Recuento	97	30	4	131
	% dentro de curso	74,0%	22,9%	3,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,875 <sup>a</sup>	6	,000
Razón de verosimilitudes	38,125	6	,000
Asociación lineal por lineal	13,822	1	,000
N de casos válidos	131		

a. 4 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,73.

### curso \* el humo del tabaco perjudica a los no fumadores

Tabla de contingencia

		el humo del tabaco perjudica a los no fumadores		Total
		FALSO	VERDADERO	
2006/2007	Recuento	21	5	26
	% dentro de curso	80,8%	19,2%	100,0%
2007/2008	Recuento	26	2	28
	% dentro de curso	92,9%	7,1%	100,0%
2008/2009	Recuento	23	1	24
	% dentro de curso	95,8%	4,2%	100,0%
2009/2010	Recuento	21	32	53
	% dentro de curso	39,6%	60,4%	100,0%
Total	Recuento	91	40	131
	% dentro de curso	69,5%	30,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,910 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	41,861	3	,000
Asociación lineal por lineal	20,800	1	,000
N de casos válidos	131		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,33.

**curso \* el consumo de tabaco disminuye la resistencia física****Tabla de contingencia**

		el consumo de tabaco disminuye la resistencia física		Total
		FALSO	VERDADERO	
2006/2007	Recuento	18	8	26
	% dentro de curso	69,2%	30,8%	100,0%
2007/2008	Recuento	27	1	28
	% dentro de curso	96,4%	3,6%	100,0%
2008/2009	Recuento	21	3	24
	% dentro de curso	87,5%	12,5%	100,0%
2009/2010	Recuento	0	53	53
	% dentro de curso	0,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	66	65	131
	% dentro de curso	50,4%	49,6%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	94,487 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	122,787	3	,000
Asociación lineal por lineal	53,982	1	,000
N de casos válidos	131		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,91.

**curso \* el consumo de cannabis perjudica a la salud****Tabla de contingencia**

		el consumo de cannabis perjudica a la salud		Total
		FALSO	VERDADERO	
2006/2007	Recuento	21	5	26
	% dentro de curso	80,8%	19,2%	100,0%
2007/2008	Recuento	27	1	28
	% dentro de curso	96,4%	3,6%	100,0%
2008/2009	Recuento	22	2	24
	% dentro de curso	91,7%	8,3%	100,0%
2009/2010	Recuento	0	53	53
	% dentro de curso	0,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	70	61	131
	% dentro de curso	53,4%	46,6%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	103,526 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	133,133	3	,000
Asociación lineal por lineal	66,195	1	,000
N de casos válidos	131		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,18.

### curso \* el cannabis produce adicción

Tabla de contingencia

		el cannabis produce adicción			Total
		FALSO	VERDADERO	NO SÉ	
2006/2007	Recuento	16	10	0	26
	% dentro de curso	61,5%	38,5%	0,0%	100,0%
2007/2008	Recuento	27	1	0	28
	% dentro de curso	96,4%	3,6%	0,0%	100,0%
2008/2009	Recuento	20	4	0	24
	% dentro de curso	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%
2009/2010	Recuento	1	49	3	53
	% dentro de curso	1,9%	92,5%	5,7%	100,0%
Total	Recuento	64	64	3	131
	% dentro de curso	48,9%	48,9%	2,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	86,052 <sup>a</sup>	6	,000
Razón de verosimilitudes	108,273	6	,000
Asociación lineal por lineal	44,023	1	,000
N de casos válidos	131		

a. 4 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,55.

### curso \* el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC

Tabla de contingencia

		el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento cerebral y del SNC		Total
		FALSO	VERDADERO	
2006/2007	Recuento	18	8	26
	% dentro de curso	69,2%	30,8%	100,0%
2007/2008	Recuento	20	8	28
	% dentro de curso	71,4%	28,6%	100,0%
2008/2009	Recuento	21	3	24
	% dentro de curso	87,5%	12,5%	100,0%
2009/2010	Recuento	20	33	53
	% dentro de curso	37,7%	62,3%	100,0%
Total	Recuento	79	52	131
	% dentro de curso	60,3%	39,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,005 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	22,063	3	,000
Asociación lineal por lineal	8,982	1	,003
N de casos válidos	131		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,53.

**curso \* el cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón****Tabla de contingencia**

		el cannabis produce trastornos circulatorios y del corazón		Total
		FALSO	VERDADERO	
2006/2007	Recuento	14	12	26
	% dentro de curso	53,8%	46,2%	100,0%
2007/2008	Recuento	22	6	28
	% dentro de curso	78,6%	21,4%	100,0%
2008/2009	Recuento	17	7	24
	% dentro de curso	70,8%	29,2%	100,0%
2009/2010	Recuento	1	52	53
	% dentro de curso	1,9%	98,1%	100,0%
Total	Recuento	54	77	131
	% dentro de curso	41,2%	58,8%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,361 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	73,663	3	,000
Asociación lineal por lineal	32,735	1	,000
N de casos válidos	131		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,89.

**curso \* fumas al menos un cigarro a la semana****Tabla de contingencia**

		fumas al menos un cigarro a la semana		Total
		SI	NO	
2006/2007	Recuento	1	25	26
	% dentro de curso	3,8%	96,2%	100,0%
2007/2008	Recuento	1	27	28
	% dentro de curso	3,6%	96,4%	100,0%
2008/2009	Recuento	1	23	24
	% dentro de curso	4,2%	95,8%	100,0%
2009/2010	Recuento	0	53	53
	% dentro de curso	0,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	3	128	131
	% dentro de curso	2,3%	97,7%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,107 <sup>a</sup>	3	,551
Razón de verosimilitudes	3,171	3	,366
Asociación lineal por lineal	1,402	1	,236
N de casos válidos	131		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,55.

### curso \* con qué edad probaste por primera vez el tabaco

Tabla de contingencia

		con qué edad probaste por primera vez el tabaco			
		16-18 años	12-15 años	9-11 años	nunca
2006/2007	Recuento	0	6	2	18
	% dentro de curso	0,0%	23,1%	7,7%	69,2%
2007/2008	Recuento	2	3	0	23
	% dentro de curso	7,1%	10,7%	0,0%	82,1%
2008/2009	Recuento	2	4	2	16
	% dentro de curso	8,3%	16,7%	8,3%	66,7%
2009/2010	Recuento	8	45	0	0
	% dentro de curso	15,1%	84,9%	0,0%	0,0%
Total	Recuento	12	58	4	57
	% dentro de curso	9,2%	44,3%	3,1%	43,5%

Tabla de contingencia

			Total
2006/2007	Recuento		26
	% dentro de curso		100,0%
2007/2008	Recuento		28
	% dentro de curso		100,0%
2008/2009	Recuento		24
	% dentro de curso		100,0%
2009/2010	Recuento		53
	% dentro de curso		100,0%
Total	Recuento		131
	% dentro de curso		100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	84,288 <sup>a</sup>	9	,000
Razón de verosimilitudes	108,385	9	,000
Asociación lineal por lineal	52,270	1	,000
N de casos válidos	131		

a. 8 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,73.

### curso \* tienes amigos que consumo tabaco

Tabla de contingencia

		tienes amigos que consumo tabaco		Total
		SI	NO	
2006/2007	Recuento	15	11	26
	% dentro de curso	57,7%	42,3%	100,0%
2007/2008	Recuento	25	3	28
	% dentro de curso	89,3%	10,7%	100,0%
2008/2009	Recuento	18	6	24

	% dentro de curso	75,0%	25,0%	100,0%
2009/2010	Recuento	50	1	51
	% dentro de curso	98,0%	2,0%	100,0%
Total	Recuento	108	21	129
	% dentro de curso	83,7%	16,3%	100,0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,572 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	23,292	3	,000
Asociación lineal por lineal	15,333	1	,000
N de casos válidos	129		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,91.

### curso \* has probado el cannabis alguna vez en tu vida

Tabla de contingencia

		has probado el cannabis alguna vez en tu vida		Total	
		SI	NO		
curso	2006/2007	Recuento	0	26	26
		% dentro de curso	0,0%	100,0%	100,0%
	2007/2008	Recuento	0	28	28
		% dentro de curso	0,0%	100,0%	100,0%
	2008/2009	Recuento	1	23	24
		% dentro de curso	4,2%	95,8%	100,0%
	2009/2010	Recuento	47	4	51
		% dentro de curso	92,2%	7,8%	100,0%
	Total	Recuento	48	81	129
		% dentro de curso	37,2%	62,8%	100,0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	109,121 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	133,940	3	,000
Asociación lineal por lineal	80,370	1	,000
N de casos válidos	129		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,93.

### curso \* fumas un porro a la semana

Tabla de contingencia

		fumas un porro a la semana		Total	
		SI	NO		
curso	2006/2007	Recuento	0	26	26
		% dentro de curso	0,0%	100,0%	100,0%
	2007/2008	Recuento	0	28	28
		% dentro de curso	0,0%	100,0%	100,0%
	2008/2009	Recuento	1	23	24



	% dentro de curso	4,2%	95,8%	100,0%
2009/2010	Recuento	48	3	51
	% dentro de curso	94,1%	5,9%	100,0%
Total	Recuento	49	80	129
	% dentro de curso	38,0%	62,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	112,945 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	140,176	3	,000
Asociación lineal por lineal	83,128	1	,000
N de casos válidos	129		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,12.

**curso \* con qué edad probaste por primera vez el porro**

**Tabla de contingencia**

		con qué edad probaste por primera vez el porro		Total	
		16-18 años	nunca		
curso	2006/2007	Recuento	0	26	26
		% dentro de curso	0,0%	100,0%	100,0%
	2007/2008	Recuento	0	28	28
		% dentro de curso	0,0%	100,0%	100,0%
	2008/2009	Recuento	1	23	24
		% dentro de curso	4,2%	95,8%	100,0%
	2009/2010	Recuento	44	7	51
		% dentro de curso	86,3%	13,7%	100,0%
	Total	Recuento	45	84	129
		% dentro de curso	34,9%	65,1%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	98,194 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	117,746	3	,000
Asociación lineal por lineal	72,488	1	,000
N de casos válidos	129		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,37.

**curso \* tienes amigos que consuman cannabis**

**Tabla de contingencia**

		tienes amigos que consuman cannabis		Total	
		SI	NO		
curso	2006/2007	Recuento	3	23	26
		% dentro de curso	11,5%	88,5%	100,0%
	2007/2008	Recuento	11	17	28

	% dentro de curso	39,3%	60,7%	100,0%
2008/2009	Recuento	6	18	24
	% dentro de curso	25,0%	75,0%	100,0%
2009/2010	Recuento	45	6	51
	% dentro de curso	88,2%	11,8%	100,0%
Total	Recuento	65	64	129
	% dentro de curso	50,4%	49,6%	100,0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,489 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	58,770	3	,000
Asociación lineal por lineal	40,840	1	,000
N de casos válidos	129		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,91.

## ANEXO 7: RESULTADOS PRUEBA JI CUADRADO 2º ESO

### RESULTADOS PRUEBA JI CUADRADO 2º ESO

#### CROSSTABS

```

/TABLES=añoacadémico BY alchoho_salud alcohol_adicción alcohol_problemas
alcohol_tiempolibre cannabis_salud cannabis_legal cannabis_adicción cannabis_snc
cannabis_trastornos prob_alcohol n_alcohol f_alcohol edad_alcohol amigos_alcohol
probar_cannabis n_cannabis f_cannabis edad_cannabis amigos_cannabis
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL.
    
```

### Tablas de contingencia

Notas	
Resultados creados	
Comentarios	
Entrada	Datos Conjunto de datos activo Filtro Peso Dividir archivo Núm. de filas del archivo de trabajo
Tratamiento de los valores perdidos	Definición de los perdidos Casos utilizados
Sintaxis	
Recursos	Tiempo de procesador Tiempo transcurrido Dimensiones solicitadas Casillas disponibles

Notas	
Resultados creados	13-DEC-2014 21:07:01
Comentarios	
Entrada	C:\Users\ELOISA\Dropbox\Proyectos con Belén Quintero\TESIS\SPSS\base de datos 2º ESO definitiva 2014.sav Conjunto_de_datos1 pretestpostest = 2 (FILTER) <ninguno> <ninguno> 128
Tratamiento de los valores perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario serán tratados como perdidos. Los estadísticos de las tablas se basan en todos los casos con datos válidos en los rangos especificados para todas las variables de las tablas.

## Notas

Resultados creados	13-DEC-2014 21:07:01
Comentarios	
Sintaxis	<pre> CROSSTABS   /TABLES=añoacadémico    BY alcoho_salud    alcohol_adicción alcohol_problemas alcohol_tiempolibre cannabis_salud cannabis_legal  cannabis_adicción cannabis_snc   cannabis_trastornos prob_alcohol   n_alcohol   f_alcohol edad_alcohol   amigos_alcohol probar_cannabis    n_cannabis f_cannabis      edad_cannabis amigos_cannabis /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ /CELLS=COUNT ROW /COUNT ROUND CELL. </pre>
Recursos	Tiempo de procesador 00:00:00,03 Tiempo transcurrido 00:00:00,03 Dimensiones solicitadas 2 Casillas disponibles 131029

[Conjunto\_de\_datos1] C:\Users\TESIS\SPSS\base de datos 2º ESO definitiva 2014.sav

## Resumen del procesamiento de los casos

	Casos
	Válidos
	N
curso * beber alcohol perjudica a la salud	83
curso * beber alcohol crea adicción	83
curso * cuando una persona bebe puede tener problemas	83
curso * es necesario beber alcohol para pasarlo bien con los amigos	81
curso * el cannabis perjudica la salud	83
curso * el cannabis es una sustancia legal	82
curso * el cannabis crea adicción	83
curso * el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento del cerebro y del SNC	83
curso * el cannabis produce problemas circulatorios y del corazón	83
curso * has consumido alcohol alguna vez en tu vida	83
curso * bebes alcohol al menos una vez a la semana	83
curso * bebes alcohol al menos una vez al mes	83
curso * edad de comienzo del alcohol	83
curso * tienes amigos que consumen alcohol	83
curso * has probado cannabis alguna vez en tu vida	83
curso * fumas porros al menos una vez a la semana	83
curso * fumas porros al menos una vez al mes	83
curso * edad de comienzo del cannabis	83
curso * tienes amigos que consuman cannabis	83

## Resumen del procesamiento de los casos

	Casos
	Válidos
	Porcentaje
curso * beber alcohol perjudica a la salud	64,8%
curso * beber alcohol crea adicción	64,8%
curso * cuando una persona bebe puede tener problemas	64,8%
curso * es necesario beber alcohol para pasarlo bien con los amigos	63,3%
curso * el cannabis perjudica la salud	64,8%
curso * el cannabis es una sustancia legal	64,1%
curso * el cannabis crea adicción	64,8%

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos
	Válidos
	Porcentaje
curso * el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento del cerebro y del SNC	64,8%
curso * el cannabis produce problemas circulatorios y del corazón	64,8%
curso * has consumido alcohol alguna vez en tu vida	64,8%
curso * bebes alcohol al menos una vez a la semana	64,8%
curso * bebes alcohol al menos una vez al mes	64,8%
curso * edad de comienzo del alcohol	64,8%
curso * tienes amigos que consumen alcohol	64,8%
curso * has probado cannabis alguna vez en tu vida	64,8%
curso * fumas porros al menos una vez a la semana	64,8%
curso * fumas porros al menos una vez al mes	64,8%
curso * edad de comienzo del cannabis	64,8%
curso * tienes amigos que consuman cannabis	64,8%

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos
	Perdidos
	N
curso * beber alcohol perjudica a la salud	45
curso * beber alcohol crea adicción	45
curso * cuando una persona bebe puede tener problemas	45
curso * es necesario beber alcohol para pasarlo bien con los amigos	47
curso * el cannabis perjudica la salud	45
curso * el cannabis es una sustancia legal	46
curso * el cannabis crea adicción	45
curso * el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento del cerebro y del SNC	45
curso * el cannabis produce problemas circulatorios y del corazón	45
curso * has consumido alcohol alguna vez en tu vida	45
curso * bebes alcohol al menos una vez a la semana	45
curso * bebes alcohol al menos una vez al mes	45
curso * edad de comienzo del alcohol	45
curso * tienes amigos que consumen alcohol	45
curso * has probado cannabis alguna vez en tu vida	45
curso * fumas porros al menos una vez a la semana	45
curso * fumas porros al menos una vez al mes	45
curso * edad de comienzo del cannabis	45
curso * tienes amigos que consuman cannabis	45

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos
	Perdidos
	Porcentaje
curso * beber alcohol perjudica a la salud	35,2%
curso * beber alcohol crea adicción	35,2%
curso * cuando una persona bebe puede tener problemas	35,2%
curso * es necesario beber alcohol para pasarlo bien con los amigos	36,7%
curso * el cannabis perjudica la salud	35,2%
curso * el cannabis es una sustancia legal	35,9%
curso * el cannabis crea adicción	35,2%
curso * el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento del cerebro y del SNC	35,2%
curso * el cannabis produce problemas circulatorios y del corazón	35,2%
curso * has consumido alcohol alguna vez en tu vida	35,2%
curso * bebes alcohol al menos una vez a la semana	35,2%
curso * bebes alcohol al menos una vez al mes	35,2%
curso * edad de comienzo del alcohol	35,2%
curso * tienes amigos que consumen alcohol	35,2%
curso * has probado cannabis alguna vez en tu vida	35,2%
curso * fumas porros al menos una vez a la semana	35,2%
curso * fumas porros al menos una vez al mes	35,2%
curso * edad de comienzo del cannabis	35,2%

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos
	Perdidos
	Porcentaje
curso * tienes amigos que consuman cannabis	35,2%

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos
	Total
	N
curso * beber alcohol perjudica a la salud	128
curso * beber alcohol crea adicción	128
curso * cuando una persona bebe puede tener problemas	128
curso * es necesario beber alcohol para pasarlo bien con los amigos	128
curso * el cannabis perjudica la salud	128
curso * el cannabis es una sustancia legal	128
curso * el cannabis crea adicción	128
curso * el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento del cerebro y del SNC	128
curso * el cannabis produce problemas circulatorios y del corazón	128
curso * has consumido alcohol alguna vez en tu vida	128
curso * bebes alcohol al menos una vez a la semana	128
curso * bebes alcohol al menos una vez al mes	128
curso * edad de comienzo del alcohol	128
curso * tienes amigos que consumen alcohol	128
curso * has probado cannabis alguna vez en tu vida	128
curso * fumas porros al menos una vez a la semana	128
curso * fumas porros al menos una vez al mes	128
curso * edad de comienzo del cannabis	128
curso * tienes amigos que consuman cannabis	128

**Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos
	Total
	Porcentaje
curso * beber alcohol perjudica a la salud	100,0%
curso * beber alcohol crea adicción	100,0%
curso * cuando una persona bebe puede tener problemas	100,0%
curso * es necesario beber alcohol para pasarlo bien con los amigos	100,0%
curso * el cannabis perjudica la salud	100,0%
curso * el cannabis es una sustancia legal	100,0%
curso * el cannabis crea adicción	100,0%
curso * el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento del cerebro y del SNC	100,0%
curso * el cannabis produce problemas circulatorios y del corazón	100,0%
curso * has consumido alcohol alguna vez en tu vida	100,0%
curso * bebes alcohol al menos una vez a la semana	100,0%
curso * bebes alcohol al menos una vez al mes	100,0%
curso * edad de comienzo del alcohol	100,0%
curso * tienes amigos que consumen alcohol	100,0%
curso * has probado cannabis alguna vez en tu vida	100,0%
curso * fumas porros al menos una vez a la semana	100,0%
curso * fumas porros al menos una vez al mes	100,0%
curso * edad de comienzo del cannabis	100,0%
curso * tienes amigos que consuman cannabis	100,0%

## curso \* beber alcohol perjudica a la salud

Tabla de contingencia

		beber alcohol perjudica a la salud		Total	
		FALSO	VERDADERO		
curso	2006/2007	Recuento	22	2	24
		% dentro de curso	91,7%	8,3%	100,0%
	2007/2008	Recuento	22	0	22
		% dentro de curso	100,0%	0,0%	100,0%
	2008/2009	Recuento	26	0	26
		% dentro de curso	100,0%	0,0%	100,0%
	2009/2010	Recuento	11	0	11
		% dentro de curso	100,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	81	2	83
		% dentro de curso	97,6%	2,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,038 <sup>a</sup>	3	,169
Razón de verosimilitudes	5,086	3	,166
Asociación lineal por lineal	3,208	1	,073
N de casos válidos	83		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

## curso \* beber alcohol crea adicción

Tabla de contingencia

		beber alcohol crea adicción			Total	
		FALSO	VERDADERO	NO SÉ		
curso	2006/2007	Recuento	20	4	0	24
		% dentro de curso	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%
	2007/2008	Recuento	20	1	1	22
		% dentro de curso	90,9%	4,5%	4,5%	100,0%
	2008/2009	Recuento	26	0	0	26
		% dentro de curso	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	2009/2010	Recuento	8	3	0	11
		% dentro de curso	72,7%	27,3%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	74	8	1	83
		% dentro de curso	89,2%	9,6%	1,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,424 <sup>a</sup>	6	,076
Razón de verosimilitudes	12,560	6	,051
Asociación lineal por lineal	,069	1	,792
N de casos válidos	83		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

**curso \* cuando una persona bebe puede tener problemas****Tabla de contingencia**

		cuando una persona bebe puede tener problemas		Total	
		FALSO	VERDADERO		
curso	2006/2007	Recuento	23	1	24
		% dentro de curso	95,8%	4,2%	100,0%
	2007/2008	Recuento	22	0	22
		% dentro de curso	100,0%	0,0%	100,0%
	2008/2009	Recuento	26	0	26
		% dentro de curso	100,0%	0,0%	100,0%
	2009/2010	Recuento	10	1	11
		% dentro de curso	90,9%	9,1%	100,0%
	Total	Recuento	81	2	83
		% dentro de curso	97,6%	2,4%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,588 <sup>a</sup>	3	,309
Razón de verosimilitudes	3,838	3	,279
Asociación lineal por lineal	,086	1	,770
N de casos válidos	83		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

**curso \* es necesario beber alcohol para pasarlo bien con los amigos****Tabla de contingencia**

		es necesario beber alcohol para pasarlo bien con los amigos			Total	
		FALSO	VERDADERO	NO SÉ		
curso	2006/2007	Recuento	4	20	0	24
		% dentro de curso	16,7%	83,3%	0,0%	100,0%
	2007/2008	Recuento	1	21	0	22
		% dentro de curso	4,5%	95,5%	0,0%	100,0%
	2008/2009	Recuento	3	20	1	24
		% dentro de curso	12,5%	83,3%	4,2%	100,0%
	2009/2010	Recuento	0	11	0	11
		% dentro de curso	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	8	72	1	81
		% dentro de curso	9,9%	88,9%	1,2%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,808 <sup>a</sup>	6	,445
Razón de verosimilitudes	6,901	6	,330
Asociación lineal por lineal	1,686	1	,194
N de casos válidos	81		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,14.



## curso \* el cannabis perjudica la salud

Tabla de contingencia

		el cannabis perjudica la salud			Total	
		FALSO	VERDADERO	NO SÉ		
curso	2006/2007	Recuento	22	2	0	24
		% dentro de curso	91,7%	8,3%	0,0%	100,0%
	2007/2008	Recuento	21	1	0	22
		% dentro de curso	95,5%	4,5%	0,0%	100,0%
	2008/2009	Recuento	23	1	2	26
		% dentro de curso	88,5%	3,8%	7,7%	100,0%
	2009/2010	Recuento	6	5	0	11
		% dentro de curso	54,5%	45,5%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	72	9	2	83
		% dentro de curso	86,7%	10,8%	2,4%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,238 <sup>a</sup>	6	,003
Razón de verosimilitudes	15,887	6	,014
Asociación lineal por lineal	5,375	1	,020
N de casos válidos	83		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

## curso \* el cannabis es una sustancia legal

Tabla de contingencia

		el cannabis es una sustancia legal		Total	
		FALSO	VERDADERO		
curso	2006/2007	Recuento	1	23	24
		% dentro de curso	4,2%	95,8%	100,0%
	2007/2008	Recuento	0	21	21
		% dentro de curso	0,0%	100,0%	100,0%
	2008/2009	Recuento	5	21	26
		% dentro de curso	19,2%	80,8%	100,0%
	2009/2010	Recuento	0	11	11
		% dentro de curso	0,0%	100,0%	100,0%
	Total	Recuento	6	76	82
		% dentro de curso	7,3%	92,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,319 <sup>a</sup>	3	,040
Razón de verosimilitudes	9,159	3	,027
Asociación lineal por lineal	,843	1	,358
N de casos válidos	82		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,80.

**curso \* el cannabis crea adicción****Tabla de contingencia**

		el cannabis crea adicción		Total	
		FALSO	VERDADERO		
curso	2006/2007	Recuento	21	3	24
		% dentro de curso	87,5%	12,5%	100,0%
	2007/2008	Recuento	20	2	22
		% dentro de curso	90,9%	9,1%	100,0%
	2008/2009	Recuento	23	3	26
		% dentro de curso	88,5%	11,5%	100,0%
	2009/2010	Recuento	7	4	11
		% dentro de curso	63,6%	36,4%	100,0%
	Total	Recuento	71	12	83
		% dentro de curso	85,5%	14,5%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,034 <sup>a</sup>	3	,169
Razón de verosimilitudes	4,083	3	,253
Asociación lineal por lineal	1,883	1	,170
N de casos válidos	83		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,59.

**curso \* el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento del cerebro y del SNC****Tabla de contingencia**

		el consumo de cannabis disminuye el funcionamiento del cerebro y del SNC		Total	
		FALSO	VERDADERO		
curso	2006/2007	Recuento	19	5	24
		% dentro de curso	79,2%	20,8%	100,0%
	2007/2008	Recuento	18	4	22
		% dentro de curso	81,8%	18,2%	100,0%
	2008/2009	Recuento	21	5	26
		% dentro de curso	80,8%	19,2%	100,0%
	2009/2010	Recuento	5	6	11
		% dentro de curso	45,5%	54,5%	100,0%
	Total	Recuento	63	20	83
		% dentro de curso	75,9%	24,1%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,473 <sup>a</sup>	3	,091
Razón de verosimilitudes	5,623	3	,131
Asociación lineal por lineal	2,398	1	,121
N de casos válidos	83		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,65.

## curso \* el cannabis produce problemas circulatorios y del corazón

Tabla de contingencia

		el cannabis produce problemas circulatorios y del corazón		Total
		FALSO	VERDADERO	
2006/2007	Recuento	14	10	24
	% dentro de curso	58,3%	41,7%	100,0%
2007/2008	Recuento	11	11	22
	% dentro de curso	50,0%	50,0%	100,0%
2008/2009	Recuento	18	8	26
	% dentro de curso	69,2%	30,8%	100,0%
2009/2010	Recuento	5	6	11
	% dentro de curso	45,5%	54,5%	100,0%
Total	Recuento	48	35	83
	% dentro de curso	57,8%	42,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,632 <sup>a</sup>	3	,452
Razón de verosimilitudes	2,663	3	,446
Asociación lineal por lineal	,001	1	,979
N de casos válidos	83		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,64.

## curso \* has consumido alcohol alguna vez en tu vida

Tabla de contingencia

		has consumido alcohol alguna vez en tu vida		Total
		SI	NO	
2006/2007	Recuento	20	4	24
	% dentro de curso	83,3%	16,7%	100,0%
2007/2008	Recuento	13	9	22
	% dentro de curso	59,1%	40,9%	100,0%
2008/2009	Recuento	22	4	26
	% dentro de curso	84,6%	15,4%	100,0%
2009/2010	Recuento	8	3	11
	% dentro de curso	72,7%	27,3%	100,0%
Total	Recuento	63	20	83
	% dentro de curso	75,9%	24,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,264 <sup>a</sup>	3	,153
Razón de verosimilitudes	5,053	3	,168
Asociación lineal por lineal	,003	1	,957
N de casos válidos	83		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,65.

**curso \* bebes alcohol al menos una vez a la semana****Tabla de contingencia**

		bebes alcohol al menos una vez a la semana		Total
		SI	NO	
2006/2007	Recuento	4	20	24
	% dentro de curso	16,7%	83,3%	100,0%
2007/2008	Recuento	1	21	22
	% dentro de curso	4,5%	95,5%	100,0%
2008/2009	Recuento	5	21	26
	% dentro de curso	19,2%	80,8%	100,0%
2009/2010	Recuento	2	9	11
	% dentro de curso	18,2%	81,8%	100,0%
Total	Recuento	12	71	83
	% dentro de curso	14,5%	85,5%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,445 <sup>a</sup>	3	,485
Razón de verosimilitudes	2,939	3	,401
Asociación lineal por lineal	,215	1	,643
N de casos válidos	83		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,59.

**curso \* bebes alcohol al menos una vez al mes****Tabla de contingencia**

		bebes alcohol al menos una vez al mes		Total
		SI	NO	
2006/2007	Recuento	10	14	24
	% dentro de curso	41,7%	58,3%	100,0%
2007/2008	Recuento	7	15	22
	% dentro de curso	31,8%	68,2%	100,0%
2008/2009	Recuento	10	16	26
	% dentro de curso	38,5%	61,5%	100,0%
2009/2010	Recuento	5	6	11
	% dentro de curso	45,5%	54,5%	100,0%
Total	Recuento	32	51	83
	% dentro de curso	38,6%	61,4%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,741 <sup>a</sup>	3	,864
Razón de verosimilitudes	,747	3	,862
Asociación lineal por lineal	,027	1	,870
N de casos válidos	83		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,24.

## curso \* edad de comienzo del alcohol

Tabla de contingencia

		edad de comienzo del alcohol			
		16-18 años	12-15 años	9-11 años	nunca
2006/2007	Recuento	0	6	14	4
	% dentro de curso	0,0%	25,0%	58,3%	16,7%
2007/2008	Recuento	0	1	11	10
	% dentro de curso	0,0%	4,5%	50,0%	45,5%
2008/2009	Recuento	2	5	13	6
	% dentro de curso	7,7%	19,2%	50,0%	23,1%
2009/2010	Recuento	0	1	7	3
	% dentro de curso	0,0%	9,1%	63,6%	27,3%
Total	Recuento	2	13	45	23
	% dentro de curso	2,4%	15,7%	54,2%	27,7%

Tabla de contingencia

			Total
2006/2007	Recuento		24
	% dentro de curso		100,0%
2007/2008	Recuento		22
	% dentro de curso		100,0%
2008/2009	Recuento		26
	% dentro de curso		100,0%
2009/2010	Recuento		11
	% dentro de curso		100,0%
Total	Recuento		83
	% dentro de curso		100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,142 <sup>a</sup>	9	,205
Razón de verosimilitudes	12,688	9	,177
Asociación lineal por lineal	,063	1	,802
N de casos válidos	83		

a. 9 casillas (56,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,27.

**curso \* tienes amigos que consumen alcohol****Tabla de contingencia**

		tienes amigos que consumen alcohol		Total
		SI	NO	
2006/2007	Recuento	21	3	24
	% dentro de curso	87,5%	12,5%	100,0%
2007/2008	Recuento	14	8	22
	% dentro de curso	63,6%	36,4%	100,0%
2008/2009	Recuento	21	5	26
	% dentro de curso	80,8%	19,2%	100,0%
2009/2010	Recuento	9	2	11
	% dentro de curso	81,8%	18,2%	100,0%
Total	Recuento	65	18	83
	% dentro de curso	78,3%	21,7%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,155 <sup>a</sup>	3	,245
Razón de verosimilitudes	3,990	3	,263
Asociación lineal por lineal	,042	1	,837
N de casos válidos	83		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,39.

**curso \* has probado cannabis algun a vez en tu vida****Tabla de contingencia**

		has probado cannabis algun a vez en tu vida		Total
		SI	NO	
2006/2007	Recuento	1	23	24
	% dentro de curso	4,2%	95,8%	100,0%
2007/2008	Recuento	0	22	22
	% dentro de curso	0,0%	100,0%	100,0%
2008/2009	Recuento	4	22	26
	% dentro de curso	15,4%	84,6%	100,0%
2009/2010	Recuento	4	7	11
	% dentro de curso	36,4%	63,6%	100,0%
Total	Recuento	9	74	83
	% dentro de curso	10,8%	89,2%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,747 <sup>a</sup>	3	,008
Razón de verosimilitudes	11,917	3	,008
Asociación lineal por lineal	8,278	1	,004
N de casos válidos	83		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,19.

### curso \* fumas porros al menos una vez a la semana

Tabla de contingencia

		fumas porros al menos una vez a la semana	Total
		NO	
2006/2007	Recuento	24	24
	% dentro de curso	100,0%	100,0%
2007/2008	Recuento	22	22
	% dentro de curso	100,0%	100,0%
2008/2009	Recuento	26	26
	% dentro de curso	100,0%	100,0%
2009/2010	Recuento	11	11
	% dentro de curso	100,0%	100,0%
Total	Recuento	83	83
	% dentro de curso	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. <sup>a</sup>
N de casos válidos	83

a. No se calculará ningún estadístico porque fumas porros al menos una vez a la semana es una constante.

### curso \* fumas porros al menos una vez al mes

Tabla de contingencia

		fumas porros al menos una vez al mes	Total
		NO	
2006/2007	Recuento	24	24
	% dentro de curso	100,0%	100,0%
2007/2008	Recuento	22	22
	% dentro de curso	100,0%	100,0%
2008/2009	Recuento	26	26
	% dentro de curso	100,0%	100,0%
2009/2010	Recuento	11	11
	% dentro de curso	100,0%	100,0%
Total	Recuento	83	83
	% dentro de curso	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. <sup>a</sup>
N de casos válidos	83

a. No se calculará ningún estadístico porque fumas porros al menos una vez al mes es una constante.

**curso \* edad de comienzo del cannabis****Tabla de contingencia**

		edad de comienzo del cannabis			Total
		12-15 años	9-11 años	nunca	
2006/2007	Recuento	0	1	23	24
	% dentro de curso	0,0%	4,2%	95,8%	100,0%
2007/2008	Recuento	0	0	22	22
	% dentro de curso	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
2008/2009	Recuento	0	3	23	26
	% dentro de curso	0,0%	11,5%	88,5%	100,0%
2009/2010	Recuento	1	3	7	11
	% dentro de curso	9,1%	27,3%	63,6%	100,0%
Total	Recuento	1	7	75	83
	% dentro de curso	1,2%	8,4%	90,4%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,031 <sup>a</sup>	6	,020
Razón de verosimilitudes	12,832	6	,046
Asociación lineal por lineal	8,202	1	,004
N de casos válidos	83		

a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

**curso \* tienes amigos que consuman cannabis****Tabla de contingencia**

		tienes amigos que consuman cannabis		Total
		SI	NO	
2006/2007	Recuento	8	16	24
	% dentro de curso	33,3%	66,7%	100,0%
2007/2008	Recuento	7	15	22
	% dentro de curso	31,8%	68,2%	100,0%
2008/2009	Recuento	10	16	26
	% dentro de curso	38,5%	61,5%	100,0%
2009/2010	Recuento	7	4	11
	% dentro de curso	63,6%	36,4%	100,0%
Total	Recuento	32	51	83
	% dentro de curso	38,6%	61,4%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,619 <sup>a</sup>	3	,306
Razón de verosimilitudes	3,533	3	,317
Asociación lineal por lineal	2,181	1	,140
N de casos válidos	83		

a. 1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,24.





**Universidad de Granada**

**Departamento de Didáctica y Organización Escolar**  
Programa de Doctorado: Currículum, Profesorado e Instituciones educativas

**TESIS DOCTORAL**

**LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN  
CONTEXTOS FAMILIARES Y ESCOLARES:  
ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE  
LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE “*ENTRE  
TODOS*”**

**María Belén Quintero Ordóñez**

**Directores:**

José Antonio Ortega Carrillo  
Juan Antonio Fuentes Esparrell

Granada, marzo 2015