



**EL MEDIO ESCOLAR
Y LA PREVENCIÓN
DE LAS
DROGODEPENDENCIAS**

**INFORME PARA
EL PROFESORADO**

**EL MEDIO ESCOLAR
Y LA PREVENCIÓN
DE LAS
DROGODEPENDENCIAS**

**INFORME PARA
EL PROFESORADO**



MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCACION

Elaborado por: "GRUP IGIA". Barcelona.

Elaboración y coordinación: Víctor Martí Carrasco.

Han colaborado: Gemma Baulenas, Miguel A. Díaz, Laura Fernández,
Sergi González, Francesca Mata, Pilar Solanes.

Otras aportaciones: Pierre Angel, Etienne Brunswic, Juan Delval,
Ramón Mendoza, José Navarro, José María Rueda.

Corrección de estilo: Laia Solina.

Diseño portada, maqueta e ilustraciones: MASDISSENY —Rubí—,
Barcelona.

Fotocomposición: Marín Álvarez Hnos.

El Ministerio de Educación y Ciencia no tiene porqué identificarse íntegramente con las opiniones que los autores han recogido en este documento.

Edita: MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCACION
N.I.P.O.: 176-89-033-X
I.S.B.N.: 84-369-1517-8
Depósito Legal: M-7298-1989
REALIZA: MARÍN ALVAREZ HNOS. (MADRID).

PROLOGO

El problema de las drogas, tanto legales como ilegales, es una grave preocupación de la sociedad contemporánea.

Múltiples factores de índole social, personal y económica están incidiendo en el consumo de drogas, dificultando y condicionando alternativas reales al problema. Desde todos los ámbitos: sociales, familiares, políticos y educativos, se debate cómo combatir este fenómeno y cuáles son las vías más adecuadas para prevenirlo.

La palabra “droga” suscita variadas controversias y son diversas las opiniones que los ciudadanos y ciudadanas vierten sobre el tema. Ante la “droga”, a menudo prevalece más la opinión personal que una reflexión seria y un análisis en profundidad sobre las causas que lo producen.

El problema de la “droga” está en la calle y en los medios de comunicación social de todos los países. Es una realidad que no podemos eludir y que nos obliga a intervenir desde los diferentes lugares que ocupemos en la sociedad.

El medio escolar es un ámbito privilegiado de actuación, ya que los jóvenes adquieren, durante esa larga etapa formativa, los conocimientos y hábitos que van a orientarles posteriormente en su vida de personas adultas. Pasan por las aulas observando, comprendiendo y formándose unos criterios que luego contrastan con su práctica diaria, familiar y social.

Por ello, todos los organismos, nacionales e internacionales, que velan por la salud de las personas, han considerado a la escuela como un lugar preferente a la hora de abordar una tarea *preventiva*, encaminada a que la juventud adquiera unos conocimientos y unos hábitos saludables que le permitan afrontar las conflictivas situaciones que se le van a ir planteando a lo largo de su vida.

La función preventiva de la escuela guarda una estrecha relación con la práctica docente diaria, con la capacidad del profesorado para velar por la formación integral del individuo, por el contacto y conocimiento mutuo que se establece en el aula.

La prevención de las drogodependencias en la escuela no es un hecho aislado, sino que forma parte de la tarea formativa

común de la comunidad educativa en su conjunto (profesorado, padres, madres, personal no docente). Esta labor preventiva debe realizarse “integrada en un marco más amplio que englobe los diferentes aspectos relacionados con la salud de las personas y oferte una información y formación para que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, se esfuerce individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando lo necesite”, como indica la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.).

Este informe se ha elaborado para ayudar al profesorado en esta labor preventiva y responder a la demanda social ofreciendo recursos al sistema educativo para afrontar esta tarea.

Como se explicaba al principio, son muchos los factores que influyen en la problemática de las drogodependencias y muchas las opiniones de los distintos profesionales a la hora de abordarla. Por ello, se ha hecho una recopilación de artículos, desarrollados desde diversas perspectivas profesionales, que plantean variados enfoques sobre la *prevención*; aportan datos cuyo conocimiento consideramos necesario para el profesorado y analizan e informan sobre aspectos que deben conocerse acerca de las drogas.

Este informe sirve como un instrumento de consulta para el profesorado, facilitándole la tarea en el momento en que se plantee trabajar el tema de las drogodependencias con otros profesores, con los padres y madres o con sus propios alumnos y alumnas. Los artículos ayudan a comprender el problema y a plantear caminos posibles de intervención, pero no ofrecen una única vía de actuación. Sólo con la comprensión de los elementos que intervienen y con la reflexión personal se puede abrir un camino para plantear, como docentes, la tarea preventiva en el aula.

El informe ha sido elaborado por IGIA, que, como grupo de profesionales expertos en prevención de las drogodependencias, ha sido encargado de seleccionar los aspectos fundamentales que deben conocerse para emprender la tarea preventiva.

Esperamos que este material os sea de utilidad y os sirva para conocer más en profundidad las causas del fenómeno de las drogodependencias en sus múltiples aspectos y que la lectura y discusión entre vosotros de estos artículos facilite

vuestra tarea educativa. Como complemento a esta información más genérica, que permite contextualizar el problema, se han elaborado unas guías didácticas para diferentes edades, que os orientarán sobre posibles actividades concretas en el aula.

Nuestra acción docente, en fin, entendida como formación integral de los jóvenes y de las jóvenes, es la mayor garantía de prevención que podemos ofrecer a la sociedad.

Madrid, 1 de diciembre de 1988

Isabel Romero Sabater

VOCAL ASESORA

Gabinete de la Secretaría de Estado de Educación

INDICE

	<i>Páginas</i>
— Introducción	13
Primera Parte: ASPECTOS GENERALES Y CONTEXTUALIZACION DEL FENOMENO	
Las drogodependencias: un fenómeno multifactorial (Víctor Martí Carrasco)	17
— Definición del fenómeno	
— Factores originantes	
El proceso de desarrollo: su importancia en la prevención de las drogodependencias (Miguel Angel Díaz)	21
— Factores que intervienen en el desarrollo	
— Etapas evolutivas	
— El nacimiento	
— La infancia	
— La adolescencia	
Sobre la adolescencia: “Empezar pronto a drogarse” (Jaume Funes) ..	31
— Entrar en la adolescencia, entrar en las drogas	

- Al menos, drogarse
- Conductas de oposición e imitación
- Educar también en la adolescencia

La familia y otros contextos sociales
(Gemma Baulenas) 37

- El contexto familiar: función e interferencias
- La escuela realiza su función: límites de pertenencia
- Parecido y diferencia de cada sistema
- Imposibilidad de un discurso único
- Alcance de los criterios
- Aproximación entre Escuela y Familia

Los aspectos socioculturales: “La droga, un problema nuevo con materiales viejos” (Juan Delval) 45

- Distintas sustancias en un mismo saco
- ¿Por qué se consumen así?

Las drogas: los determinantes de su acción (Víctor Martí Carrasco) 53

- Algunos conceptos básicos
- Hacia una posible clasificación
- Características y efectos de algunas de las drogas más consumidas:
 - Tabaco
 - Alcohol
 - Psicofármacos

- Cannabis
- Heroína
- Alucinógenos
- Cocaína

Aspectos legales (Sergi González)..... 77

- Legislación penal y drogas
- Menor, escuela y legislación no penal sobre drogas (tabaco, inhalantes, alcohol, medicamentos)

Características del consumo de drogas en España 87

- “Perfil básico del problema de las toxicomanías en España”. José Navarro. EDIS
- “El consumo de alcohol y tabaco en los escolares españoles”. Ramón Mendoza

Segunda Parte: PLANTEAMIENTOS PARA UN ABORDAJE DE LAS DROGODEPENDENCIAS

¿Es utópica la prevención de la toxicomanía? (Pierre Angel)..... 111

- Diversas sustancias para múltiples estilos de consumo
- El paso del “uso” al “abuso”: factores de riesgo
- Intentos de cuantificar el fenómeno
- La necesidad de distintas políticas de prevención

Criterios generales para la prevención, tratamiento y reinserción (Laura Fernández Gesali)..... 123

- El concepto de prevención
- Prevención aquí y ahora

— Cuatro conceptos claves: globalidad, participación, coordinación y evaluación	
— Lo específico, lo inespecífico y lo global	
— El proceso terapéutico	
— El proceso de reinserción	
— Recursos e instituciones implicadas	
— La escuela ante los tres niveles de prevención	
La prevención de las drogodependencias desde la escuela y la acción educativa (Victor Martí Carrasco)	133
— Por qué pensamos en la escuela	
— ¿De qué modo hacer prevención?	
— La familia también existe	
— A modo de conclusión	
Hacia una tipología razonada de las actividades de educación preventiva contra el abuso de las drogas lícitas e ilícitas (Etienne Brunswic)	141
— Distintos enfoques en materia de educación preventiva	
— <i>Públicas a que están destinadas las actividades de educación preventiva</i>	
— Tipos de actividades y materiales utilizados	
— Conclusión	
 Tercera Parte: LA EDUCACION PARA LA SALUD Y ESCUELA	
La educación para la salud: un instrumento de actuación (Francesca Mata y Pilar Solanes)	157
— Conceptos básicos. Objetivos	

- El centro educativo como marco de promoción de la salud
- El tratamiento de la información
- El profesor/a como agente de promoción de la salud desde la acción educativa
- Sobre la programación

La elaboración de materiales educativos (Imma Mayol) 171

- Introducción
- Ideas generales respecto a los materiales
- Criterios de análisis de materiales ya publicados
- Fases a seguir en la elaboración de materiales didácticos
- Orientaciones sobre el contenido y forma
- Orientaciones sobre las vías de difusión

Cuarta Parte: ALGUNAS SITUACIONES PRACTICAS

La actuación del profesorado ante situaciones prácticas (Víctor Martí Carrasco) 181

- Una demanda de orientaciones o atención en relación al uso o abuso de drogas
- Nuestra demanda de ayuda hacia el exterior
- Cuándo y cómo debemos contactar con la familia

Pautas de actuación con los alumnos consumidores (Ramón Mendoza y José María Rueda) 189

- Diferentes niveles del consumo de drogas
- Prevenir el problema

	<u>Páginas</u>
— Actuaciones con los alumnos consumidores	
— Actuaciones con los alumnos no consumidores	
Bibliografía básica	195
Dónde dirigirse para obtener más información	199

INTRODUCCION

No es objeto de estas primeras líneas destacar la importancia del sistema educativo para una política global de prevención, como tampoco resaltar el papel decisivo de la actitud y actuación de sus miembros (profesorado de E. G. B., Enseñanza Media, etc.). Ello queda suficientemente argumentado mediante las aportaciones de los colegas que han participado en la elaboración de este material.

Simplemente, se trata de presentar los objetivos que nos planteamos con este "Informe para el profesorado", así como indicar su contenido y cómo ha sido elaborado. En primer lugar, quisiéramos animar a leer, tranquila y críticamente, cada uno de sus apartados, con vistas a incitar a la reflexión sobre lo que aquí se expone y mejorar, así, su contenido con la ayuda de vuestra propia experiencia.

No cabe la menor duda de que, ante el tema de las drogodependencias, las posibilidades de interpretación y abordaje son múltiples en estos momentos y que, con el tiempo, tanto el mismo fenómeno como las estrategias preventivas van a evolucionar también y van a ser distintas. En cualquier caso, conscientes de nuestras propias limitaciones, ésta es la propuesta que ahora presentamos.

Partiendo de la importancia de la formación continuada de cualquier profesional que, directa o indirectamente, intervenga en la elaboración y desarrollo de un programa de prevención, así como de la importancia de los medios y recursos disponibles, el objetivo de este informe es ofrecer al profesorado (en el contexto de un programa formativo más general y con el soporte de otros materiales) una información amplia, pero sujeta a los objetivos generales del programa de prevención del Ministerio de Educación y Ciencia. Nuestro propósito es que con ello el profesorado disponga de los suficientes elementos para conocer y analizar el fenómeno de las drogodependencias en su globalidad y facilitarle, así, unas pautas de actuación. Cada profesional podrá encontrar la respuesta más adecuada a cada situación a partir del análisis de este material.

A grandes rasgos, el informe consta de cinco apartados. El primero pretende ofrecer una información general para definir, describir y contextualizar el fenómeno en nuestro país

y, en particular, desde el ámbito escolar. En el segundo, nos proponemos establecer unos criterios generales para el abordaje preventivo de las drogodependencias, centrándonos, progresivamente, en lo referente al ámbito educativo. El tercer apartado presenta las bases teóricas y metodológicas de la educación para la salud, como instrumento de prevención de las drogodependencias. Seguidamente, en el cuarto, de acuerdo con lo expuesto anteriormente, se valoran algunas situaciones concretas en las que el profesorado puede encontrarse; sugerimos aquí criterios o formas más precisas de actuación. Finalmente, el quinto y último apartado ofrece un listado de recursos bibliográficos, documentales y direcciones de utilidad, donde el profesional interesado en este tema puede obtener más información, orientación o asesoramiento.

A partir del encargo que el Grupo IGIA recibió por parte del Ministerio de Educación y Ciencia para la elaboración de estos materiales, hemos contado con la colaboración y aportación de diversos profesionales pertenecientes a diferentes ámbitos. También hemos recibido la colaboración de miembros pertenecientes al mismo sistema educativo para la lectura y revisión de los textos. La mayoría de éstos han sido redactados para la elaboración de este informe y otros son una recopilación de artículos de interés ya editados anteriormente.

Para finalizar esta presentación, quisiéramos reflexionar sobre la importancia de que en ningún caso el profesorado debe perder su propia identidad profesional, estilo y métodos habituales de actuación. Podríamos caer en el error de generar especialistas en prevención dentro del ámbito escolar y perder, al mismo tiempo, agentes naturales de la educación. No olvidemos, pues, que el programa o modelo más eficaz de prevención, en el ámbito escolar, sólo podrá llevarse a cabo con éxito desde los centros educativos, y con un profesorado que en su actividad docente tenga un proyecto educativo.

Víctor Martí Carrasco

(Grup IGIA)



**Primera
Parte**

**ASPECTOS GENERALES
Y CONTEXTUALIZACION
DEL FENOMENO**

Las drogodependencias: un fenómeno multifactorial

Víctor Martí Carrasco. Psicólogo. IGIA

Sabemos que la respuesta que demos a un determinado fenómeno estará determinada por la representación social, concepción o imagen que tengamos de él.

Así pues, antes de definir qué actitud tomamos y qué respuesta ofrecemos, desde el sistema educativo, ante el fenómeno de las drogodependencias, nos parece importante analizar previamente las características y peculiaridades que presenta dicho fenómeno.

“Las drogodependencias, como muchos otros fenómenos con una incidencia social grave y conflictiva, se presentan con una doble cara: por un lado se trata de un problema específico verdaderamente preocupante bajo la forma de amenaza ejercida sobre individuos y ciertos grupos; pero, por otro lado, no tenemos ningún interés de hacer del fenómeno de las drogas un problema aparte, aislado de los conflictos fundamentales que agitan a la sociedad de nuestro tiempo y a los jóvenes en particular (J. BERGERET, 1985 ¹).”

No entendemos, pues, las drogodependencias como una enfermedad o problema que pueda ser analizado y abordado en sí mismo, sino como el resultante de tres elementos en interacción: una sustancia, un sujeto y un contexto sociocultural.

Creemos que para que estos tres elementos configuren una drogodependencia no existe una “causa posible”, sino que deberemos pensar en términos de “factores de riesgo”, o de posibles “factores originantes”, vinculados a cada uno de los elementos en cuestión: el sujeto, la sustancia y el contexto sociocultural.

La identificación y conocimiento que podamos tener de éstos y de su relación con el uso y abuso de las drogas será fundamental para poder desarrollar una adecuada política de prevención.

¹ J. BERGERET: “La prevención de las farmacodependencias”. *Drogalcohol*, vol. X, núm. 3, 1985.

Ante una drogodependencia no existe una causa, sino múltiples factores originantes. La identificación y resolución de éstos es fundamental para un programa de prevención.

Por este motivo, insistimos una vez más en definir las drogodependencias como un fenómeno *multifactorial*, dinámico, cambiante y “polifacético”, que requerirá, por tanto, una lectura y un análisis interdisciplinar, globalizador y permanente, donde difícilmente las soluciones unilaterales, simples y puntuales serán eficaces. En este contexto, el sistema educativo tiene un papel fundamental que jugar, papel que se irá definiendo a lo largo de este informe.

Para entender y explicar el fenómeno de las drogodependencias existen múltiples y contradictorios puntos de vista. Los posicionamientos totalitarios, reduccionistas, y que por tanto no contemplan las múltiples variables que entran en juego en dicho fenómeno, fácilmente pueden caer en postulados supuestamente científicos, pero no responden a las características y necesidades del tema que nos ocupa.

El fenómeno de las drogodependencias no se puede adjudicar a un sector de población. Se presenta de formas distintas en poblaciones diversas (edad, clase social, etc.).

Existe un acuerdo generalizado en sostener que el fenómeno de las drogodependencias se debe a un doble mecanismo de *oferta y demanda* de drogas que se potencian mutuamente, de modo que sin la presencia de uno, no sería posible la existencia del otro.

Por un lado, tendríamos que pensar en todos los intereses y condicionantes para que exista una oferta de drogas (legales e ilegales), tanto a gran escala como al nivel más cercano que nos podamos encontrar en nuestro centro educativo, y ver, a partir de ahí, la importancia que puedan estar jugando estos factores y cómo podemos incidir desde nuestro lugar.

Por otro lado, tendríamos que analizar todos aquellos aspectos que favorecen el que determinados sujetos, en determinadas circunstancias, hagan una “demanda” de drogas. Es decir, que una y otra vez tengan la necesidad de consumir ciertas sustancias.

Es aquí donde los tres elementos a los que hacíamos referencia al principio juegan un papel primordial:

1. *Las características, antecedentes y circunstancias personales del sujeto* durante toda la historia de su desarrollo.
2. *Las características y propiedades farmacológicas de la sustancia. El tipo de relación*, en el consumo, que se establece con dicha sustancia, etc.

3. *Las características del contexto y momento socio-cultural*, tanto de la familia como de los valores y determinantes socioculturales en los que el individuo está inmerso.

En cualquier caso, el debate real de las drogodependencias no está en saber diferenciar las características de unas u otras sustancias y si éstas son más o menos perjudiciales para la salud, sino en poder entender y resolver los conflictos que distintos sectores de la sociedad están expresando cuando las consumen.

Es necesario, pues, tener una visión global y objetiva del fenómeno, ser conscientes de los distintos factores de riesgo y definir a partir de ahí, adecuadamente, nuestra posición en tanto que educadores.

Es importante tener una visión global del fenómeno y definir nuestra posición como educadores.

El proceso de desarrollo: su importancia en la prevención de las drogodependencias

Miguel Angel Díaz Fuente. Psiquiatra. IGIA.

“Y SNOW registró cuidadosamente los domicilios de las personas que contraían cólera y demostró que todas extraían el agua de la bomba de la calle Broad, mientras que quienes la obtenían de otra fuente no habían sido afectados.”

GERALD CAPLAN:

Principios de Psiquiatría Preventiva

Todos los que trabajamos en el campo de la prevención conocemos la histórica acción preventiva SNOW, al quitar el manubrio de la calle Broad para detener la epidemia de cólera en Londres, en el siglo XIX.

El no se basó en el conocimiento de la existencia del microorganismo del cólera en las aguas contaminadas, ni en la comprensión de la función de este microorganismo en el origen de la epidemia. Se apoyó en sus juicios acerca de los factores que parecían estar asociados con la presencia o ausencia de enfermedad en determinados o diferentes sectores de la población.

Desde una perspectiva preventiva es fundamental conocer las distintas etapas evolutivas de la persona.

Evidentemente, en cualquier programa preventivo es fundamental conocer las causas del fenómeno a tratar. Lamentablemente, podríamos decir que el porqué aparece una drogodependencia está en fase de investigación; por lo tanto, todo lo que se pueda inferir en relación a sus orígenes estará en relación a las observaciones personales y a los conocimientos actuales que los que trabajamos en este campo tenemos.

Estas observaciones corroboran la importancia que en este campo tienen las características y la calidad de las distintas etapas de desarrollo del sujeto. Fundamentalmente, el período que va desde el embarazo hasta la adolescencia.

Entendemos por desarrollo, siguiendo a M. Knobel, “el conjunto de transformaciones del ser viviente que señalan una dirección perfectamente definida, temporal y sistemática, de sus estructuras psicofísicas”. Este autor incluye dentro del concepto de Desarrollo tres elementos:

El Crecimiento: que significaría el aumento de volumen de los elementos constitutivos de la personalidad, especialmente en su aspecto físico. Además, debe tenerse en cuenta que no hay un crecimiento uniforme, ya que las partes del ser crecen a un ritmo variado y en tiempos diferentes.

La Maduración: Desde la Psicología Evolutiva, y según M. Knobel, sería “la Capacidad Plástica del potencial genético de la especie humana para proveer los elementos psicofísicos necesarios para una adecuada adaptación del individuo al ambiente”.

El Aprendizaje: Knobel señala que “el individuo es una consecuencia de la interacción, y, por lo tanto, sin una adecuada adaptación ecológica no habría desarrollo posible”.

Según este autor, “el aprendizaje es factible si hay maduración, e implica un pasaje del reflejo condicionado al pensamiento”.

Factores que intervienen en el desarrollo de un sujeto

Creo importante resaltar en este apartado la importancia del modelo conceptual introducido por G. Caplan.

Este modelo se basa en que para intentar no sufrir un trastorno mental, entendiendo que la es uno de los pilares de la Prevención de las Drogodependencias, una persona necesita continuas “aportaciones”, adecuadas, a su vez, a las diversas etapas de su desarrollo.

Estos aportes los clasifica en tres grupos, señalando la arbitrariedad de los mismos y su entrelazamiento:

Físicos: La alimentación, la vivienda, la estimulación sensorial, la oportunidad de ejercicios, etc.

Psicosociales: La estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de una persona mediante la interacción personal, tanto en la familia como en la escuela o el trabajo, etc.

En este área, la provisión de aportes es lo que se llama “satisfacción de las necesidades interpersonales”, de las cuales, las principales serían las siguientes:

- Necesidades de intercambio de amor y afecto.
- Necesidades de limitación y control (estructuras de afirmación y mantenimiento de la autoridad).
- Necesidades de participación en la vida colectiva.

Socioculturales: Se incluyen las influencias que sobre el desarrollo y funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura y de la estructura social.

Este modelo teórico permite aproximarse a los factores perjudiciales que por su acción actuarían negativamente en el desarrollo del sujeto. Si tenemos en cuenta que éste no es un receptor pasivo, veremos que la relación con aquellos factores estará en función del “riesgo especial” de la población que vamos a atender.

Etapas evolutivas-crisis vitales

Siguiendo el mismo modelo, vemos que estos “aportes” serán vitales para que el sujeto pueda superar los momentos “críticos” que aparecen entre cada fase evolutiva. Circunstancias éstas que Caplan denominó, utilizando el término de Erikson, “crisis vitales”, diferenciándolas, a su vez, en “evolutivas” y “accidentales”.

Crisis evolutivas

En nuestro caso, la población que nos ocupa es la infanto-juvenil. Población con un riesgo especial, dada su particular

Para un desarrollo adecuado de la persona, son importantes las aportaciones a distintos niveles: físicos, psicosociales y socioculturales.

fragilidad, aunque con un gran poder plástico que, en su desarrollo, atraviesa por una sucesión de fases diferenciadas. Caplan observa que entre fase y fase existen períodos caracterizados por trastornos en las áreas intelectual y afectiva, trastornos que Erikson llamó “crisis evolutivas”.

Períodos particularmente inestables, con todo el riesgo que esto significa para la salud mental del sujeto.

Crisis accidentales

Erikson destacó también períodos similares de alteración psicológica y de la conducta, pero que tenían su origen en determinadas situaciones de la vida, como la pérdida de un familiar, el paro laboral, el servicio militar, etc. Estos períodos Erikson los denominó “crisis accidentales”.

Es prioritario, en un programa de prevención de las drogodependencias, tener en cuenta las características y necesidades de cada etapa evolutiva.

Caplan señala que “cada crisis representa tanto la oportunidad de un desarrollo como el peligro de un deterioro psicológico. El desenlace de la crisis depende del reacondicionamiento de un complejo de fuerzas conflictivas durante el período de desequilibrio. Algunas de ellas se originan en el interior del individuo y se relacionan con la estructura de su personalidad y con la experiencia biopsicológica pasada. Otras surgen del medio ambiente habitual, particularmente los cambios en la intensidad de las circunstancias peligrosas y la ayuda o interferencia perjudicial de terceros, familia, maestros, etc.”.

Evidentemente, durante estos períodos, el desequilibrio y la fragilidad del sujeto lo hacen más vulnerable a los factores perjudiciales, aunque sea también un momento oportuno para el desarrollo en “salud”.

Si bien a lo largo de todo el proceso de desarrollo que va desde la concepción del sujeto hasta la adolescencia se observan varias etapas, con sus correspondientes “crisis evolutivas” entre una etapa y otra, dadas las características de este escrito es importante detenerse en tres de estas crisis: el nacimiento, el fin de la primera infancia (momento de entrada en el período de latencia) y la adolescencia.

Si bien puede parecer una selección arbitraria, la experiencia demuestra que estos períodos tienen una importancia capital en la programación de una actividad preventiva en el campo de las drogodependencias.

En cuanto a las “crisis accidentales”, si bien tienen también un valor destacado, dadas las características del presente trabajo, su desarrollo quedará pendiente para otra ocasión.

“La educación de un niño comienza con su primer día de vida.”

ANNA FREUD:

*Introducción al Psicoanálisis
para Educadores*

EL NACIMIENTO

Momento en la historia del sujeto en que pierde su “morada paradisiaca”, comienza un camino de “separaciones” y “pérdidas” que culminará, si es que el transitar es exitoso, en la “independencia” del adulto.

Aquí comenzará una secuencia de fases encaminadas a conseguir un equilibrio. Equilibrio que oscilará entre la estabilidad y la precariedad a lo largo de toda su evolución.

Y así será el camino: la consecución de una nueva etapa es el fin de una y el inicio de otra más compleja y difícil donde, ante el nuevo reto, será necesario contar con todos los recursos que ya se han utilizado en las anteriores. Durante todo el desarrollo se combinan la integración y la diferenciación del individuo singular.

En el acto del nacimiento vemos qué frágil es la criatura humana y el grado de dependencia es tal con el adulto, que el abandono por parte de éste significaría la muerte.

Pensamos que este primer encuentro con su “nuevo mundo” dejará una “huella” significativa para su evolución. De aquí la importancia de concentrar una parte importante de nuestros esfuerzos preventivos en este momento de la vida del sujeto, tanto cara a la familia como a los “agentes de salud” que intervienen en esta etapa. Concepción-Embarazo-Parto.

Si el niño es deseado por su entorno, se le adjudicará un lugar; la familia y su medio social más próximo contarán con él.

Si es así, probablemente recibirá las “aportaciones” señaladas en el capítulo anterior. Por lo tanto, siguiendo nuestro análisis, irán aumentando sus posibilidades de un “desarrollo en salud”.

“Los niños aprenden gracias al juego, a la conversación y a la experiencia, actividades todas ellas de las que depende el desarrollo intelectual y afectivo.”

O. M. S., Ginebra, 1977:
Recomendaciones para las
medidas preventivas.
*Salud mental y desarrollo
psicosocial del niño.*

LA INFANCIA

Nos parece importante volver a resaltar el estado de indefensión y dependencia en el que vive la persona durante los primeros años de su vida.

Creemos que éste es uno de los escollos más importantes con los que topa el sujeto en su camino hacia la independencia. La lentitud del proceso de desarrollo de la persona, junto a la importante dependencia, por lo menos en los primeros años, facilita la creación de lazos afectivos intensos.

Radica aquí, creemos, uno de los puntos claves de la tarea del “educador”.

Este debe ofrecer todo el apoyo necesario para la resolución de las “crisis”, otorgando cuidados, protección y atención y evitando, a la vez, que ello se convierta en una relación de dependencia tal, que no sólo estorbe el proceso de desarrollo, sino que lo obture.

Para continuar su camino hacia la vida adulta, la persona deberá abandonar esta situación ideal de placer, cuidado, protección y atención que esta relación le brinda. Momento en el cual se observará una nueva “crisis evolutiva”. Crisis que le permitirá al niño dar un nuevo paso hacia su ingreso en “sociedad”. El juego le permitirá al niño elaborar la nueva realidad y “adaptarse” a ella.

El reto está en ofrecer los suficientes vínculos de protección: afecto y atención, pero sin impedir el camino de la propia individualidad e independencia.

Comienzan las imposiciones de la educación cuya finalidad es impedir que los deseos instintivos del niño se concreten.

Esto genera, a decir de A. Freud, “una incesante guerra en miniatura entre la educación y el niño”. Ya que “la educación tendrá como objetivo sustituir el placer de la suciedad por la repugnancia, el impudor por la vergüenza, el afán destructivo por el respeto hacia los objetos”, etc.

Toda esta nueva situación generará gran angustia, celos y rivalidades. Su afecto sufrirá una clara ambivalencia de intensos amores y profundos odios, sobre todo en los familiares más cercanos: padres, hermanos...

Esta nueva etapa permite al bebé, indefenso y dependiente, conseguir cierto grado de independencia y autonomía.

Su grado de “diferenciación”, fundamentalmente en relación a sus padres, le permitirá reconocerse como “uno mismo”, dando señales de una identidad propia.

Identidad propia que vendrá condicionada a su propia historia y que será el germen de la identidad adulta.

Esta etapa culminará con la aceptación de las decepciones, tanto “amorosas” como de “poder”, sufridas ante la dura realidad en su condición de niño. La superación de las rivalidades, la tolerancia en las frustraciones de los deseos no cumplidos, el respeto y la admiración le proporcionarán una independencia en el terreno afectivo, en la relación con sus padres. Esto le permitirá entrar con éxito a la etapa de “latencia”, camino a resolver su próximo reto: la adolescencia.

“Entrar en el mundo adulto —deseado y temido— significa para el adolescente la pérdida definitiva de su condición de niño. Es un momento crucial en la vida del hombre y constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento que comenzó con el nacimiento.”

ARMINDA ABERASTURY:

El adolescente y la libertad

LA ADOLESCENCIA

Siguiendo nuestra propuesta observamos que al entrar en esta nueva etapa el sujeto se encuentra frente a una nueva “crisis evolutiva”.

Período rico en confusión, dolor, ambivalencia, donde la búsqueda de independencia choca con deseos de dependencia, desembocando en conflictos personales e interpersonales, con la familia y el medio social.

Existe en la adolescencia una “situación de anormalidad”, que el adulto debe conocer, aceptar y saber responder.

Sólo con la madurez, instalada una nueva identidad, el sujeto podrá aceptar su nuevo estatus de independencia, sabiendo que él mismo siempre lleva implícito un grado de necesaria dependencia. Este nuevo estatus le exige replantearse sus propios valores éticos, intelectuales, afectivos. Valores que se movían, hasta ahora, en el “como si” del juego, y que ahora participará del “sí” y el “no” a raíz del nacimiento de nuevos ideales.

Esta etapa, así como las otras, tendría que verse siempre como un momento parcial de todo un proceso humano.

Nos parece importante acercarnos a esta etapa a través de una entidad teórica que M. Knobel ha descrito como “síndrome normal de la adolescencia”. Knobel intentó mediante diez puntos sintetizar las características de la “adolescencia”, donde, si bien, según él, se observan situaciones de desequilibrio e inestabilidad que en el “convivir social” se pueden catalogar como seminormales o semipatológicas, ante una posición más objetiva aparecen como algo coherente y lógico.

Según Knobel, en este “síndrome” se puede observar lo siguiente:

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
2. Tendencia grupal.
3. Necesidad de intelectualizar y fantasear.
4. Crisis religiosas, que pueden ir desde el ateísmo más intransigente al misticismo más fervoroso.
5. Desubicación temporal, con problemas para conceptualizar el tiempo. Urgencias enormes. No se puede tolerar la postergación.

6. Evolución sexual manifiesta, que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta.
7. Actitud social reivindicativa con tendencias antisociales o asociales de diversa intensidad.
8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida.
9. Separación progresiva de los padres.
10. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

En la medida en que el adulto acepte esta "anormalidad" habitual del adolescente podrá facilitar su proceso evolutivo hacia la identidad buscada, y de esta forma colaborar en la elaboración de una personalidad más sana.

Durante este período, y de acuerdo con A. Aberastury, el adolescente deberá superar, tras su elaboración, tres pérdidas significativas:

— El cuerpo de la infancia.

Un cuerpo donde se instala la "pubertad", hecho biológico que señala la madurez sexual y con ello preparación para asumirla, con importantes cambios físicos: rápido crecimiento de los sistemas esqueléticos y muscular, maduración de los genitales, primera eyaculación y menarquia (primera regla), y la aparición y desarrollo de caracteres sexuales secundarios, como el vello púbico y los senos.

— La identidad y el rol infantil.

— Y los padres de la infancia.

La palabra y el pensamiento reemplazarán al juego infantil, y la "acción" se someterá a ellos.

Estos importantes cambios exigen un tiempo considerable, ya que la aceptación psicológica del sujeto, en cuanto a sus transformaciones, es mucho más lenta que los cambios físicos y sociales que se producen en esta etapa de desarrollo.

Hay una verdadera disociación entre los cambios físicos y los psicológicos, lo que genera intensos conflictos.

Debemos tener en cuenta, según muestran las experiencias, que la adolescencia es la etapa más significativa en lo referente al inicio de consumo de drogas, fundamentalmente alcohol y hachís. Dicho consumo puede permanecer moderado o transformarse en una dependencia de estas drogas o de otras (cocaína, heroína, etc.). En ello participará tanto la droga que consume, como la personalidad del adolescente y su medio sociocultural.

Si a esto agregamos que en sujetos con conductas drogo-dependientes se han observado ciertas constantes como:

- Historia de abandonos repetidos.
- Ausencia de una necesaria constancia en las relaciones interpersonales.
- Ruptura de los vínculos paterno-filiales.
- Etc...

Podemos ver la importancia que tiene nuestra actividad preventiva en el campo de las drogodependencias durante estos tres momentos de la vida de un sujeto, así como el papel significativo que tiene el “educador” en esta tarea, a través de sus “aportes” en el proceso evolutivo de “sus alumnos”.

Estadísticamente, la edad de inicio en el consumo de drogas se sitúa en la adolescencia. Este consumo puede ser ocasional y transitorio o evolucionar a una drogodependencia.

Sobre la adolescencia: “Empezar pronto a drogarse”

Jaume Funes. Psicólogo y periodista. IGIA.

De la situación española se ha dicho que cada día había más drogodependientes y que éstos tenían cada vez menos años. Era una afirmación correcta en un período de expansión de algunas drogas como la heroína, y provenía, en parte, de los datos obtenidos en los servicios de atención a los que comenzaban a llegar los nuevos toxicómanos, sensiblemente más jóvenes que los de finales de los años 70 y comienzos de los 80.

Hoy, el uso de algunas drogas como la cannabis (los “porros”) parece haberse estancado, y el de otras, como la heroína, parece haber frenado su aumento. Y otras de nuevo impacto, como la cocaína, parecen estar en pleno auge de difusión. A la vez, comparativamente con otros países europeos, parece que en el nuestro algunas toxicomanías graves afectan algo más a los sujetos que están iniciando su adolescencia. Sin que por ello se pueda deducir que mañana serán todavía más jóvenes, parece que tenemos una incidencia algo más significativa del consumo en edades tempranas.

Ante el fenómeno de un preadolescente de catorce años que toma una o varias drogas, nos encontramos con tres elementos que convendrá conocer: a) la coincidencia entre la entrada en la adolescencia y el consumo de aquellas drogas; b) la posible coincidencia, además, con un conjunto de necesidades y dificultades sociales; c) las drogas y los usos específicos de los adolescentes más pequeños.

1. Entrar en la adolescencia, entrar en las drogas

Nuestro mundo actual ha convertido la adolescencia en obligatoria; es decir, ha hecho que, por razones de crisis económica y de cambios tecnológicos, se instituya como obligatorio un largo período en el que el niño ha dejado de ser

Todo parece indicar que el inicio en el consumo se da en edades cada vez más tempranas.

niño, pero todavía le falta mucho para que le dejen ser adulto. Estos años de transformaciones, de recorrido, de transición han pasado a tener un peso importante en la vida del individuo y se han convertido en el espejo, en la caja de resonancia de todas las contradicciones y miserias de nuestro mundo adulto.

Más allá del consumo de drogas, debemos plantearnos qué atención, oferta vital y ayuda ofrecemos a los jóvenes, así como el conjunto de sus necesidades y problemas en general.

Lo mismo pasa con el consumo de drogas. Justo cuando están comenzando a abandonar la madurez infantil, un grupo importante crea hábitos de fumador o abusa ya del alcohol. Bastantes grupos comienzan a valorar que es mejor estar “colocados” que sobrios. Algunos, por presión de los compañeros, por atracción por lo prohibido o como manera de comenzar a calmar esas nuevas angustias que su condición recién adquirida de adolescentes les proporciona, se adentran en el uso de drogas altamente destructoras.

Lo más dramático no es que usen tempranamente, de manera problemática, las drogas que los adultos aceptamos y las que no toleramos. Lo verdaderamente trágico es que hayamos necesitado la aparición de las drogodependencias —que afectan sólo a unos pocos— para descubrir que tenemos adolescentes y que éstos necesitan ayuda.

La gran cuestión es para qué sirve tener dieciséis años y en qué condiciones y con qué objetivos se ha de vivir esa edad. La presencia de determinados consumos puede alterar ese período, pero nuestro gran problema seguirá siendo qué atención, qué oferta vital, qué ayudas ofrecemos a los adolescentes.

2. Al menos, drogarse

Bastantes grupos de esos aspirantes a jóvenes que son hoy los adolescentes encuentran sensibles dificultades de incorporación a la sociedad. Ha fracasado la escuela y la familia, ha desaparecido el trabajo y han surgido dificultades y conflictos. Muchos de ellos son los que hemos llamado “herederos de la calle”, “hijos de la calle” o, simplemente, los “niños de la calle”.

Así, parece claro que la circunstancia más habitualmente asociada a la conducta drogodependiente (heroína, abuso del alcohol, las “pastillas”, la “cannabis” y los “inhalables” como sustancias de mayor uso) es estar fuera de una institución escolar. Es decir, vivir básicamente en la calle, socializarse entre “colegas” dentro de la nueva institución: la calle.

La drogadicción aparece como “síntoma” o “problema manifiesto” de otra problemática previa y más compleja.

Entre las conductas habituales de los preadolescentes “de calle” tiene que incluirse la conducta toxicómana. Es decir, el sujeto que vive “en la calle” y que está sometido a fuertes dificultades sociales incorpora, como un elemento de su conducta habitual, “el coloquio”, la búsqueda del estado anómalo de conciencia, obtenido a partir de consumos diversos de múltiples productos.

Si se quiere tomar como pequeño indicador de estos colectivos a aquellos preadolescentes que pasan por los Tribunales Tutelares de Menores, su consumo de drogas puede darnos una pista. Así, en el análisis de un grupo de menores (doce a dieciséis años) llegados al Tribunal de Barcelona en 1984 se encontró que existía una problemática añadida de drogadicción en un 24,2 por 100.

El uso de drogas, además de llegar a ser un elemento cotidiano de su conducta, puede acabar convirtiéndose en la cuestión que resume y concentra toda su problemática. La drogadicción puede aparecer así como “el” problema, enmarcando todos los que hay detrás. Una vez más, nuestra preocupación puede quedar desenfocada. El problema no es que se droguen. El problema es que se están creando importantes grupos de adolescentes en situación de dificultad y conflicto con la sociedad que, además, se drogan.

3. Conductas de oposición e imitación

Es conocida y clásica la incorporación del preadolescente de trece a catorce años a la práctica del fumar como mecanismo de imitación y oposición al adulto. De hecho, encontramos ya en esas edades un 16,1 por 100 de fumadores diarios.

De la misma manera, parecen existir hoy otras actividades de uso de drogas conectadas directamente con el hecho de intentar ser adolescente y demostrarlo. Así, el fumar porros reviste muchas veces el carácter de hacer lo mismo que los que ya tienen diecisiete o dieciocho años y viven más libremente. El consumir cervezas de litro en grupo, en un rincón de la calle, puede tener la función básica de experimentar juntos sus efectos, o la de provocar juntos a los adultos. Como señalamos en otra página, el uso de colas o de disolventes son prácticamente actividades propias de los primeros años de transición a la adolescencia y no tienen apenas nada que ver con otras drogas y otros usos más adultos.

Hay drogadicciones de los más jóvenes, y su análisis no debe hacerse en los simples términos de un supuesto inicio de la escalada hacia mundos más problemáticos. Son maneras de consumir que deben considerarse en función de la edad y el momento que viven.

4. Educar también en la adolescencia

Al igual que en los adultos, los consumos de drogas entre los preadolescentes y adolescentes son diversos y obedecen a situaciones y motivos diferentes. La prevención y la atención pasará, por tanto, por múltiples caminos. Como ya he señalado, no tiene sentido ocuparse de las drogas sin ocuparse de los adolescentes; sin abordar, al menos, el conjunto de dificultades y conflictos en los que se encuentran muchos de ellos.

Antes, convendrá que nos ocupemos de la prevención educativa. ¿Cómo? Aceptando un gran principio de intervención en el conjunto de la adolescencia, se ha de dar respuesta, se ha de intervenir en todo aquello que les preocupa. En la escuela, en casa, en la entidad de tiempo libre, no hay ninguna razón para angustiar inútilmente al chico o a la chica que comienza su singladura adolescente; pero, a la vez, hay que estar al tanto para responder honestamente a las nuevas preocupaciones que le van naciendo. El desea saber qué hacer con sus amores, con su tentación a probar y experimentar, con su miedo ante lo desconocido, con su angustia de no ser aceptado en un grupo, con su necesidad de romper amarras... Nuestra respuesta no puede salir desde la amenaza o el miedo; tampoco puede supervalorar el tema de las drogas, y menos todavía sólo respecto a algunas.

La prevención educativa no es sólo hablar de drogas, sino algo más global e inespecífico.

La prevención educativa no pasa necesariamente por hablar de drogas (aunque algunas veces habrá de hacerse), sino por ayudarle, por ejemplo, a ser miembro de un grupo sin perder su independencia; pasa por poner a su alcance ilusiones y experiencias tan atractivas como las de cualquier droga; pasa por fomentar la independencia y la iniciativa, aunque suponga conflictos y tanteos peligrosos desde nuestro punto de vista; pasa... por valorar nosotros mismos la salud.

El riesgo de que un niño que se adentra poco a poco en su adolescencia consuma de manera problemática drogas, lega-

les o ilegales, es el del encuentro entre una persona y las múltiples circunstancias y productos que llenan nuestra sociedad. El riesgo de que se establezca en ese consumo dependerá de cómo viva, con quién pueda hablar, qué amigos le acepten, cómo pueda pensar su futuro, qué se vea condenado a hacer cada día.

(Artículo publicado en el informe
sobre drogas de la revista
Vanguardia-Mujer.)

La familia y otros contextos sociales

Gemma Baulenas Roviereta. Psicóloga. IGIA.

1. Contexto familiar. La familia realiza su función acompañada de interferencias significativas

El contexto familiar es el lugar privilegiado donde se desarrollan los contenidos educativos desde una concepción global, que integra aprendizajes afectivos, emocionales, imitativos, culturales y míticos.

La familia a lo largo de su propio ciclo vital, desde su consolidación como pareja, nacimiento de los hijos, crecimiento de los mismos, hasta llegar a su desvinculación, para que, a su vez éstos formen su propia familia y repetir así un proceso sin interrupción de crecimiento mediante progresivos movimientos de diferenciación e integración, contienen en su misma función un caudal insustituible de posibilidades educativas. La función de paternidad y maternidad es, desde cualquier punto de vista, una función vinculada a producir aprendizajes y a desarrollar actitudes y aptitudes esenciales en la educación.

Pero esta función privilegiada que ejerce la familia no se realiza nunca desde un espacio cerrado ni desde una organización social diseñada con mecanismos de autocontrol demasiado explícitos.

La familia realiza una función educativa de primer orden, pero nos resulta difícil prever cómo y en qué momentos va realizando este conjunto de funciones. Nos resulta difícil tener certezas de los efectos finales que tendrán estas funciones educativas en cada uno de sus hijos. Es, por tanto, una función que va acompañada en su evolución de caracteres de impredecibilidad y de incertidumbre sobre sus resultados.

Si a estas características de la función familiar les añadimos la diversidad que existe bajo el modelo de "familia", se hace patente la imposibilidad de tener pautas generales "ciertas" que nos permitan conocer cómo y de qué manera se realiza

esta función educativa en su globalidad y diseñar pautas repetitivas y por tanto generalizables.

Junto a estas limitaciones que nos impone el modelo familiar hay que añadir y tener en cuenta las interferencias constantes con las que la familia interactúa. Cada familia o grupo familiar en cada tiempo tiene en su entorno múltiples interferencias. Unas tienen que ver con las características particulares de los miembros que la componen, otras tienen que ver con el entorno en que viven... (pueblo, barrio, escalera, vecinos, amigos, etc.). Algunas son compartidas con otros grupos o clases de familias, como es la cultura, las creencias, las costumbres, que pueden ser propias del lugar en que viven, extrañas a este lugar, conservadas mediante movimientos de emigración e inmigración, etc. Otras más generales, como son los medios de comunicación (prensa, radio, televisión), influirán en mayor o menor medida.

La suma y las posibles combinaciones de influencias incidirán en cada familia provocando interacciones de identificación/integración, y diversificación/diferenciación, que les irán afectando y proporcionan elementos de cambio, ajustes y reajustes para adaptarse a su realidad.

2. La escuela realiza su función. Interferencias significativas más los límites de pertenencia a una organización compleja

La escuela tiene a su vez diseñada una función educativa. En su caso, por estar integrada en una organización más estructurada, tiene mejor delimitados sus espacios y cometidos. Conoce mejor su propia función, y la realización de dicha función está sometida a un mayor control de eficacia, a través del mantenimiento de los procesos y permanencia de los modelos educativos diseñados.

La organización "escuela" tiene a su vez una mayor estabilidad ya que está definida por su propia estructura, y esto le confiere un nivel de predictibilidad y de certeza más amplio. La escuela está organizada por ciclos, por cursos. El paso de un curso a otro se realiza a través de evaluaciones, límites, objetivos que permiten evaluar un proceso de aprendizaje. Las fronteras, el paso de un curso a otro, están definidos por edades de los niños y por superación de unos niveles de

aprendizaje observables y bien definidos. Los adultos encargados de esta función, que son representantes de la institución, han recibido una formación que les ha preparado para llevarla a término. Conocen su papel y tienen mayores medidas para observar y evaluar si lo realizan bien o mal.

Esto no ocurre de igual modo en la familia, donde estas marcas de claridad y objetivación no se hallan definidas de manera tan formal ni convencional.

Por eso, la escuela nos permite integrar aspectos vinculados a la prevención y a la educación de forma más fácil, puesto que al referirnos al concepto “escuela” estamos pensando en un modelo más homogéneo y con unos procesos más estables.

Aun así, también la escuela sufre interferencias significativas en relación al lugar donde está situada (población, barrio, etc.), a la población de niños para los que trabaja, al interés de los padres hacia la escuela, a la valoración por parte de éstos del trabajo de la misma, a los hábitos de trabajo de los niños, etc.

Y añadidas a estas interferencias producidas por su entorno inmediato sufre, a su vez, interferencias relacionadas con su propia organización (demandas y exigencias desde los niveles jerárquicos superiores, límites formales, cambios de modelos y métodos pedagógicos, etc.).

3. Cada sistema es parecido en su clase y, a la vez, es diferente

Con esta sintética descripción de los dos contextos sociales donde prioritariamente se delega el proceso de aprendizaje y educación vemos que, aunque a niveles diferenciados, tenemos unos sistemas en que cada uno es parecido al otro de su misma clase, desde una mirada macroscópica; pero que cada uno es diferente respecto a otro de su misma clase, desde una mirada microscópica. La diversidad nos viene propuesta fundamentalmente por el conjunto de interferencias significativas bajo las que están inmersos y en continua relación el sistema de la familia y el sistema de la escuela. Interferencias que difícilmente podremos conocer y mucho menos comprender, si no es como participantes/observadores desde el lugar mismo en que se produce dicha interacción.

Así, cuando hablamos en general de la familia o de la escuela, nos representamos inmediatamente un modelo con unas características generales. Pero cuando una madre o un niño nos habla de su familia, surgen elementos particulares que definen a esta familia y la diferencian de muchos otros.

Igual pasa con la escuela: no son iguales las características de una clase de 2.º de E. G. B. que una de 1.º de F. P., no es igual una clase en un barrio de clase media en la gran ciudad que una clase rural... Y así hasta el infinito de posibles matizaciones.

4. Imposibilidad de un discurso único

Esto nos lleva, como conclusión, a pensar en la artificialidad de buscar un discurso único que sirva para todas las familias y todas las escuelas. Un discurso único, que pueda integrar la compleja diversidad que comentábamos, se convierte en tan general, que no logra superar el enunciado de buenas intenciones o de buenos consejos generales y que, por su misma calificación de general, no vincula ni responsabiliza a nadie en particular para trabajar en su desarrollo.

Otro inconveniente que poseen las recomendaciones generales es su repetición. Se citan una y otra vez sin desarrollar la propuesta de trabajo operativa, y a base de leerlo y de repetirlo se acaba pensando que ya se está realizando, cuando en realidad está presente como enunciado de intención, pero no como una práctica de acción.

Otro inconveniente que poseen las recomendaciones generales es su repetición. Se citan una y otra vez sin desarrollar la propuesta de trabajo operativa, y a fuerza de leerlo y de repetirlo, se acaba pensando que ya se está realizando, cuando en realidad está presente como enunciado de intención, pero no como una práctica de acción.

¿Queremos decir con todo esto que no se puede desarrollar en los contextos familia y escuela una labor preventiva, sea ahora específicamente sobre drogas y en otro momento sobre otro aspecto? No, en absoluto. Queremos decir que ésta no es una tarea sencilla, que pueda beneficiarse de un diseño acabado, para pasarlo después a su divulgación y repetición, con la espera de observar los cambios que haya producido en el tiempo dicha intervención.

Es una tarea que podemos y debemos asumir, pero situándonos en el lugar de la *parte* en contraposición al *todo*, y desde una posición de *creatividad* en lugar de la *repetición*.

5. Los criterios son válidos para definir una situación determinada y para trabajar en un consenso

Para ello es importante que, desde la organización escolar y desde los niveles jerárquicos superiores, se diseñen criterios sobre los contenidos preventivos, que se deberán luego operativizar para llevarlos a la acción; se gestionen recursos para hacerlos posibles, se faciliten posibilidades formativas y se delimiten con la máxima precisión posible los objetivos que se cree se pueden conseguir.

Después, cada escuela, en relación a su ambiente particular, será quien tendrá el compromiso de llevar a la práctica dichos contenidos, de definir los aspectos prioritarios que se crean oportunos, señalar los plazos necesarios. A través de este trabajo irán surgiendo las dificultades, las necesidades existentes, las lagunas formativas que deben llenarse, la metodología más adecuada para cada situación, y así se irán definiendo demandas concretas, conflictos puntuales, contradicciones y preguntas que se resisten a respuestas simples.

Ha llegado entonces el momento de establecer un diálogo entre los responsables de la gestión educativa y los responsables de la acción educativa, y es a través de este diálogo cuando se pueden ir definiendo y modificando los contenidos preventivos generales para adaptarse a los particulares.

Así, en un proceso no demasiado prolongado en el tiempo, se pueden desarrollar criterios generales que al operativizarlos vayan integrando la diversidad de los mismos, y permitan a los profesionales trabajar desde una realidad concreta adecuando lo general a lo particular.

A partir de esta tensión y contraste constantes es más fácil llegar a poner en común y decidir criterios, contenidos, metodologías operativas, sistemas de evaluación de las intervenciones (efectividad y eficacia) en relación a la permanencia de actitudes y hábitos positivos, etc. Con ello, la prevención

puede dejar de ser una entelequia para convertirse en un conjunto de contenidos y actitudes que definan e impregnen la función educativa.

En cuanto a la familia, es también desde los ámbitos más simples (pueblo, distrito, asociaciones, grupos diversos, etc.) en que se agrupan donde los contenidos preventivos tienen mayor posibilidad de ser integrados.

No cabe duda del poder de la capacidad de imitación que tienen actualmente los medios de comunicación de masas (televisión, radio) para sugerir y provocar cambios de actitudes, pero estos grandes y poderosos medios de comunicación sufren de la ambigüedad y de la complejidad que condiciona su propia estructura.

Así, tenemos la convivencia armoniosa de consejos de prevención y de estímulos de consumo sobre los mismos objetos a través de la publicidad, con lo que los medios de comunicación resultan un medio eficaz para crear actitudes más sensibles hacia temas y aspectos preventivos; pero creemos que los cambios significativos sólo se producirán desde la posibilidad de discusión, intercambio y reflexión a partir de los mismos grupos sociales. Por esta razón nos parece importante el desarrollo de espacios y actividades en que desde cada lugar propio, padres, jóvenes, vecinos, etc., puedan desarrollar conceptos que aumenten su sensibilidad hacia actitudes de salud comunitaria, un mayor conocimiento de sus propias posibilidades de cuidarse (autoayuda), y la posibilidad de espacios en que poder aumentar su información, superar prejuicios y clarificar dudas o interrogantes existentes.

Para este intercambio existe un espacio compartido entre padres y maestros como son las Asociaciones de Padres de Alumnos. Estas asociaciones, en principio, cumplen con los requisitos necesarios para llevar a término una gran cantidad de acciones de carácter preventivo. La posibilidad de que se utilicen sus potencialidades, en cada caso dependerá de muchas razones diferentes, pero en principio existe una estructura que debería potenciarse para que cumpliera una función de puente entre el contexto familiar y el contexto escolar. Del intercambio entre ambos existe todavía un universo para explorar y probar sus potencialidades y capacidades.

6. Hacia una aproximación entre la escuela y la familia

No es fácil conseguir que este espacio que la escuela tiene para los padres se convierta en puente y en cocina de propuestas, sugerencias, reflexiones y actuaciones.

Para que padres y maestros se encuentren, uno de ambos grupos, o ambos, deben sacrificar horas de dedicación laboral, o bien horas propias fuera de su espacio laboral. Y esto es algo que hay que prever y en el caso del maestro compensar. También es sabido que los padres que participan en las actividades de las APAs son grupos reducidos y a menudo poco representativos del talante medio de los padres de la escuela. Pero cualquier tarea de relación, de interacción e intercambio es siempre difícil en un comienzo y por alguna parte debe empezarse.

Para la escuela es importante que desde la Dirección, desde el Claustro de Profesores, desde el Consejo Escolar, desde las Tutorías, se definan *qué vías de relación son las que hasta el momento presente han producido mayor repercusión* al conjunto de familias que se relacionan con el colegio, y utilizar estas vías, que la escuela ya ha experimentado como más efectivas, para plantearse la posibilidad de iniciar discusiones o intercambios en relación al tema de la prevención de las drogodependencias.

Una vez escogida la vía que por la experiencia se ve como la más efectiva de todas y se han detectado necesidades de información, formación, consejo, discusión, debate..., decidir *quién puede cuidar y responsabilizarse de mantener viva una dinámica* activa de relación e intercambio, que permita *diseñar y programar actuaciones concretas*.

Cualquier actividad preventiva que la escuela decida hacer en relación a sus alumnos, ya sea a través de una integración de contenidos a través de los currículums, ya sea algún otro tipo de intervención informativa, formativa o de consejo, es importante que, previamente, el mayor número de padres posibles tengan conocimiento de dicha iniciativa con el fin de hacerlos cómplices de la escuela y darles el protagonismo formativo que como padre y madre tienen ante sus hijos. Es fundamental potenciar su papel de modelo ante los hijos, trabajar conjuntamente para intentar no ofrecer a los niños

mensajes contradictorios y grandes distancias entre lo que se dice y lo que se hace. Esta es una estrategia que difícilmente engendra oposición de los padres.

Partiendo de una concepción positiva de la realidad y definiendo a la escuela y a los padres como actores implicados en su función, se trata de aliarnos con lo mejor de cada uno para intentar potenciar comportamientos y relaciones positivas y creadoras.

Los resultados nunca serán espectaculares, pero se trata de avanzar lentamente en un proceso constante, donde lo más importante es ir consiguiendo acuerdos y consenso a medida que vamos avanzando juntos.

Los aspectos socioculturales: “La droga, un problema nuevo con materiales viejos”

Juan Delval. Catedrático de Psicología Evolutiva. U. A. M.

De existir soluciones simplistas para un fenómeno tan complejo como es actualmente la droga, éstas ya se hubieran aplicado desde hace tiempo. Sin embargo, poderosos intereses políticos y de denominación dejan al descubierto la incongruencia de los planteamientos que se realizan desde el poder. En este artículo, Juan Delval analiza la actitud ante la droga en las distintas culturas y afirma que hoy el consumo autodestructivo de la droga no es un fenómeno social anómalo, sino un aspecto más de la sociedad que vamos construyendo.

Estamos acostumbrados a tomar continuamente “sustancias que afectan nuestro estado de ánimo, nuestro comportamiento o nuestra percepción”, es decir, a lo que se suele entender por “drogas”. Ingerimos café, té, vino, cerveza, licores alcohólicos e infinidad de sustancias que producen excitación, tranquilizan, ayudan a dormir, alivian el dolor o mejoran nuestra resistencia a las enfermedades.

Aunque solemos distinguir con nitidez entre nuestro cuerpo y nuestro espíritu, las relaciones entre ambos son tan estrechas, que resulta muy difícil separarlos. Las sustancias, o incluso los alimentos, que ingerimos cambian nuestro estado de ánimo, nuestra situación psicológica, y sabemos también que nuestros estados psicológicos contribuyen a la producción de sustancias químicas. Es más, sabemos también que muchas enfermedades, en las que sentimos enfermo el cuerpo, tienen un origen psicológico. La investigación reciente muestra cada vez con más claridad que en casi todas las enfermedades confluyen factores psicológicos y factores somáticos.

Todas las culturas han utilizado drogas desde tiempo inmemorial. La Biblia atribuye a Noé el descubrimiento del vino, y en el herbario del Emperador chino Shen Nung,

fechado el año 2737 antes de nuestra era, se encuentran referencias a la marihuana. En Extremo Oriente ha sido muy popular el opio y sus derivados; en los países árabes, el hachís; en los países mediterráneos, el vino. Los pueblos de casi todo el mundo beben distintas formas de alcohol, mientras que los habitantes de algunas regiones de América mascan las hojas de coca y muchos pueblos de ese continente, de Africa y de otras regiones utilizan diversos alucinógenos. Así pues, puede decirse que prácticamente en todas las culturas se han usado sustancias de origen vegetal y mineral para producir efectos curativos y alteraciones psicológicas, y también que su empleo, sus formas de utilización y las situaciones en que se empleaban estaban prescritos en cada cultura.

Desde siempre, y en toda la geografía mundial, se han consumido drogas, pero dentro de las condiciones prescritas en cada cultura y tradición.

En Occidente, además de utilizarse las drogas obtenidas directamente de plantas, se empezaron a hacer diversos estudios sobre sus características químicas, que llevaron a la producción de drogas sintéticas. En 1805, Sertuner aisló la morfina, el primer alcaloide producido a partir del opio. Los alcaloides son sustancias de estructura química semejante, que tienen numerosos efectos sobre el sistema nervioso. Investigaciones recientes han puesto de manifiesto que el cerebro produce sustancias semejantes a éstas que desempeñan importantes funciones en la transición de mensajes en el sistema nervioso central.

A lo largo del siglo XIX, la investigación química continuó aislando sustancias que producen cambios en nuestro organismo, muchas de las cuales se utilizaron como medicinas, es decir, sustancias que tienen efectos curativos y que sirven para combatir la enfermedad. El uso curativo de las drogas se ha extendido de una manera extraordinaria y los medicamentos han contribuido mucho a mejorar las condiciones de la vida humana, sobre todo en los países adelantados. Al mismo tiempo se han seguido consumiendo drogas en todos los países del mundo, dentro de las condiciones prescritas en cada cultura y en las formas tradicionales. Por ejemplo, en 1950 un informe de las Naciones Unidas estimaba que unos doscientos millones de personas consumían marihuana, principalmente en Asia y en Africa.

Los occidentales nos hemos ido convirtiendo poco a poco en grandes consumidores de todo tipo de sustancias, y el alcohol, el tabaco y numerosos medicamentos se han ido utilizando más y más. Sin embargo, es hacia el comienzo de

los años 60 cuando se produce un cambio importante en el consumo de drogas en los países adelantados, que se inicia en los Estados Unidos y de ahí se extiende por otros países. Esta nueva forma de consumo de drogas, principalmente la marihuana y el L. S. D. —un alucinógeno descubierto en 1938 por el doctor Hoffmar, que trabajaba en los Laboratorios Sandoz de Basilea—, formaba parte de un movimiento contracultural, uno de cuyos centros fue la Universidad de Berkeley, en California, y está vinculado con los movimientos y las revueltas que se producen en torno a 1968, entre los que se incluyen los de mayo en Francia, en Italia y en otros países europeos.

Así pues, el fenómeno del consumo de drogas con fines terapéuticos y con independencia de las tradiciones culturales es un fenómeno completamente nuevo, que constituye una preocupación de primer orden en países occidentales, en donde no cesa de aumentar, incorporando drogas cada vez más nocivas. Se trata de un fenómeno muy complejo, como todos los grandes problemas sociales, donde es fácil proponer soluciones simplistas, que no existen, porque si existieran, ya se habrían aplicado desde hace tiempo y el problema se habría resuelto. Algunos hacen responsables a los traficantes o incluso cargan las responsabilidades sobre los consumidores, sin darse cuenta de que tanto unos como otros no son más que un elemento que, por sí solo, no podría ser causante del consumo de drogas.

Las drogodependencias: un fenómeno complejo donde no existen soluciones fáciles. Ni los traficantes ni los consumidores, por sí solos, son los causantes del fenómeno.

1. Distintas sustancias en un mismo saco

Antes de seguir adelante conviene dar un repaso a las distintas drogas, su uso y sus efectos. El alcohol es una droga que tiene una larga tradición en nuestros países y en casi todo el mundo, pero que en dosis elevadas produce efectos demoledores. Aunque el tabaco proviene de América, su consumo no se ha extendido de forma masiva hasta época reciente. En el aumento del consumo de estas drogas, legales y ampliamente promocionadas, tienen una gran influencia los fabricantes de la droga y los propios Gobiernos, a pesar de que el número de muertes que producen es muy superior al de las drogas prohibidas. El tabaco, por ejemplo, ha pasado en poco tiempo de ser un producto que se consumía en algunos momentos del día o en determinadas ocasiones, y que frecuentemente daba lugar a una actividad social de la que

formaba parte liar el cigarrillo, a ser una actividad compulsiva en la que los individuos consumen ansiosamente un producto industrial que necesitan tener en la mano casi continuamente como una forma de aliviar la tensión y como un estímulo. Tanto el alcohol como el tabaco producen una fuerte adicción física.

El consumo de las distintas drogas existentes se da de muy diferentes maneras, y esto debemos tenerlo en cuenta.

Otras drogas, como la marihuana y el hachís, se han extendido enormemente fuera de sus áreas de uso tradicional, y hay discusiones vivas entre los expertos sobre cuáles son sus efectos. Las investigaciones parecen mostrar que un consumo alto de los derivados del cannabis tiene efectos nocivos de diverso tipo, pero un uso ligero posiblemente no sea más dañino que respirar continuamente humo de autobuses o consumir alimentos altamente contaminados, como hacemos con frecuencia sin saberlo. El L. S. D. y otros alucinógenos no han visto crecer el consumo de una manera tan espectacular, e incluso parece que, aunque sigan consumiéndose, no se cuentan entre las drogas más populares. La cocaína, un derivado de la coca sintetizado el siglo pasado y que fue utilizado como analgésico por el mismo Freud, ha conocido un gran auge en tiempos recientes y se considera una droga de ricos.

Pero, quizá, el fenómeno más preocupante es la utilización creciente de algunos derivados del opio, y especialmente de la heroína, un alcaloide parecido a la morfina, pero que tiene cuatro veces más poder analgésico, sin alguno de los efectos sedantes de ésta. La heroína y los restantes derivados del opio tienen una característica temible, y es que producen rápidamente un grado de adicción física muy notable, lo que provoca que los tejidos del cuerpo no funcionen normalmente sin la presencia de la droga. Esto hace que los consumidores habituados pasen horribles tormentos cuando no tienen droga y que la deshabituación sea un proceso lento, costoso y doloroso. Muy inquietante resulta el aumento de productos tóxicos, entre los que están los inhalantes.

El consumo de estas drogas se da de muy diferentes maneras, y esto es algo que debe tenerse en cuenta. Alcohol y tabaco están enormemente extendidos y, a pesar de que no caben dudas sobre su carácter tóxico, sobre los enormes daños que producen, y de que sabemos los costes que suponen para la economía del país —por ejemplo, por los gastos de la Seguridad Social que representa el tratamiento—, sin embargo, su

propaganda aparece continuamente en los medios de comunicación, en las manifestaciones deportivas y en todas partes. Esta es una clara manifestación de la incongruencia de los planteamientos que se realizan desde el poder, y que debilitan cualquier campaña contra la droga. El uso de la marihuana está extendido en la mayor parte de los países occidentales y hay un porcentaje importante que son consumidores ocasionales.

2. ¿Por qué se consumen así?

El consumo de la heroína y los opiáceos, así como de otras drogas de tipo destructivo y que están prohibidas, crece continuamente, y éste es el fenómeno más preocupante. Aparte de eso, las noticias sobre estas drogas ocupan un papel importante en la prensa, que les da mucha relevancia, lo cual produce una natural alarma entre la gente.

El problema más importante que hay que analizar entonces es el de por qué se produce este aumento del consumo de drogas, que parece un fenómeno difícil de detener. En muchos casos, el consumo de drogas, de esas llamadas drogas “duras”, se produce sobre todo entre grupos marginales. En un estudio sobre las toxicomanías infantiles, presentado en un curso sobre “Droga y menores” organizado por el Consejo de Protección de Menores, se indicaba que el 87 por 100 de niños que habían sido examinados podían calificarse de “pobres” y el 37 por 100 vivían en un medio de extrema pobreza. Pertenecían a familias con problemas, generalmente con problemas muy graves, y casi todos ellos tenían rasgos psicológicos alterados. Así pues, nos encontramos con que muchos de los consumidores son gente que vive en unas condiciones de extrema dureza y muy frecuentemente se trata de individuos que pertenecen a grupos que han visto profundamente alteradas sus condiciones de vida, es decir, que han cambiado su medio, que se han desplazado del campo a la ciudad y que viven en condiciones muy precarias. Resulta paradójico que individuos de extrema pobreza tengan que gastar enormes cantidades de dinero para conseguir droga, enriqueciendo a los grandes traficantes. Nos encontramos así en un sistema en el cual el consumidor necesita obtener nuevos consumidores, para de esta manera poder convertirse en traficante y obtener unos beneficios que le permitan seguir consumiendo droga, lo que extiende la cadena hasta el infinito.

La problemática familiar, rasgos psicológicos alterados y una situación social precaria son factores de riesgo evidentes. Factores de carácter social como la misma organización de la sociedad, su nivel de competitividad y la falta de expectativas en el futuro, pueden favorecer el consumo de drogas como forma de distanciarse de la realidad.

Estudios recientes realizados en Estados Unidos han puesto de manifiesto que las duras condiciones de vida a las que está sometida buena parte de la población, y no sólo los marginados, sino también los triunfadores sociales, inducen poderosamente al consumo de drogas. Por ejemplo, los políticos o los altos ejecutivos se ven forzados a tener un rendimiento muy elevado durante muchas horas, y para poder mantenerlo consumen estimulantes, como puede ser la cocaína. Otros se encuentran en situaciones de gran ansiedad y toman diversas sustancias, entre ellas derivados del opio, para relajar la tensión, mientras que otros, o los mismos en otro momento, necesitan tomar tranquilizantes y somníferos para poder descansar por la noche y ser capaces de reiniciar la actividad el día siguiente. La sociedad extremadamente competitiva conduce al consumo de drogas.

Así pues, la causa última del consumo de drogas se encuentra en la organización de la sociedad en la cual estamos viviendo, esta sociedad de dura competencia en la que al mismo tiempo hay un número cada vez mayor de individuos que quedan al margen: los parados.

La droga es especialmente importante entre los jóvenes, cuyas expectativas de todo tipo son muy reducidas. Los índices de paro entre los jóvenes son altísimos y el mundo no les ofrece prácticamente ningún horizonte atractivo. Desde ese punto de vista, algunas drogas como la heroína producen un estado de relajación y permiten distanciarse de la horrorosa realidad. Para muchos, la droga es una forma de suicidio lento que no sólo permite alejar la realidad inmediata, sino que va destruyendo a un individuo que no tiene expectativas.

Muchos factores contribuyen a la difusión de las drogas. El mimetismo de los jóvenes puede facilitar la extensión del consumo, pero no basta. Sin duda, está el tráfico y los traficantes, que, gracias a la prohibición, reciben enormes beneficios con el consumo de drogas. Los grandes traficantes de la droga son individuos muy influyentes políticamente, y todo parece indicar que nunca se llega a conocer completamente a los que de verdad manejan el negocio. La droga ha sido utilizada como un arma política y como un arma de dominación. Si nos remontamos hacia atrás, vemos, por ejemplo, cómo se ha utilizado por los occidentales el alcohol como una droga que ha contribuido a destruir a poblaciones cuyas tierras se querían conquistar, como los indios de las

praderas. La droga y las enfermedades han constituido un poderoso aliado en la conquista. Hoy sabemos también que Gobiernos poderosos, como el de los Estados Unidos, se han aliado con traficantes de drogas y con mafiosos para servir a sus intereses políticos, y lo hemos visto recientemente en un programa de nuestra televisión. Posiblemente la droga es útil a veces como instrumento de control de determinadas capas de la sociedad. Hay que añadir a esto el hecho de que la existencia de ciertos conflictos sociales y crisis permite un aumento de la represión y del control, que da armas al poder para dominar a los ciudadanos.

El origen del problema es, entonces, la situación social en la que nos encontramos y los daños que esta situación produce sobre algunos individuos, que les conduce al consumo de drogas. Los traficantes van a aprovechar esa situación en beneficio propio. Mientras el poder realiza declaraciones manifestando que se está en contra de la droga, algunos de sus agentes no combaten con mucho ahínco. Por tomar un ejemplo alejado en el espacio y en el tiempo, recordemos que el informe de la Comisión Knapp sobre la corrupción de la Policía de Nueva York, realizado en 1972 tras dos años y medio de investigación, mostraba que la Policía estaba profundamente implicada en el tráfico de drogas y era frecuente que policías adquirieran de delincuentes objetos robados cambiándolos por drogas, mientras que otros estaban implicados en el tráfico en mayor escala. Sus testimonios son escalofrantes.

Creo que una conclusión que deriva de lo anterior es que la prohibición no resulta en absoluto un medio eficaz para reducir el consumo de drogas, y es un factor añadido que hay que considerar cuidadosamente. Sin duda, no puede proponerse como única medida que las drogas se expendan en venta libre, pero, sin embargo, unido a otra serie de medidas, es probablemente una idea útil.

Los cambios sociales tienen una gran responsabilidad en todo este asunto. Vivimos en una sociedad que está continuamente estimulando las ansias de consumo de los individuos. Los valores de solidaridad y de cohesión dentro del grupo han pasado a ocupar un lugar muy secundario frente a necesidades creadas en los individuos para beneficio de unos pocos. Esto somete a los individuos a grandes tensiones y les obliga a defenderse solos, sin el apoyo del grupo. Las pequeñas

La “prohibición” por sí sola no es un medio eficaz para reducir el consumo de drogas.

Para disminuir el problema de las drogas debemos enfrentarnos con los problemas de fondo, y no puramente con los síntomas exteriores.

unidades sociales, como la familia, están cada vez más descompuestas, por la evolución misma de la sociedad. La televisión —el arma de guerra más poderosa que se ha inventado— y otros medios de comunicación no hacen más que predicar un consumo que, sin embargo, no está al alcance de los individuos más desfavorecidos y más frágiles, como pueden ser los jóvenes. Pocas salidas les quedan entonces, y la droga es una de ellas.

Si queremos atajar el problema de la droga, lo que tenemos que hacer es enfrentarnos con los fenómenos de fondo y no puramente con los síntomas exteriores, entre los cuales está el tráfico. Es necesario además dar una información adecuada sobre cuáles son los efectos reales de las drogas. Entre los jóvenes, y en la sociedad en general, hay una considerable desconfianza acerca de lo que se nos cuenta todos los días, porque la mentira se utiliza frecuentemente como un arma de dominación, con tanta frecuencia, que casi continuamente nos están engañando. Y la gente es consciente de ello. Por eso, muchos jóvenes, cuando se les dicen cosas acerca de los efectos de las drogas, desconfían de lo que les están contando. Es necesario realizar una labor educativa muy importante para luchar contra el consumo destructivo de drogas altamente nocivas, pero hay que tomar también muchas otras medidas. Y no conviene olvidar que actualmente el consumo de drogas en forma autodestructiva no es un fenómeno social anómalo, sino un aspecto más de la sociedad que vamos construyendo.

(Artículo publicado en el informe
sobre drogas de la revista
Vanguardia-Mujer.)

Las drogas: los determinantes de su acción

Víctor Martí Carrasco. Psicólogo. IGIA

El tercer elemento para comprender el tema que nos ocupa es el de la SUSTANCIA. No siempre será el más determinante, si bien, como es obvio, sin él no existirían las drogodependencias; en todo caso, habría otro tipo de problemáticas y dependencias... Podríamos llegar a decir que las “drogas” por sí mismas no existen, sino que el drogadicto hace a la droga. Es decir, un determinado tipo de relación y modo de uso convierte a ciertas sustancias en lo que conocemos por “DROGA”.

Ya se ha comentado anteriormente que no existe un proceso de “escalada sistemático” hacia la toxicomanía después de la toma de una “droga”; podríamos hablar de una experiencia y nada más. En todo caso, y en tanto que educadores, deberemos estar atentos al consumo que un alumno pudiera realizar, entender su significación y, a partir de ahí, dar una respuesta.

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

No obstante, la presencia de la “droga” nos exige un conocimiento riguroso de toda una serie de términos y fenómenos inherentes al mundo de la drogadicción. Veamos cuáles son éstos:

1. Algunos conceptos básicos

Partiremos del *concepto de droga*, entendiéndola como toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, endovenosa, etcétera), modifica el estado de ánimo y la capacidad de generar dependencia.

Junto al concepto de droga hay otros que también conviene definir. En el libro *Las drogas... a lo claro*, de la serie "Salud", Ed. Popular, de forma sencilla y didáctica nos sugieren algunos de ellos:

ACLARANDO IDEAS

Hay una serie de palabras —algunas han aparecido ya en las páginas anteriores (consumidor, drogadicto) y otras muchas que inevitablemente irán saliendo conforme nos adentremos en el tema— que no son de uso diario y que tal vez necesiten una explicación para que todos podamos saber con exactitud qué quieren decir. Por eso abrimos aquí una especie de paréntesis para aclararlas, pues su conocimiento nos permitirá seguir avanzando sin problemas.

— Consumidor

Persona que consume alguna droga. Hay dos tipos de consumidores:

- Ocasionales: personas que, de vez en cuando, sin continuidad, usan una o varias drogas.
- Habituales: personas que tienen cierto hábito de consumir una o varias drogas, o que lo hacen incluso a diario.

Dentro de los *consumidores habituales* también hay que distinguir dos grupos:

1.º Formado por quienes toman drogas habitualmente, pero que pueden dejar de hacerlo cuando quieran. Son personas que no han perdido el control de sí mismas y que se comportan con toda normalidad en su vida.

2.º Formado por personas que toman drogas habitualmente, pero que no pueden dejar de hacerlo aunque quieran. Toda su vida resulta alterada, porque su único objetivo es conseguir cada día la dosis de droga que necesitan.

Únicamente este tipo de consumidor habitual puede recibir el nombre de drogadicto.

— Drogadicto

Persona que ha perdido su libertad ante la droga. Se ha habituado, se ha acostumbrado a ella de tal modo, que ya,

aunque quiera, no puede dejar de consumirla. No puede prescindir de ella.

— **Drogadicción**

Es la adicción, la dependencia de una droga. A veces se utilizan otras palabras como *drogodependencia*, que significa dependencia de una droga, o *toxicomanía*, que quiere decir lo mismo.

— **Farmacodependencia**

Esta palabra se utiliza para designar un tipo concreto de drogadicción. Quiere decir tener dependencia de los fármacos. Las personas farmacodependientes son las que se drogan con medicinas.

— **Politoxicómano**

Persona que consume varias drogas, bien sea al mismo tiempo, mezclándolas, para que los efectos sean mayores (por ejemplo, tomarse estimulantes con alcohol), o bien que consume varias drogas, pero en distintos momentos. Politoxicómano es el que utiliza varias drogas.

— **Dependencia**

Esta palabra se utiliza para expresar la relación que se crea entre el consumidor y la droga o drogas que toma.

Se dice que una persona es dependiente de una (o varias) drogas cuando necesita tomar de forma continuada o periódica, para experimentar los efectos psíquicos y físicos que le producen y, a veces también, para evitar la sensación de malestar que la falta de droga le causa.

El drogodependiente o drogadicto siente un deseo irrefrenable de tomar la droga o drogas que usa.

Tal vez con algunos ejemplos lo entenderemos mejor.

Supongamos que alguna persona, llevada por la curiosidad, se fuma un día un porro, es decir, un cigarrillo de marihuana. A esta persona no le ocurre absolutamente nada. Por el mero hecho de haber fumado un cigarrillo no sentirá la necesidad de fumar ya toda la vida, como a veces se nos quiere hacer creer.

Supongamos que esta persona, algún tiempo después, en una reunión de amigos, prueba el L. S. D. No se convertirá por ello en una drogadicta.

Unos meses más tarde, tiene que realizar un trabajo extraordinario y dispone de pocas horas para dormir, por lo que decide echar mano de las anfetaminas (estimulantes) para estar más despierta. Finalizado el trabajo, deja de tomar estas pastillas. Y no pasa nada.

Esta persona ha utilizado intermitentemente varias drogas, y no le ocurre nada. Su comportamiento ha sido y seguirá siendo normal. En el futuro volverá a tomar drogas o no, pero no se ha creado ninguna relación de dependencia con las drogas que ha consumido. *No las necesita para vivir.*

Supongamos ahora a otra persona que se ha acostumbrado a fumar cada día marihuana, o tabaco, que, aunque legal, es tan droga como aquélla, o a beber. Y de pronto un día, por los motivos que sean, no puede hacerlo. No puede fumar o no puede beber. Entonces se siente incómodo, nervioso, excitado..., “tiene ganas de fumar o de beberse una copa”. Lo desea hasta tal punto, que no puede concentrarse en otra cosa porque insistentemente le viene a la mente el cigarrillo o la bebida.

Esta persona ha desarrollado una relación de *dependencia*. Depende, está “prendido” de esa droga a la que se ha habituado.

Hay dos tipos de *dependencia*:

- **Psíquica.** Es como una dependencia “mental”. Cuando falta la droga, se produce una sensación de malestar, de insatisfacción.
- **Física.** La dependencia abarca no sólo la mente, sino también el cuerpo. Cuando falta la droga, no sólo se “desea”, sino que aparecen una serie de trastornos físicos, más o menos intensos. La persona siente una fuerte necesidad de conseguir la droga para evitar esos trastornos, que son diferentes, como luego veremos, según el tipo de droga.

— **Síndrome de abstinencia**

Recibe este nombre el conjunto de síntomas, malestares, dolores, trastornos más o menos graves que sufre un droga-

dicto si deja de tomar bruscamente la droga a que está habituado. El síndrome de abstinencia se presenta cuando la persona tiene dependencia física de la droga. La dependencia psíquica no causa malestar en el organismo.

No todas las drogas, al dejar de consumirlas, producen síndrome de abstinencia.

Ni todas las drogas que, al dejar bruscamente de tomarlas, producen síndrome de abstinencia causan los mismos trastornos, dolores o malestares.

— **Tolerancia**

Cuando se necesita una dosis cada vez mayor de una droga para alcanzar la misma sensación de bienestar, o el mismo placer, se dice que “aumenta la tolerancia”. O sea, que el organismo se acostumbra rápidamente a esa droga y necesita cantidades cada vez mayores para poder alcanzar los mismos efectos.

Otros conceptos que habitualmente manejamos son:

— **Uso**

Podemos hablar de uso cuando a partir del consumo de determinada sustancia obtenemos más beneficios que perjuicios.

Podemos citar el ejemplo del buen uso de los medicamentos bajo prescripción médica, el uso del vino y alcohol en algunas comidas y celebraciones, etc.

— **Abuso o exceso de uso**

Consideraremos abuso o exceso de uso cuando los aspectos negativos derivados de su consumo son mayores que los posibles beneficios.

Podríamos citar al menos cuatro formas de uso que son sinónimos de abuso:

- La dependencia (ya existe un hábito).
- La sobredosis (consumo de más cantidad de la que el organismo puede tolerar).

- El consumo en una situación de riesgo (conduciendo, haciendo una tarea de precisión, embarazo, según la edad, etc.).
- El consumo de dos o más sustancias simultáneamente (el alcohol y algunos psicofármacos potencian sus efectos).

Ciertamente hay algunas drogas cuyo uso sería difícilmente diferenciable del abuso, como es el caso de la heroína. Incluso a otro nivel podríamos llegar a hablar del tabaco. ¿Es posible un “uso” del tabaco?

2. Hacia una posible clasificación

Lo primero que debemos decir es que no existe “la droga”, sino “las drogas”, y extremadamente diversas.

Como ante otros fenómenos, tal diversidad ha llevado a querer clasificarlas. Existen, pues, múltiples clasificaciones posibles que varían según la ideología o punto de vista de quien las hace, según el avance de las investigaciones, de la historia y del momento sociocultural.

Se han utilizado diferentes criterios para su clasificación, pero con escaso éxito.

Si nos guiamos por el **ORIGEN** de la sustancia, podríamos clasificar las drogas de “naturales”, tales como el tabaco, ciertos hongos alucinógenos, la marihuana, etc.; las “sintéticas”, aquellas que requieren un proceso de elaboración técnica, como son la anfetamina alucinógena y otras, y, finalmente, las “semisintéticas”, que si bien tienen una base de producto natural, requieren un cierto proceso, de laboratorio, como puede ser la heroína, la cocaína, en cierto modo el alcohol, etc.

A veces, se ha querido hacer una clasificación ateniéndose a la **estructura química de la sustancia** o a la **acción bioquímica y metabólica**; pero las dificultades han sido todavía mayores.

Si nos atenemos a los **EFECTOS** que producen sobre el comportamiento, debemos tener presente que éstos son diferentes según los sujetos y que varían considerablemente en función de cinco factores externos:

1. Según el producto utilizado.
2. Según la dosis utilizada (cantidad y calidad de la sustancia).
3. Según la vía de administración (la vía endovenosa es mucho más potente que la vía oral o nasal, por ejemplo).
4. Según el tiempo de la adicción (tiempo que se lleva consumiendo dicha sustancia).
5. En función de si ha habido consumo o mezcla de otras sustancias.

Así pues, según los **EFFECTOS**, podemos distinguir:

1. DEPRESORES DE LA ACTIVIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- El alcohol.
- Los hipnóticos.
 - a) Barbitúricos.
 - b) No barbitúricos.
- Los ansiolíticos.
- Los analgésicos narcóticos.
 - a) El opio y sus derivados naturales y semisintéticos:
 - La morfina, la codeína.
 - La heroína.
 - b) Los narcóticos sintéticos (metadona).
- Los antipsicóticos (tranquilizantes mayores).
- Otros.

2. ESTIMULANTES DE LA ACTIVIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- Estimulantes de vigilancia.
 - a) Estimulantes mayores:
 - Anfetaminas.

- Anorexígenos no anfetamínicos.
 - Cocaína.
- b) Estimulantes menores:
- Cafeína y otras xantinas: té, café, etc.
 - Nicotina.
- Estimulantes del humor:
- a) Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO).
- b) No inhibidores de la monoaminoxidasa (NO IMAO).

3. PERTURBADORES DE LA ACTIVIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- Alucinógenos propiamente dichos:
- L. S. D.
 - Mescalina.
 - Psilocibina.
- Derivados del cannabis:
- Marihuana.
 - Hachís.
 - Tetra-hidro-cannabinol (THC).
- Los disolventes volátiles:
- Las colas: especialmente las plásticas.
 - Las esencias: nafta, benzina...
 - Los disolventes: acetona + acetatos alifáticos + tolueno.
 - El éter.
- Los anticolinérgicos:
- Los alcaloides naturales de la belladona.
 - Los productos sintéticos.

— Otros.

Orientados por Isbell (1959), también podemos clasificar la drogas según **EL TIPO DE DEPENDENCIA** que originan:

1) Originan dependencia psicológica y física:

— Opio y derivados: morfina, heroína, metadona, pentatozina, etc.

— Alcohol.

— Barbitúricos.

— Anfetaminas.

— Otros.

2) Originan sólo dependencia psicológica:

— Derivados de la cannabis: marihuana, hachís.

— Coca y cocaína.

— L. S. D., mescalina, etc.

La O. M. S. también ha hecho un baremo en función de su **PELIGROSIDAD**, ateniéndose a los siguientes parámetros:

1. MAS PELIGROSAS

— Las que crean dependencia física.

— Las que crean dependencia con mayor rapidez.

— Las que poseen mayor toxicidad.

2. MENOS PELIGROSAS

— Las que crean sólo dependencia psicológica.

— Las que crean dependencia con menor rapidez.

— Las que poseen menor toxicidad.

Sobre la base de estos criterios, la O. M. S. ha jerarquizado las drogas en cuatro grupos según su grado de **PELIGROSIDAD**:

GRUPO 1.º Opio y derivados: morfina, heroína, metadona, etc.

GRUPO 2.º Barbitúricos y alcohol.

GRUPO 3.º Coca-cocaína y anfetaminas y derivados.

GRUPO 4.º L. S. D., cannabis y derivados, mescalina, etc.

SEGUN LA SITUACION SOCIOLOGICA. En función de la cultura de cada país, sus tradiciones, clima, incluso intereses económicos, políticos y comerciales, podemos distinguir entre unas drogas “institucionalizadas” y otras “no institucionalizadas”. Las primeras gozan del apoyo cultural, están integradas en la comunidad, no se les teme e incluso pueden no ser consideradas como droga. Es el caso del alcohol en los países del Mediterráneo, las hojas de coca en algunas regiones de Latinoamérica o el opio en otras culturas asiáticas, o viceversa en el caso de las “no institucionalizadas”, y, por tanto, pueden ser perseguidas o mal vistas socialmente, pero en ningún caso por criterios de salud o por los que describe la O. M. S., como hemos visto anteriormente.

Otra clasificación muy difundida entre la población general, medios de comunicación, etc., es la que denomina a unas drogas “**blandas**” y a otras “**duras**”. Esta denominación es absolutamente parcial, no cuantificable y, en consecuencia, subjetiva.

Lo que para un sujeto, en función de sus circunstancias, momento evolutivo, etc., puede ser muy “duro” o agresivo (el caso del tabaco en la infancia), para otro no lo es tanto.

Finalmente, otra clasificación posible estaría en función de la situación legal vigente, y, por tanto, hablaríamos de “**drogas legales**” y “**drogas ilegales**”. Toda esta cuestión, la situación en el Estado español y las implicaciones que ello comporta, está tratada en el capítulo relativo a aspectos legales.

3. Características y efectos de algunas de las drogas más consumidas

Consideramos que este aspecto no es el más polémico o complejo; hay suficiente literatura para quien quiera ampliar sus conocimientos, y, en todo caso, a continuación daremos una información básica que ayude a conocer mejor algunas de

las drogas más consumidas en nuestro país. (Cuadro sinóptico sobre drogas del “Dossier sobre drogodependencias dirigido a educadores”. Ayuntamiento de Barcelona. Area de Juventud y Deportes.)

TABACO

Descripción

Planta solarácea, herbácea, anual, de 1,5 a 2 m. de altura.

Para el consumo se utilizan las hojas, se curan y se elaboran para las diferentes formas de consumo.

Los principales componentes son:

- Agentes carcinógenos, que se encuentran fundamentalmente en el alquitrán.
- Nicotina: es el alcaloide responsable de la dependencia física.
- Monóxido de carbono.
- Sustancias irritantes que se encuentran fundamentalmente en el humo.

Origen y uso médico

Traído a Europa en el siglo xv, a partir de la colonización del continente americano.

No se utiliza con fines médicos.

Efectos a corto plazo

- Disminución del hambre.
- Por su efecto estimulante, aumenta el ritmo cardíaco.
- Disminución de la capacidad pulmonar.
- Disminución de la sensibilidad del sentido del gusto y del olfato.
- Envejecimiento prematuro de la piel del rostro y ensuciado de la dentadura, mal aliento.
- Problemas respiratorios generales (resfriados, gripes...).

- Afecta de forma importante al crecimiento fetal, que se expresa por una reducción de todas las dimensiones del bebé. Favorece el incremento de las tasas de aborto espontáneo, el incremento de las complicaciones durante el embarazo y el parto y el incremento de nacimientos prematuros.

Efectos a largo plazo

El tabaco interviene directamente en:

- Disminución importante de la calidad de vida.
- Infarto de miocardio.
- Enfermedad de Buerg.
- Muerte repentina.
- Aparición de enfisema pulmonar.
- Alteraciones de las células que afectan la capacidad depuradora e inmunitaria del aparato respiratorio.
- Bronquitis.
- Existe una relación directa entre el consumo de tabaco y la aparición de cáncer.

Tolerancia y dependencia

El tabaco establece tolerancia, dependencia psicológica y dependencia física.

ALCOHOL (Ethyl alcohol o ethanol)

Descripción

Es una sustancia líquida que se obtiene a partir de la fermentación anaeróbica de los hidratos de carbono.

Origen y uso médico

Su origen se remonta a la aparición de los primeros recipientes de cerámica que permitieron guardar y fermentar las frutas, los cereales o vegetales.

Efectos a corto plazo

Efectos físicos a dosis pequeñas:

- Vasodilatador (sensación de bienestar).
- Pequeños efectos estimulantes seguidos de depresión.

Efectos físicos a dosis altas:

- Disminución de reflejos sencillos.
- Aumento de errores de psicomotricidad.
- Afecta la visión periférica.
- Interfiere la atención y la memoria.

Efectos psicológicos:

Se modifican mucho según la personalidad y expectativas del individuo.

- Sueño.
- Desinhibición.
- Verborrea.
- Pérdida del control emocional (no aumenta la comunicación).
- Puede ir seguido de una depresión.
- Disminución de la autocrítica.

Efectos a largo plazo

Efectos físicos:

- Gastritis.
- Pancreatitis.
- Polineuritis.
- Insuficiencia hepática.
- Fatigabilidad en la marcha.
- Rampas en las extremidades.

- Disminución de reflejos.
- Cardiopatías.
- Encefalopatías.
- Síndrome de Korsakoff.
- Dificultades de eyaculación.
- Desorientación témporo-espacial.
- Trastornos de la memoria.

Efectos psicológicos:

- Trastornos de carácter (irritabilidad).
- Celos.
- Períodos de excitación/depresión.
- Ansiedad provocada por la adicción.
- Sentimiento de culpabilidad.

Tolerancia y dependencia

La tolerancia se va instaurando lentamente (de cinco a diez años).

Produce dependencia física y dependencia psicológica.

PSICOFARMACOS

1. Depresores del S. N. C.

- Derivados del ácido barbitúrico (Fenobarbital, Pentobarbital, etc.).

Descripción

Generalmente se presentan en forma de pastillas o cápsulas.

Efectos a corto plazo:

- Sedación.

- Disminución del ritmo cardíaco y respiratorio (la dosis tóxica es muy cercana a la terapéutica).
- Disminución del tono muscular.
- Miosis.
- Anticonvulsionante.

A dosis elevadas:

- Enlentecimiento de la palabra.
- Anestesia.
- Incoordinación motora.
- Coma.

Origen y uso médico

Son los derivados del ácido barbitúrico. Su acción farmacológica fundamentalmente es la depresión no selectiva del S. N. C., que, según la dosis, puede tener efectos de anestesia general, coma y muerte por parálisis del centro respiratorio.

A pequeñas dosis son utilizados como sedantes, inductores del sueño, etc.

Efectos a largo plazo:

Alteración del sueño (fase REM de ondas cortas. Esto está en relación con la dependencia, porque cuando se dejan de tomar aparecen pesadillas, y por eso se vuelven a tomar barbitúricos).

Tolerancia y dependencia

La dosis letal está muy cerca de la terapéutica.

Una vez establecida la tolerancia, existe un grave peligro de intoxicación o muerte por sobredosis. Es el grupo de fármacos más utilizados en los suicidios. La tolerancia es cruzada entre los otros sedantes no barbitúricos y con el alcohol.

La supresión brusca de su ingestión produce síndrome de abstinencia muy grave, que se caracteriza por náuseas, vómitos, convulsiones y manifestaciones de terror.

— Psicofármacos no derivados del ácido barbitúrico (benzodiazepinas).

Efectos a corto plazo:

- Anticonvulsiantes.
- Relajantes musculares.
- Acción ansiolítica.
- Desinhibición.

Origen y uso médico

Son también depresores del S. N. C.

No presentan peligro de muerte por sobredosis de los derivados del ácido barbitúrico.

Tolerancia y dependencia

- Producen tolerancia, dependencia física y psicológica.

2. Estimulantes del S. N. C.

— Anfetaminas.

Efectos a corto plazo:

- Efectos euforizantes y excitantes.
- Disminución de la sensación de cansancio.
- Disminución de la sensación de hambre.
- Aumentan la presión arterial y la frecuencia cardíaca.
- Pueden aparecer alucinaciones y delirios paranoides a dosis altas.

Origen y uso médico

Son compuestos sintéticos derivados químicamente de la efedrina, alcaloide natural de las plantas del género "Ephedra".

Efectos a largo plazo:

- Bloqueo del pensamiento.
- Pérdida del control.
- Dificultad para ejecutar actos complejos.

Tolerancia y dependencia

- La tolerancia se establece con mucha rapidez, sobre todo por lo que hace referencia a los efectos de euforia.
- Produce dependencia física y psíquica.
- En el síndrome de abstinencia da depresión y cansancio.

CANNABIS

Descripción

Marihuana

Preparación seca y triturada de las flores, hojas y ramas delgadas, que se fuma sola.

Se llama también griffa, maría, hierba, y tiene una riqueza de principio activo (THC) aproximada de un 5 por 100.

Hachís

Llamado también chocolate, mierda, goma. Tiene una riqueza aproximada de principios activos de un 12 por 100. Es una exudación resinosa de la planta, que se presenta prensada en forma de pastilla o pan que se deshace al calentarlo y se fuma mezclado con tabaco.

Aceite de hachís

Tiene una riqueza aproximada de principio activo de un 60 por 100. Es una preparación muy concentrada, que se obtiene por filtración.

Marihuana - hachís - aceite de hachís

Origen y uso médico

La *Cannabis sativa* forma parte de la familia de las cannabiáceas, planta herbácea anual que crece de uno a tres metros de altura, originaria de Asia Central. La variedad que se utiliza como droga contiene una cantidad especialmente elevada de principios activos llamados cannabinoles, siendo el principal la A-9 tetrahidrocannabinol (THC). La riqueza de cannabinoles varía según la parte de la planta de que se trate (flores, hojas, raíces, etc.).

Efectos a corto plazo:

- Se ha de resaltar que, como en el caso de otras drogas, los efectos psicológicos a corto plazo dependen mucho de las expectativas que se tienen al consumirla. Por tanto, depende del usuario, la dosis, la disposición y el ambiente en que se consume.

Puede tener:

- Efectos euforizantes (ganas de reír, desinhibición, etcétera).
- Efectos depresores (relajación, somnolencia, etc.).
- Efectos sensorceptivos (alteración de la percepción, espacio, tiempo —más lento que el tiempo objetivo—).
- Alteraciones de la consciencia (memoria inmediata).
- Disminución de la capacidad de concentración.

A dosis elevadas puede dar:

- Reacciones de pánico y/o violencia (por el efecto depresor).
- Problemas de tipo psicótico o paranoico.
- Alteraciones en los automatismos.

Efectos a largo plazo:

- Efectos somáticos.
- Conjuntivitis crónica.
- Enfermedades respiratorias (tiene cinco veces más benzopireno que un cigarrillo, un 50 por 100 más de alquitrán y un 70 por 100 más de monóxido carbónico).
- Acción broncodilatadora.
- Anorexia.
- Inflamaciones en el hígado.
- Alergias.
- Diarreas.
- Disminución de la inmunidad celular.
- Alteraciones a nivel del S. N. C.
- Efectos psíquicos.

Puede provocar:

- Cambios de afectividad y conducta, empobrecimiento de las relaciones.
- Trastornos del pensamiento y la capacidad de concentración.
- Dificultades en los aprendizajes.
- Estado apático y falta de reacción.
- Dificulta el contacto con la realidad.
- En usuarios crónicos cuesta reencontrar la capacidad de atención inicial. Se opina que puede ser debido a lesiones irreversibles.

Tolerancia y dependencia

Produce tolerancia.

Produce dependencia psicológica y puede dar una ligera dependencia física.

HEROINA

Descripción

Polvo de textura y color variables, que puede ir del blanco al marrón. Usualmente se mezcla con otras sustancias como azúcar, leche en polvo, quinina, etc.

Las formas de administración son esnifada o por vía endovenosa.

Origen y uso médico

Es un opiáceo. A principios del siglo xx, intentando solucionar los problemas de adicción que presentaba el uso de la morfina, unos laboratorios encontraron un derivado semisintético de la morfina (diacetylmorfina), que llamaron heroína.

Posteriormente ha quedado demostrado que la heroína tiene muchas más propiedades adictivas que la morfina.

Actualmente, y dados los problemas que nombrábamos en el punto anterior, no se utiliza en medicina.

Efectos a corto plazo:

- Flash. Vómitos no desagradables.
- Si se administra por vía endovenosa, el efecto es más rápido y más intenso que si se esnifa.
- Acción depresora sobre los centros respiratorios y de la tos.
- Acción analgésica.
- En algunos casos, y según las expectativas del sujeto, puede tener acción estimulante.
- Constricción de las pupilas.
- Antidiarreico (reestreñimiento).
- Disminución de las secreciones digestivas.
- Liberación histamínica (reacciones de tipo alérgico).

- Vasodilatación.
- Amenorrea.

A nivel psicológico:

- Tranquilidad.
- No deseo (al principio; después, un único deseo: conseguir la heroína).
- Tendencia a inhibir actitudes agresivas.
- Suprime los impulsos sexuales.

Efectos a largo plazo:

- Son importantes las complicaciones físicas y enfermedades asociadas al consumo de heroína que no son debidas estrictamente a la sustancia, sino a la adulteración de la misma y a la falta de higiene. Las más corrientes son:
 - Hepatitis (por la aguja o por el contacto sexual).
 - Infecciones.
 - Problemas vasculares.
 - Caries.
 - Enfermedades venéreas.
 - Etc.
- Los efectos específicos a largo plazo de la heroína están todavía en fase de investigación.

Tolerancia y dependencia

- Se instaura la tolerancia muy rápidamente con un techo muy elevado, consecuencia de la interacción fármaco-receptora.
- La dependencia física se instaura también con mucha rapidez.
- La dependencia psíquica es muy fuerte.

ALUCINOGENOS (L. S. D.)

En este apartado hacemos referencia sólo al L. S. D. porque es la más conocida en nuestro país. Son del mismo grupo la mescalina, el polvo de ángel, la butafenina, etc. Sus efectos son similares teniendo en cuenta las diferencias en cuanto a dosis.

Descripción

Se presenta generalmente en forma de pastillas, cápsulas, solución líquida, etc.

Se toma normalmente de forma oral. No es para tenerse en cuenta la toxicidad del L. S. D., pero sí que es muy importante la de las sustancias que se suelen mezclar, ya que a menudo son peligrosas.

Origen y uso médico

Es la diatilamida del ácido lisérgico. Se encuentra en un parásito de los cereales. Es un fabricado semisintético que se elabora en laboratorios especializados en venta de drogas ilegales. Normalmente no es utilizado para el uso médico. No se conoce la dosis letal en el hombre.

Efectos a corto plazo:

La dosis media oral comienza a actuar entre los trece y cuarenta minutos y va cediendo a las cuatro horas, desapareciendo entre las seis y doce horas.

Efectos físicos:

- Estimulación simpática.
- Midriasis.
- Taquicardia.
- Aumento de la tensión sanguínea.
- Aumento de glucemia y temperatura.
- Debilidad.
- Somnolencia.
- Náuseas y vómitos.

Efectos psicológicos (dependen en gran parte de las expectativas del sujeto):

- Despersonalización.
- Facilidad de crisis depresivas.
- Fragmentación del esquema personal.
- Distorsión de todas las percepciones. Se producen alucinaciones visuales.
- Puede haber estados místicos y éxtasis religiosos.

Efectos a largo plazo:

No se ha podido demostrar que produzcan alteraciones en la reproducción. En intoxicaciones se pueden dar efectos preocupantes de pánico y despersonalización. En usuarios crónicos pueden encontrarse problemas de sueño, hambre, irritabilidad...

Tolerancia y dependencia

Con un uso regular se origina, siendo necesario un incremento de la dosis para conseguir los efectos deseados.

Existe una importante tolerancia entre el L. S. D., mescalina, psilocibina y alcohol, pero no entre L. S. D. y anfetaminas.

Puede provocar dependencia psicológica.

Por supresión brusca aparece síndrome de abstinencia.

COCAINA

Descripción

Se presenta generalmente en forma de polvo blanco cristalino, a menudo mezclado con otras sustancias como azúcar, talco, etc. Se puede esnifar, fumar o inyectarse.

Origen y uso médico

Es el alcaloide de las hojas del *Erytmen coca*, llamada popularmente coca. Proviene de América Central.

Es un potentísimo estimulante del S. N. C., con una acción similar a la de las anfetaminas.

También es un vasoconstrictor y anestésico local, aunque no se utiliza por los graves problemas que presenta su uso.

Efectos a corto plazo

Efectos físicos:

- Puede actuar como analgésico local y como vasoconstrictor.
- Antifatigante.
- Disminuye la sensación de sed y hambre.

Efectos psicológicos:

- El individuo sobreestima sus posibilidades.
- Puede actuar momentáneamente como antidepressivo.
- En dosis elevadas puede dar delirios paranoides, ocasionando asimismo violencia y alucinaciones auditivas.

Efectos a largo plazo

Efectos físicos:

- Trastornos digestivos.
- Náuseas.
- Anorexia.
- Insomnio.
- Si se administra por vía intravenosa puede haber eyaculaciones espontáneas sin estímulo sexual.
- Debido a sus efectos vasoconstrictores produce una perforación del tabique nasal cuando se esnifa.

Tolerancia y dependencia

- No está demostrado que produzca tolerancia.
- Por supresión brusca no se presenta síndrome de abstinencia.
- La dependencia psicológica es fortísima. El adicto tiende a repetir muy a menudo la esnifada o el pinchazo.

Aspectos legales

Sergi González. Psicólogo y diplomado en Criminología. IGIA.

Este capítulo tiene por objeto recoger la legislación sobre drogas que puede ser de interés en el marco escolar. Se compone de un apartado dedicado a una revisión sucinta sobre las drogas en el Código Penal, y otro sobre la legislación no penal de carácter estatal que trata aspectos relacionados con la escuela, alcohol y tabaco principalmente. Se incluye también alguna referencia a textos legales que, por tratar situaciones relacionadas con los menores y las drogas, puede ser útil su conocimiento en el medio escolar.

La función de la escuela en el desarrollo de programas de educación sanitaria y, por tanto también de prevención de las drogodependencias, de alguna forma podríamos encontrarla recogida en el artículo 43 de la Constitución, al reconocer el derecho a la protección de la salud: "...Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios... Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte...".

Pero la importancia concedida al derecho a la protección a la salud, como es lógico suponer, es objeto de preocupación internacional, siendo recogido en diversos convenios internacionales, como por ejemplo la Carta Social Europea (Turín, 18-10-61), ratificada por España en 1980, que en su artículo 11 establece que "para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes Contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines:

1. Eliminar en lo posible las causas de una salud deficiente.
2. Establecer *servicios educacionales* y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma".

Los aspectos legales útiles en el ámbito escolar trascienden más allá de la legislación que de una manera explícita

menciona y vincula a la escuela. Es de utilidad manejar ciertos conocimientos sobre la legislación penal y aquella que atañe a los menores en materia de drogas, porque con seguridad podrán mencionarse, comentarse o ser objeto de discusión en alguna actividad que se desarrolle a lo largo del curso. También puede ayudar al profesor a detectar situaciones de incumplimiento de la legislación vigente que atañe a los alumnos, y que por cierto desconocimiento social o resistencia no se aplica. Buenos ejemplos de ello son los casos de la legislación que regula la venta de disolventes y colas, o sobre venta y promoción de alcohol o tabaco a menores, que más adelante trataremos con mayor detalle.

I. LEGISLACION PENAL Y DROGAS

Las conductas relacionadas con las drogas referidas en el Código Penal aparecen en diferentes artículos y por razones que derivan de diversas circunstancias.

De alguna forma podríamos agrupar estas referencias en función de su objeto:

1. Tráfico de drogas ilegales (producción, comercialización, venta, promoción, donación, etc.)

(Código Penal, artículos 344, 344 bis *a, b, c, d, e* y *f*, y 546 *f*)

Con la reforma introducida por la "Ley Orgánica 1/1988, de 24 de marzo, de reforma del Código Penal en materia de tráfico ilegal de drogas" (*B. O. E.*, 26-3-88), se endurecen las penas previstas en diferentes supuestos de tráfico, y de manera explícita (artículo 546 *f*) aparece un sistema sancionador para aquellos que sin traficar se aprovecharen de las ganancias del mismo.

Recordemos, por otra parte, que el consumo de drogas está despenalizado en nuestro país, y que la tenencia de cantidades mínimas para el consumo, a criterio del juez en cada caso y teniendo en cuenta la jurisprudencia existente, no se considera tráfico habitualmente.

Los aspectos de esta legislación que mayor interés pueden suscitar en el marco escolar son recogidos a través de la transcripción de los siguientes párrafos:

— Artículo 344: “Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con la pena de prisión menor en su grado medio a prisión mayor en su grado mínimo, y multa de un millón a cien millones de pesetas si se tratare de sustancias que causaren grave daño a la salud, y de arresto mayor en su grado máximo a prisión menor en su grado medio y multa de 500.000 a 50 millones de pesetas en los demás casos.”

— Artículo 344 bis a): “Se impondrán las penas superiores en grado a las respectivamente señaladas en el artículo anterior (344):

- 1) Cuando las drogas [...] se faciliten a *menores de dieciocho años* o disminuidos psíquicos, o se introduzcan o difundan en *centros docentes*, en centros, establecimientos y unidades militares o en establecimientos penitenciarios.

[...]

- 7) Cuando el culpable fuere autoridad, facultativo, funcionario público, trabajador social, *docente o educador*.”

— Artículo 344 bis c): “Si los hechos a que se refieren los artículos 344 y 344 bis a) fueren realizados por facultativo, funcionario público, trabajador social, *docente o educador*, en el ejercicio de su cargo, profesión u oficio, se le impondrá, además de la pena correspondiente, la de *inhabilitación especial*...”

A tal efecto se entiende que son facultativos los médicos, psicólogos, las personas en posesión de título sanitario...”

2. Responsabilidad criminal bajo los efectos de las drogas

(Código Penal, artículos 9.1, 9.2, 93 bis, 340 bis a)

La reforma de 1988 (Ley Orgánica 1/1988) introduce, a través de un nuevo artículo 93 bis, la posibilidad de aplicar la remisión condicional a los condenados a penas de privación de libertad cuya duración no exceda de dos años cuando “... hubieren cometido el hecho delictivo por motivo de su

dependencia de las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre que se den las siguientes circunstancias:

1. Que se declare probada en la sentencia la situación de drogodependencia del sujeto, así como que la conducta delictiva fue realizada por motivo de tal situación.
2. Que se certifique suficientemente, por centro o servicio debidamente acreditado y homologado, que el reo se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin en el momento de concederse el beneficio.
3. Que el sujeto no sea reincidente ni haya gozado con anterioridad del beneficio de la remisión condicional.”

No obstante, ya con anterioridad a esta reforma, algunos jueces habían creado jurisprudencia en un sentido parecido, al considerar como atenuante de la responsabilidad criminal la comisión de un delito bajo los efectos de algunas drogas o del síndrome de abstinencia correspondiente. La aplicación en estos casos del artículo 9.1 del Código da lugar a priorizar el tratamiento sobre el cumplimiento de la condena, e incluso en algunas ocasiones a computar el tiempo de tratamiento como tiempo de condena.

Paralelamente, el artículo 9.2 considera como circunstancia atenuante de la responsabilidad criminal “la embriaguez habitual, siempre que no se haya producido con propósito de delinquir”.

Por último, y para completar este apartado sobre la responsabilidad criminal bajo los efectos de las drogas, queda la referencia del artículo 340 bis a, en la sección de los delitos contra la seguridad del tráfico, al establecer que: “Serán castigados con las penas de 30.000 a 300.000 pesetas y privación del permiso de conducción por tiempo de tres meses y un día a cinco años:

1. El que condujere un vehículo de motor bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes.”

3. Utilización de menores en la promoción y venta de tabaco y alcohol

Dentro del título III del Código Penal, que trata sobre “faltas contra las personas”, existe una referencia interesante de resaltar, aunque en la práctica se transgreda con cierta frecuencia.

El artículo 584 establece: “Serán castigados con la pena de arresto menor o con la multa de 1.500 a 15.000 pesetas o con la de reprobación privada, al arbitrio del Tribunal:

[...]

- 3.º Los que emplearen a *menores de dieciséis años...* en salas de fiestas o de baile, locales destinados al despacho y consumo de *bebidas alcohólicas...*
- 4.º Los que utilizaren o se lucraren del trabajo de ofrecimiento o venta de *tabaco ...* por menores de *dieciséis años* en la vía y lugares o edificios públicos.

[...]

- 7.º Los que en establecimientos públicos vendieren o sirvieren *bebidas alcohólicas o permitieren la permanencia* en dichos lugares a *menores de dieciséis años*, así como quien en los mismos lugares ocasionare maliciosamente su embriaguez.»

II. MENOR, ESCUELA Y LEGISLACION NO PENAL SOBRE DROGAS

Existe un cierto ordenamiento legal de carácter no penal, referido exclusivamente a diferentes drogas legales, que delimita algunas condiciones respecto al uso de estas drogas en espacios donde pueden hallarse menores, y, por tanto, referido también a la escuela.

1. Tabaco

Del Real Decreto 192/88, de 4 de marzo (*B. O. E.* 59), “sobre limitaciones y uso del tabaco para la protección de la salud de la población”, nos interesa especialmente señalar los siguientes puntos:

“Artículo 4.º 1. No podrán venderse labores de tabaco en los establecimientos sanitarios, *escolares*, o en los destinados preferentemente a la atención de la infancia y la juventud.

[...]

Artículo 5.º 1. Se prohíbe vender o entregar a los *menores de dieciséis años* labores de tabaco, así como productos que le imiten o induzcan al hábito de fumar y sean nocivos para la salud. En los puntos de venta se instalarán carteles que recuerden la vigencia de esta prohibición.

2. Se prohíbe a los *menores de dieciséis años* el uso de máquinas de venta de tabaco, responsabilizándose de esta prohibición el titular del establecimiento donde estén situadas aquéllas.

[...]

Artículo 6.3. Se prohíbe fumar en los vehículos de *transporte escolar* y en todos los destinados total o parcialmente al transporte de menores de dieciséis años y enfermos.”

Con excepción de lo señalado en el artículo 8.4 (ver siguiente párrafo), no se permitirá fumar en:

“Artículo 7.º 2 a) Centros de atención social destinados a menores de dieciséis años.

[...]

b) *Centros docentes.*”

La excepción mencionada (artículo 8.4) es la siguiente: “En los centros docentes se permitirá fumar exclusivamente en las áreas expresamente reservadas al efecto por el órgano de dirección de los mismos, las cuales en ningún caso podrán ser zonas de convivencia entre profesores y alumnos, en caso de que éstos sean menores de dieciséis años.”

El incumplimiento de lo dispuesto en este Decreto puede ser objeto de las correspondientes sanciones administrativas, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir. En los casos aquí señalados pueden significar multas de hasta 500.000 pesetas (falta leve) o de hasta 2.500.000 pesetas si se considerase falta grave.

Además de lo hasta aquí reseñado, la disposición adicional tercera de este Decreto hace extensivo su contenido en relación a “aquellos productos similares al tabaco, utilizados como tal y destinados a ser fumados”.

Paralelamente, y afectando específicamente a los centros docentes, sigue vigente la resolución de 9 de septiembre de 1982 de la Subsecretaría de Ordenación Educativa sobre directrices para determinación de zonas de centros docentes en las que se autorice o prohíba el consumo de tabaco (B. O. E. 230).

2. Inhalantes: disolventes, colas, pegamentos...

Del Real Decreto 842/85, de 25 de mayo, que “desarrolla las condiciones generales que, para uso doméstico y de la población infantil, deben reunir los disolventes, colas, pegamentos, pinturas, tintas, barnices y otros materiales análogos”, destacamos:

Artículo 2.º a) *Productos destinados a uso infantil.* Estos productos deberán estar constituidos por disoluciones o dispersiones acuosas, o por preparaciones en estado sólido de sustancias no incluidas en los anexos de esta disposición, y no podrán contener disolventes orgánicos.

[...] Los productos que *no reúnan* estas condiciones deberán especificar claramente en sus etiquetas la advertencia de “*no aptos para uso escolar o infantil*”.

Artículo 7.º *Etiquetado.* [...] Los productos a que se refiere la presente disposición deberán llevar en el exterior de los envases los datos siguientes:

1. Nombre del producto y *aptitud o no del mismo para uso infantil y/o doméstico* (“Apto para uso...”, “No apto para uso...”).

[...]

8. *Señalización.* 8.1. Los productos aptos para uso infantil llevarán como símbolo distintivo un círculo azul, según norma UNE 1115.

Artículo 8.º *Venta de productos*

Quedan expresamente prohibidas la venta a los *menores de dieciocho años...* de los productos que no sean aptos para uso infantil (es decir, que no lleven el círculo azul ya referido)...

Dicha venta, y, en especial, la manipulación previa, con empleo de recipientes y bolsas que favorezcan la inhalación de los disolventes, deberá ser denunciada a las Autoridades judiciales por los servicios de inspección de las Administraciones públicas o *por cualquier ciudadano* que tuviera conocimiento de ellas, por si se tratara de un posible delito contra la salud pública, previsto en el Código Penal.

[...]

3. Alcohol

Si bien la prohibición de vender o servir alcohol en establecimientos públicos a menores de dieciséis años, así como permitir su mera presencia en ellos, está recogida en el Código Penal (artículo 584), existe una orden del Ministerio del Interior de 31-10-80 (*B. O. E.* 37) que prohíbe también la entrada de *menores de dieciséis años* en salas de fiesta y baile, discotecas y establecimientos análogos, así como “en aquellos donde se sirvieren y consumieren bebidas alcohólicas”.

En estos establecimientos debe figurar en lugar visible la leyenda: “Prohibida la entrada a menores de dieciséis años”.

La infracción de esta orden (siempre responsabilidad del establecimiento) puede ser sancionada por la autoridad gubernativa hasta con la revocación definitiva de la autorización gubernativa de funcionamiento del local.

Una aplicación estricta de esta orden implicaría impedir la entrada de menores, por ejemplo en bares donde “se sirven y consumen bebidas alcohólicas”. El notorio incumplimiento de esta norma es un buen ejemplo de la distancia que en algunos casos existe entre la legislación y la realidad.

4. Medicamentos: recetas

El Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre (*B. O. E.* 259), sobre receta médica, atribuye en su artículo 2.1 a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios la capacidad de fijar los medicamentos que hayan de dispensarse con o sin receta.

En el envase o cartonaje exterior y en el prospecto de especialidades farmacéuticas (artículo 2.2) se incluirá la leyenda “con receta médica” o “sin receta médica”.

Las recetas de los medicamentos estupefacientes o psicotrópicos se ajustan a condiciones particulares que implican un control más estricto.

A modo de comentario general de este capítulo, es necesario señalar que si bien la legislación penal es única para todo el Estado, la legislación no penal sobre drogas hasta aquí referida no afecta de igual forma a las diferentes autonomías, debido a los distintos traspasos de competencias que, como consecuencia del desarrollo de los diferentes marcos estatutarios, se ha efectuado en materia sanitaria o educativa principalmente.

Se ha prescindido, por tanto, de incluir referencias a legislaciones autonómicas, a fin de no extender ni densificar en demasía este capítulo, teniendo especialmente en cuenta que su objeto es proporcionar información básica, que en todo caso puede ampliarse con la consulta de las referencias legislativas mencionadas.

Características del consumo de drogas en España

Una vez analizados los aspectos cualitativos del fenómeno de las drogodependencias, daremos a continuación algunos datos cuantitativos para delimitar, en la medida de lo posible, la extensión y el modo en que actualmente se presenta el tema de las drogas en nuestro país. Haremos también especial referencia al consumo de alcohol y tabaco en la población escolar.

Para ello, disponemos de dos investigaciones que, por su rigor científico y metodológico, nos parecía importante rescatar en esta ocasión.

En primer lugar: "El consumo de drogas en España", estudio realizado por EDIS bajo la dirección de José Navarro, para la Dirección General de Acción Social y la Cruz Roja. Madrid, 1985.

En segundo lugar: "El estudio europeo sobre hábitos de los escolares en relación con la salud", realizado por R. Mendoza, J. Blanco, P. Martín de la Concha, E. Morales, J. Ruiz, M. R. Sagera y J. M. Bautista.

Ambos estudios han sido presentados en la revista *Comunidad y Drogas*, que edita el Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en los números 1 (septiembre de 1986) y 5/6 (diciembre de 1987), respectivamente.

A continuación transcribimos algunos de los apartados de dichos artículos y nos remitimos a sus autores y las citadas fuentes de información para quien pudiera estar interesado en el estudio en toda su integridad.

1. "Perfil básico del problema de las toxicomanías en España" José Navarro. Equipo de Investigación Sociológica EDIS.

RESUMEN

Este artículo es una síntesis del estudio realizado por EDIS en 1984, en todo el territorio nacional, con 6.000

entrevistas y varios grupos de análisis cualitativos. Aborda el consumo de drogas, las características de los consumidores y el policonsumo, así como las motivaciones y factores de riesgo, las fuentes de obtención de las drogas y las expectativas de los consumidores.

La investigación social en el campo de las drogas resulta siempre bastante problemática, y esto principalmente por dos razones: en primer lugar, porque el carácter minoritario y no del todo conocido de los colectivos consumidores de ciertas drogas hace que la elaboración de muestras, tanto las aleatorias como las estratégicas, presenten serias dificultades; en segundo lugar, porque el uso de algunas drogas, al llevar implícito un fuerte rechazo social y en ocasiones situaciones de ilegalidad e incluso de delito, se vuelve vergonzante y oculto, con la consiguiente dificultad para la recopilación de datos en las encuestas.

No obstante, recientes investigaciones realizadas en España y otros países (ver bibliografía) han permitido la progresiva elaboración de una metodología (hipótesis, muestras, cuestionarios y programas de análisis) que en buena medida va superando, cuanto menos disminuyendo, todas estas dificultades; de modo que algunas de las investigaciones que se van produciendo últimamente se están aproximando con razonable fiabilidad al complejo mundo de la droga y las toxicomanías.

Desde este supuesto de progresiva aproximación a la realidad, en el presente trabajo se va a intentar describir y analizar el perfil básico del problema de las toxicomanías en nuestro país. Los datos que aquí se expondrán proceden de un estudio nacional realizado por EDIS y dirigido por el autor de este artículo con la colaboración de reconocidos expertos, tanto en el campo de la investigación sociológica en general como en el de las drogas en particular.

A lo largo de estas páginas se abordarán las siguientes cuestiones: características del consumo de drogas (edad de inicio en cada droga, sexo y edad de mayor consumo), la frecuencia y habituabilidad de obtención de droga, motivaciones y factores de riesgo en el consumo de drogas y consecuencias del consumo de drogas y expectativas.

Pero antes de entrar en el análisis de estos temas es preciso decir algo sobre las cifras del consumo de drogas ¹. Ciertamente, la cuantificación del uso de drogas, especialmente de las más minoritarias y ocultas, resulta el punto más complicado en este tipo de investigaciones. Sin embargo, la disposición de varios estudios en nuestro país y la comparación con los datos de consumo en otros países de nuestra área permite realizar una cuantificación aproximada o indicativa. Los datos que en estos momentos pueden considerarse como más ajustados a la realidad son los que se recogen en el Plan Nacional sobre Drogas ², y que en lo referido al número de consumidores habituales serían los siguientes:

- Alcohol (1.900.000 a 2.300.000).
- Cocaína (60.000 a 80.000).
- Heroína (80.000 a 125.000).
- Anfetaminas (350.000 a 500.000).
- Inhalables (18.000 a 21.000).
- Cannabis (1.200.000 a 1.800.000).

Sobre el consumo habitual de otras drogas, según el estudio de EDIS, vemos que hay casi trece millones de fumadores diarios; 1.300.000 consumidores de hipnóticos; casi otros tantos, 1.250.000, de tranquilizantes; unos 60.000 de analgésicos morfínicos y algo más de 20.000 de alucinógenos.

Obviamente, estos datos no se pueden sumar para ofrecer un número total de consumidores, pues muchas personas (como veremos más adelante en policonsumo) usan varias

¹ José R. Varo, Santiago Lorente, Miguel Roiz, María José Ros y Elena Roldán. Encuesta con 6.000 entrevistas en todo el territorio nacional con 198 puntos de muestreo, y discusiones de grupo y análisis cualitativo con drogadictos, familiares de los mismos y profesionales en el campo de la atención y tratamiento de las toxicomanías. La muestra de la encuesta era representativa de la población española de doce años en adelante.

² Estos datos están elaborados a partir de tres investigaciones promovidas por los Ministerios de Sanidad y Consumo, Cultura y Trabajo y Seguridad Social. Este último es el realizado por EDIS y al que en lo sucesivo nos referiremos en este artículo. Una versión abreviada de los datos de consumo de este estudio pueden verse en el trabajo del doctor José R. Varo "El consumo de drogas en la población española", publicado en el núm. 19 de *Cuadernos de Acción Social*, "La drogadicción en España", julio-septiembre 1985, págs. 7-19.

drogas y, por lo tanto, están incluidas en el cómputo de cada una de ellas individualmente consideradas.

Veamos a continuación cada uno de los temas indicados.

1. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS

Las drogas no se diferencian solamente por su química o por sus efectos sobre el organismo humano, sino también por la diversidad de motivaciones por las que se recurre a ellas y por las características de las personas que lo hacen y el grado de habituabilidad o uso múltiple de las mismas. Lo referido a las motivaciones será tratado más adelante en un apartado específico. El resto de las características las veremos en el presente.

La edad y el sexo en el consumo

Cada droga tiene unas características específicas en lo que se refiere a la edad de inicio en el consumo y a la edad y sexo de máximo uso de cada droga en particular.

Veamos en el siguiente cuadro estas características en cada una de las drogas estudiadas:

Edad media de inicio y sexo y edad de máximo consumo

Droga	Edad media de inicio	Sexo y edad de máximo consumo
Inhalables	16,3	Hombres (18-20)
Alcohol	16,4	Hombres (18-44)
Tabaco	16,6	Hombres (18-44)
Cannabis	17,5	Hombres (15-29)
Alucinógenos	18,8	Hombres (18-29)
Heroína	19,5	Hombres (18-29)
Cocaína	20,6	Hombres (18-29)
Anfetaminas	23,5	Hombres y mujeres (18-34)
Analgésicos comunes	32,3	Mujeres (35-49)
Tranquilizantes	36,1	Mujeres (35-49)
Analgésicos morfínicos	41,7	Hombres (21-29 y más de 50)
Hipnóticos	44,1	Mujeres (35-49)

A partir de los datos del cuadro podemos ver que el consumo de drogas en España, según la edad media del inicio y el sexo en que se da el mayor consumo, presenta las características siguientes: en lo que se refiere al inicio podemos ver que las más precoces son consumidas por primera vez en la adolescencia: dos de ellas, el tabaco y el alcohol, son drogas legales de amplia difusión social y muy arraigadas en nuestra cultura; la tercera son los inhalables, productos muchas veces sustitutorios y marginales. Cuatro drogas tienen una edad de inicio claramente juvenil: la cannabis, los alucinógenos, la heroína y la cocaína, y una quinta droga, las anfetaminas, ocupa un lugar de transición entre ésta y la edad adulta. Finalmente, son drogas de inicio más tardío los analgésicos comunes y los morfínicos, los tranquilizantes y los hipnóticos.

En lo que se refiere al sexo, hay que señalar que todas las drogas son consumidas por hombres y mujeres, pero que unas tienen prevalencia entre los primeros y otras entre las segundas: los hombres consumen en mayor medida tabaco, alcohol, inhalables, cannabis, alucinógenos, heroína, cocaína y morfínicos; mientras que las mujeres usan preferentemente analgésicos, anfetaminas, tranquilizantes e hipnóticos.

Las edades en que más se consume cada droga guardan una cierta relación con la estructura de edades vista en la edad media del inicio; no obstante, es necesario hacer algunas precisiones: el tabaco y el alcohol, si bien se inicia muy tempranamente su consumo, éste se prolonga a lo largo de toda la vida, alcanzando un consumo prevalente en un período muy dilatado: de los dieciocho a los cuarenta y cuatro años. Las drogas juveniles cannabis, alucinógenos, heroína y cocaína tienen su mayor consumo en la década de los veinte a los treinta años y a partir de aquí prácticamente desaparecen, excepto la cannabis, que se prolonga algo más. Los morfínicos tienen su consumo prevalente bimodal: una primera punta entre los veintiuno y los veintinueve, probablemente como sustitutos de la heroína (metadona, pentazocina, tilitrate...), y por otra punta a partir de los cincuenta, sin duda en tratamientos médicos para el dolor. Las anfetaminas se consumen en mayor medida en la edad intermedia, y entre ésta y las edades mayores se asienta el consumo de los analgésicos, los tranquilizantes y los hipnóticos.

Frecuencia y continuidad en el uso de las drogas

Otra característica muy importante en el uso de las drogas es su habitualidad, fenómeno que estudiamos a partir de dos indicadores: la frecuencia y la continuidad en el uso. Respecto a la primera calculamos unos índices a partir de una ponderación según las frecuencias de uso de cada droga:

Frecuencia	Peso
Nada	0
Menos de una vez a la semana	2
Una vez a la semana	4
Dos a seis veces a la semana	16
Diariamente una vez	30
Diariamente dos o más veces	60

Los resultados obtenidos son los de las dos tablas siguientes:

Frecuencia en el uso de las drogas

	Media ponderada
Analgésicos morfínicos	22,1
Heroína	19,0
Tranquilizantes	18,4
Cannabis	18,2
Hipnóticos	18,1
Anfetaminas	15,4
Analgésicos comunes	11,1
Cocaína	7,1
Inhalables	6,9
Alucinógenos	3,1

Como puede observarse, las drogas cuyo consumo alcanza un grado de frecuencia mayor son, por este orden, las siguientes: los analgésicos morfínicos, la heroína, los tranquilizantes, la cannabis y los hipnóticos.

Para exponer mejor la tendencia al mantenimiento del uso de cada droga a lo largo del tiempo considerado en el estudio, hemos calculado el porcentaje de personas que habiendo consumido una determinada droga en los últimos seis meses, la siguen utilizando en los últimos treinta días.

Continuidad en el uso de drogas
(últimos seis meses-últimos treinta días)

	Porcentaje
Hipnóticos	36,5
Analgésicos morfínicos	32,9
Tranquilizantes	31,0
Heroína	30,0
Anfetaminas	23,2
Cannabis	23,1
Analgésicos comunes	16,1
Inhalables	5,9
Cocaína	5,3
Alucinógenos	0,3

En esta tabla se puede ver que las drogas cuyo uso tiende a ser más continuado dentro del período de tiempo considerado en el estudio son los hipnóticos, analgésicos, morfínicos, tranquilizantes y heroína, y a una cierta distancia, las anfetaminas y la cannabis.

Si se comparan conjuntamente las dos tablas que acabamos de presentar, podemos observar la relación entre los dos índices aplicados (frecuencia y continuidad en el uso). Existe, por ejemplo, una coincidencia en cuatro drogas (analgésicos comunes, cocaína, inhalables y alucinógenos), aunque con ligeras variaciones en el orden de las mismas. Estas cuatro drogas presentan las cifras más bajas en las dos tablas, expresando un consumo que es menos frecuente en la actualidad y menos sostenido en el tiempo.

Por otra parte, los analgésicos morfínicos, la heroína y los tranquilizantes, coinciden en presentar cifras máximas de frecuencia de uso y de continuidad en el mismo. La cannabis y las anfetaminas se encuentran en una situación intermedia.

Como decíamos anteriormente, estos resultados sugieren las diferencias en los patrones de uso de las diversas drogas y su distribución entre la población mediante circuitos distintos, con mecanismos influyentes diferentes también.

El final es que diversos grupos sociales están usando más drogas de modo más continuado y frecuente, otras de modo discontinuo. Los factores influyentes en estos resultados *pueden ir desde el uso terapéutico de tranquilizantes e hipnóticos*, la capacidad de los opiáceos para producir dependencia física, el refuerzo grupal fuerte y sostenido en el caso de la cannabis, etc...

El uso múltiple de drogas

Hablamos aquí de uso múltiple de drogas (o a veces de "policonsumo") cuando ocurre el consumo de dos o más drogas en el tiempo considerado en el estudio, en este caso los treinta últimos días. A partir de los años 70, la dilucidación de los principales patrones de uso y de las combinaciones de droga más significativas ha originado una interesante línea de investigación epidemiológica, en la que se han planteado tanto aspectos teóricos explorativos, como otros de índole metodológica. Algunas revisiones de estos temas no sólo incluyen datos sobre prevalencia del uso múltiple de drogas, sino también sobre las consecuencias psíquicas y físicas conocidas de dicho consumo (Kornblith, 1981, a, b). Este interés por las modalidades en las agrupaciones de drogas usadas por la población viene apoyado por la observación —desde el área epidemiológica y clínica— de la frecuencia con que ocurre el abuso de más de una droga. Así, por ejemplo, se observan continuamente las repercusiones sanitarias del uso excesivo (que con frecuencia se asocia) del alcohol y el tabaco. Por otra parte, entre los toxicómanos de otras drogas (por ejemplo, heroínómanos) es frecuente el uso más o menos sustitutivo de otras drogas. Y, por último, existe un cierto número de individuos en los que resulta difícil identificar una droga como la principal, y que calificamos de politoxicómanos en vista de su uso indiscriminado de varias drogas. De lo que venimos diciendo puede desprenderse que en el presente estudio intentamos delimitar algunas de las agrupaciones de drogas que pueden identificarse como más frecuentes o importantes, sin prejuzgar si alguna de ellas se constituye como preferente. Y, naturalmente, no nos referi-

mos al uso de varias drogas en el mismo momento del consumo, ni a la mezcla de ellas (aunque pueda darse).

Dentro de la línea de investigación a que hemos aludido, y en el intento de objetivar y sistematizar adecuadamente los datos, se han utilizado varios tipos de estrategias para analizar el uso múltiple de drogas. Algunos autores, como Dodson y Alexander (1971) y Whitehead (1974), realizaron simples sumas de los datos individualizados del consumo de cada droga. Otros, como Single y cols. (1974), utilizaron métodos de análisis especiales del consumo de las diferentes drogas, para evidenciar agrupaciones. Otras veces, como en el caso de Ferguson (1974), Hamburg (1975), Kaufman (1976), Pandina y cols. (1981), se han desarrollado escalas que permiten evaluar el uso múltiple de drogas, incorporando varias dimensiones de datos y criterios de análisis.

Por nuestra parte, hemos utilizado la técnica de Vilmer para ver las asociaciones de cada droga con las demás, y el análisis factorial, para determinar policonsumos específicos. Los resultados que obtuvimos fueron los siguientes:

Consumidores de más de tres drogas según su uso en los últimos treinta días.

Consumidores de:	Consumidores de más de tres drogas (%)
Inhalables	15,4
Cannabis	8,7
Anfetaminas	26,5
Tranquilizantes	16,5
Hipnóticos	16,5
Alucinógenos	38,8
Cocaína	57,1
Analgésicos comunes	7,4
Analgésicos morfínicos	31,6
Heroína	58,7

Obsérvese en dicha tabla que más de la mitad de los consumidores de heroína y de cocaína están consumiendo más de otras tres drogas; vienen a continuación los consumi-

dores de morfinicos, alucinógenos y anfetaminas, y después aparece el resto, siendo los que menos usan tres drogas los consumidores de cannabis y analgésicos comunes.

Y en lo relativo a la asociación del consumo de cada droga con cada una de las demás, obtuvimos la siguiente tabla:

Combinaciones de consumo de cada droga con el de todas las demás, en absolutos y porcentajes

	Inhalables	Cannabis	Anfetaminas	Tranquilizantes	Hipnóticos	Alucinógenos	Cocaína	Analgésicos comunes	Analgésicos morfinicos	Heroína
Inhalables		15 15,3	6 10,0	6 11,1	3 7,3	6 13,6	3 5,6	4 7,5	1 4,5	5 10,2
Cannabis			48 80,0	45 83,3	32 78,0	40 90,9	45 83,3	37 69,8	15 68,2	43 87,8
Anfetaminas		49 50,0		28 51,9	19 46,3	24 54,5	30 55,6	28 52,8	7 31,8	25 51,0
Tranquilizantes		45 45,9	28 46,7		22 53,7	20 45,4	25 46,3	25 47,2	9 40,9	24 49,0
Hipnóticos		32 32,7	18 30,0	22 40,7		9 20,5	17 31,5	18 34,0	7 31,8	14 28,6
Alucinógenos		40 40,8	24 40,0	20 37,0	9 22,0		24 44,4	18 34,0	7 31,8	21 42,9
Cocaína		45 45,9	30 50,0	25 46,3	17 41,5	24 24,5		25 47,2	9 40,9	27 55,1
Analgésicos comunes		35 35,7	27 45,0	23 42,6	18 43,9	17 38,6	24 44,4		8 36,4	17 34,7
Analgésicos morfinicos		15 15,3	6 10,0	9 16,7	7 17,1	7 15,9	9 16,7	8 15,1		13 26,5
Heroína		43 43,9	24 40,0	24 44,4	14 34,1	21 47,7	27 50,0	18 34,0	13 59,1	
Total combinaciones		98	60	54	41	44	54	53	22	49

En la tabla podemos ver los modos de asociarse las drogas entre sí, analizándolas por parejas. En dicha tabla se han expuesto en sentido vertical los consumidores de cada droga que a su vez lo son de las que aparecen en la columna de la izquierda. Así, puede observarse entre otras cosas:

- Cuando la cannabis se asocia con otras drogas, lo hace en un 50 por 100 de casos con las anfetaminas, viniendo a continuación los tranquilizantes y la cocaína, y después la heroína.
- Si consideramos las asociaciones de los tranquilizantes, encontramos que lo hacen un 83,3 por 100 a la

cannabis y con más diferencia a las anfetaminas (51,9 por 100) y demás sustancias.

- Cuando se asocian los analgésicos comunes, lo hacen también en primer lugar con la cannabis (69,8 por 100); a continuación, con las anfetaminas, y después, las demás.
- Observando las combinaciones de la heroína, encontramos otra vez la cannabis en primer lugar (87,8 por 100), siguiéndole la cocaína y después las anfetaminas y los tranquilizantes. Efectivamente, es un hecho de observación frecuente el uso de cocaína por personas que son consumidores de heroína.

De la contemplación en conjunto de los resultados que venimos exponiendo parecen desprenderse algunas sugerencias. La primera de ellas es que el uso de varias drogas o uso múltiple es un hecho frecuente y epidemiológicamente importante. De tal modo que, tras aplicar el análisis factorial, pudimos observar cuatro tipos básicos de policonsumo:

Factor 1: Drogas de uso toxicómano 1

- 0,75 Heroína.
- 0,65 Cocaína.
- 0,51 Anfetaminas.
- 0,37 Tranquilizantes.
- 0,36 Analgésicos morfínicos.
- 0,35 Cannabis.

Factor 2: Drogas de uso toxicómano 2

- 0,86 Alucinógenos.
- 0,42 Anfetaminas.
- 0,30 Analgésicos morfínicos.
- 0,30 Cannabis.

Factor 3: Drogas de uso bipolar

- 0,86 Analgésicos morfínicos.
- 0,66 Anfetaminas.
- 0,59 Tranquilizantes.

Factor 4: Drogas de uso farmacológico

- 0,70 Hipnóticos.
- 0,42 Analgésicos comunes.
- 0,39 Tranquilizantes.

En el factor 1 se sitúa el colectivo más altamente toxicómano, con una fuerte presencia de la heroína y la cocaína y otras drogas de acompañamiento, como las anfetaminas, los tranquilizantes, los morfínicos y la cannabis. En el factor 2 encontramos un tipo de policonsumo, quizás algo más intermitente, cuya base son los alucinógenos y en menor medida las anfetaminas, los morfínicos y la cannabis. El factor 3 recoge un uso de drogas bipolar: sedación-estimulación....Y el factor 4 es claramente un uso farmacológico por un sector relativamente amplio de la población.

Citamos algunas posibles líneas explicativas, sin entrar a detallar las de importancia menor o menos definida:

- La extensión que alcanza actualmente el uso de cannabis hace que se use por grupos en realidad heterogéneos, lo que no permite adscribirla del todo a un determinado sector de consumidores. Lo mismo es una droga de consumo acompañado de alcohol y tabaco, utilizada en forma más bien recreacional, que es usada por consumidores posibles politoxicómanos de otras drogas. Es posible que los consumidores exclusivos de cannabis (insistimos, pueden serlo de alcohol y tabaco a la vez) no se incluyan en las características de los que toman otras drogas (heroína, cocaína, etc.). Sin embargo, los consumidores de estas drogas pueden a su vez estar usando cannabis. Un extremo de estos datos sería el de los politoxicómanos o el de los heroínómanos.
- Los analgésicos comunes son fármacos de uso demasiado amplio y en gran medida indiscriminado. Este amplio uso, en cambio, se asocia menos al de otras drogas (ilegales) y se relaciona más con los problemas de salud general, disconfort, molestias psicósomáticas, etc. Una vez más, ello no requiere que no sean usados por consumidores de otras drogas.
- El uso de tranquilizantes e hipnóticos se encuentra asociado por su relación con los problemas de ajuste psíquico (síntomas de ansiedad, subdepresión, etc.) presentes en todas las edades, pero sobre todo a partir de los intervalos medios. También como droga secundaria por consumidores de otras ilegales.

- Los consumidores de drogas como la cocaína, heroína y alucinógenos tienden a constituirse como policonsumidores de drogas. Evidentemente, la utilización individualizada y única de estas drogas (especialmente de las que no producen adicción física) presenta problemas distintos: quizá el uso de cocaína o alucinógenos pueda ser más compatible con un estilo de vida “convencional y aceptable” que el de la heroína. Pero en los datos de nuestro estudio aparecen las tres drogas como asociadas a un consumo múltiple de otras.

2. FUENTES DE OBTENCION DE LA DROGA

Dentro de la sociogénesis del fenómeno de la droga, el estudio de la trayectoria de la misma, su forma de irradiación, de distribución dentro del mercado del consumo de droga son aspectos muy importantes a tener en cuenta para poder elaborar el estudio de su fuente de obtención. Hay que tomar en consideración que uno de los factores actuantes en la gran extensión que toma hoy el fenómeno de la droga se sitúa en la actitud proselitista de los consumidores de droga. En un primer momento (que correspondería ya a los realmente toxicómanos) como consecuencia de cumplir el doble papel de consumidor/traficante (bastante interrelacionada entre los toxicómanos adictos a drogas ilegales).

Hemos considerado básicamente tres vías como los canales fundamentales de obtención de la droga, que corresponderían a:

- La vía de la relación personal, dentro de la cual incluimos los distintos niveles de relación: compañeros, amigos y familiares.
- La vía de la prescripción facultativa, expresada en la persona del médico como prescriptor del producto consumido.
- La vía de la relación ambiental (bares, discotecas, calle, proveedor).

Los resultados obtenidos son los del cuadro de la siguiente página:

Fuentes de obtención de droga

	%
Compañeros del colegio	5,1
Compañeros del trabajo	2,8
Amigos del barrio	12,5
Otros amigos	13,9
Mis padres, hijos o cónyuge	3,9
Mis hermanos	0,9
Médico	50,4
En bares, discotecas u otros establecimientos	2,2
En la calle por un proveedor	3,0
Otros	4,3

De este cuadro llama poderosamente la atención que en la mitad de los casos sean los médicos la fuente de obtención de estos productos; pero hay que indicar que ello se debe a la consideración de droga de determinados medicamentos, en especial los analgésicos.

Según cada droga en concreto, las fuentes de obtención son las siguientes:

- Los inhalables figuran en porcentajes importantes entre los productos facilitados por los compañeros de colegio y los amigos del barrio. Lo que nos confirma en cierta medida la importancia que el uso de productos inhalables está teniendo dentro de la escuela y la necesidad de una intervención a este nivel.
- Las de cannabis aportan datos indicativos entre los compañeros de colegio, aunque los porcentajes son mucho menores que en el caso de los inhalables, y, sin embargo, la vía de la amistad es con gran diferencia la que ofrece cifras más significativas.
- Para las anfetaminas deja de tener importancia notable el canal de la escuela, aunque los datos que nos aportan se sitúan por encima de la media, y, por el contrario, es con la vía de la amistad con la que aparece una asociación importante.

- Los tranquilizantes e hipnóticos son claramente facilitados por vía facultativa, así como los analgésicos comunes y morfínicos (aunque éstos también aparecen en cierta proporción entre los que la fuente de obtención ha sido la calle y los amigos del barrio, lo que pondría en evidencia la existencia del llamado mercado negro de medicamentos).
- En el caso de los alucinógenos, la cocaína y la heroína, aparecen para todos ellos las mismas fuentes de obtención como claramente significativas: los amigos y la calle. Es necesario señalar dentro de este grupo el caso específico de la heroína, que ofrece porcentajes importantes entre los que han respondido que su fuente de obtención son los bares y la calle. Datos que se corresponden de manera muy lógica con la clandestina red de tráfico de la heroína, así como de la cocaína y los alucinógenos.

La edad también influye en la distribución de los porcentajes, de modo que las edades tempranas aparecen fuertemente asociadas con los amigos y compañeros de colegio como vía de obtención, y la fuente de obtención callejera toma también valores altamente significativos entre jóvenes de dieciocho a veinte años.

La situación de empleo y la categoría profesional revelan algunos datos de gran interés:

- La relación paro/calle y barrio como vía de obtención de la droga.
- La relación jubilación, amas de casa/prescripción facultativa como fuente del producto consumido.

2. “El consumo de alcohol y tabaco en los escolares españoles” Ramón Mendoza

RESUMEN

En 1986 se realizó en diez países por segunda vez el “Estudio sobre los hábitos de los escolares en relación con la salud”. España ha participado en dicho estudio con una muestra de 2.835 escolares de 6.º y 8.º de E. G. B. de todo el país. Se han estudiado diversas variables del estilo de

vida relevantes desde una perspectiva de promoción de la salud. Este artículo incluye una descripción de la finalidad del estudio, su metodología y un resumen de los resultados, con especial énfasis en los datos relativos al alcohol y al tabaco.

1. Introducción

En discusiones informales mantenidas por algunos de los participantes en la Conferencia Internacional sobre el Tabaco y la Juventud (Venecia, 1981) surgió la idea de hacer un estudio internacional sobre el consumo de tabaco entre los escolares. Posteriormente la idea fue evolucionando hacia la de un estudio sobre los estilos de vida de los escolares en relación con la salud, en que el consumo de tabaco sería sólo un aspecto. La necesidad de este estudio se basaba fundamentalmente en la constatación de que no había datos disponibles para hacer comparaciones fiables entre los diferentes países europeos en lo que se refería a los estilos de vida. La investigación fue apoyada por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.

El "Estudio sobre los hábitos de los escolares en relación con la salud" se realizó por primera vez en el invierno de 1983/84 con la participación de cuatro países: Austria, Finlandia, Inglaterra y Noruega. Hasta la fecha han aparecido diversas publicaciones que recogen sus resultados (gran número de ellas están citadas en el artículo de L. E. Aaro et al.). Este primer estudio fue coordinado por el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jyväskylä.

El segundo estudio, en el que han participado oficialmente 10 países de la Región Europea de la O. M. S., ha tenido lugar en 1986. Estos países son los siguientes: Austria, Bélgica, España, Finlandia, Hungría, Israel, Noruega, Reino Unido (sólo Escocia y Gales), Suecia y Suiza. Algunos de estos países participantes han publicado ya sus respectivos informes (2, 3, 4), pero la publicación internacional de sus resultados, incluyendo datos comparativos entre los diferentes países, está aún en fase preparatoria. El segundo estudio ha sido coordinado por el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Bergen. Se prevé que esta investigación se repita cada tres años en los países participantes.

Este artículo contiene una síntesis del planteamiento y la metodología del estudio, así como un avance de los resultados relativos a nuestro país, con especial énfasis en los datos

referentes al consumo de alcohol y tabaco. Están en preparación diversas publicaciones nacionales e internacionales que complementarán ampliamente la información que aquí se ofrece.

2. Características específicas del estudio en España

El estudio en nuestro país ha sido realizado por un equipo multidisciplinario compuesto por tres médicos, dos psicólogos, un sociólogo y un estadístico. Esta variedad profesional ha supuesto una enorme fuente de riqueza y autoformación a la hora de desarrollar la investigación y analizar los resultados.

En la casi totalidad de los países participantes en el estudio, la población a encuestar está constituida por los escolares de 11,5, 13,5 y 15,5 años, como ya se ha indicado. En estos países la escolaridad es obligatoria hasta los dieciséis años, lo que no ocurre en España todavía. Ante esta diferencia, el criterio adoptado en las reuniones internacionales de coordinación fue que en España sólo se estudiara la población de once a trece años.

3. Datos demográficos sobre el consumo de alcohol y tabaco entre los escolares de 6.º y 8.º de E. G. B.

Estudios realizados en España en los últimos años sobre el consumo de drogas entre los escolares de E. G. B., con muestras casi siempre de ámbito municipal o autonómico (siete, ocho, nueve, diez), muestran en general unas tendencias homogéneas en lo que se refiere al consumo de alcohol y tabaco: éste se inicia masivamente entre los escolares españoles en la E. G. B. (el alcohol antes que el tabaco) y en los chicos antes que en las chicas, pero a medida que se avanza en curso/edad, el consumo tiende a ser similar entre ambos sexos. Al final de la E. G. B., un porcentaje muy alto de alumnos ha probado ya ambas drogas y una proporción importante es ya consumidora habitual.

A pesar de haberse constatado con estos estudios que el ciclo superior de la E. G. B. es clave en el inicio del consumo de estas dos drogas tan accesibles en nuestro medio, existe una carencia importante de investigaciones de ámbito nacional sobre dicho consumo entre los escolares de E. G. B. En general, las investigaciones sobre el consumo de alcohol

o tabaco con muestras representativas de toda España no incluyen a los menores de quince años (diez, once, doce, trece).

Este estudio, de ámbito nacional, se convierte así en uno de los primeros que se han realizado sobre esta temática en nuestro país con una muestra representativa de la población escolarizada en el ciclo superior de la E. G. B.

Consumo de tabaco

En lo que respecta al consumo del tabaco entre los escolares encuestados, más chicos (47,9 por 100) que chicas (37,5 por 100) manifiestan haber fumado "aunque sólo sea una vez". Lógicamente, una mayor proporción de los alumnos de 8.º (54,1 por 100) que los de 6.º (31,8 por 100) afirman haber probado el tabaco. Se ratifica así que el final de la E. G. B. es una etapa crucial en el inicio del hábito tabáquico, que requiere la intensificación de los esfuerzos preventivos de esta drogodependencia.

Una lectura detallada de la tabla 2 nos permite llegar a una observación importante: el crecimiento del número de alumnos fumadores que se da entre 6.º y 8.º de E. G. B. es mayor en las chicas que en los chicos. Estos se inician antes, pero en 8.º ya no hay apenas diferencias entre ambos sexos. Por estudios previos sabemos que en la adolescencia este consumo es similar en chicos y chicas. Este fenómeno está, sin duda, ligado a la presión publicitaria de la industria tabaquera, que desde hace años viene desarrollando un especial esfuerzo para persuadir a la mujer de que debe fumar, así como al cambio del rol social de la mujer, entre otros factores.

Es interesante observar cómo en 8.º son ya fumadores diarios (o dicen serlo) el 4,6 por 100 de los alumnos de ambos sexos; otro 3,3 por 100 fuma al menos una vez a la semana, aunque no cada día.

De los que nacieron en 1971 —es decir, los que en el momento de la presentación del cuestionario tenían alrededor de quince años (el 3,7 por 100 de los encuestados)—, el 29 por 100 fuman con cierta frecuencia y el 17 por 100 son fumadores diarios. La edad es, pues, una variable que influye claramente en el consumo de tabaco.

El nivel sociocultural de los padres es también una variable esencial a la hora de explicar la distribución de este problema

en la sociedad. En efecto, los alumnos de 6.º y 8.º que son hijos de obreros (cualificados o no) fuman en mayor proporción que los hijos de técnicos (medios o superiores). Igualmente, los hijos de parados fuman a diario en una proporción que es el doble (5,1 por 100) de la correspondiente a los hijos de trabajadores fijos (2,4 por 100). Pautas similares han sido observadas en estudios sobre el consumo del tabaco entre los adultos de países industrializados. La explicación de este fenómeno —que, como se observa, comienza a aparecer ya en la adolescencia— estriba, quizás, en que un menor nivel cultural y económico puede ir aparejado a una mejor información sobre los efectos del tabaco o a una mayor vulnerabilidad a la publicidad de este producto. Ello sería un indicio de que las desigualdades sociales son también desigualdades ante la salud, ya que unos tienen mayor probabilidad de enfermar que otros.

El estudio muestra también que los alumnos rurales fuman en mayor proporción que los alumnos semiurbanos y urbanos ($p < 0,002$). No se observan, en cambio, diferencias significativas según el tipo de escuela (pública/privada).

Consumo de alcohol

Un 80 por 100 de los jóvenes encuestados afirma haber probado alguna vez el alcohol. La proporción es mayor en los chicos que en las chicas (un 84,8 por 100 frente a un 75 por 100). Se observan igualmente diferencias entre los de 6.º y los de 8.º. Son estos últimos, lógicamente, los que más afirman que han probado alguna vez el alcohol. En 8.º, sólo el 9 por 100 de los chicos y el 14 por 100 de las chicas dicen no haber tomado esta droga.

Al igual que ocurre con el tabaco, el incremento de los alumnos que han probado alcohol en 8.º respecto a 6.º es mayor en las chicas que en los chicos, lo que muestra una tendencia social a igualar el consumo en ambos sexos.

En lo que se refiere a la frecuencia de consumo de las distintas bebidas alcohólicas incluidas en el estudio (cerveza, vino, licores o “cubatas” y sidra), es la cerveza la que tiene menor número de abstinentes y la más consumida en general. El vino sólo iguala a la cerveza en la categoría de consumo diario. Los licores parecen constituir el tipo de bebida alcohólica menos consumida, excepto en la categoría cada semana,

en la que la sidra presenta un consumo algo más bajo. La sidra parece tener un uso más ocasional y el vino un consumo más sistemático, aunque siempre por debajo de la cerveza.

Estos datos contrastan con los de la encuesta realizada en 1982 en Barcelona sobre consumo de drogas por parte de los escolares del ciclo superior de E. G. B., en donde el vino resultó ser la bebida más consumida. Sin embargo, ello no ha de extrañar, ya que los datos globales de las cifras de venta de bebidas alcohólicas en el mundo y en España muestran, de forma clara, que el consumo de vino está siendo progresivamente desplazado por el de cerveza.

Resulta claro que el sexo es un factor determinante del consumo de alcohol en nuestra sociedad: las mujeres toman con menor frecuencia todos los tipos de bebidas alcohólicas estudiados. La mayor diferencia entre el consumo de uno y otro sexos se encuentra en la cerveza, y la menor, en la sidra.

Los varones de 8.º son fundamentalmente los consumidores habituales de cerveza y licores. El caso del vino parece seguir una pauta diferenciada a las otras bebidas alcohólicas, ya que es similar en ambos cursos y no parece estar influido por el nivel profesional del padre, diferencias que sí se aprecian en las otras bebidas analizadas. El consumo de vino es más propio del hábitat rural que del urbano. Todo ello sugiere, en síntesis, que quizás el consumo de vino en los escolares (sobre todo varones) está inducido familiarmente en el medio rural, sin que se observen diferencias significativas según que el niño tenga once o trece años.

Las diferencias socioculturales marcan también diferencias en las pautas de consumo de alcohol en la infancia. Así, los hijos de técnicos superiores son, en general, los menos consumidores de bebidas alcohólicas, mientras que los hijos de obreros no cualificados presentan mayor consumo diario para todas las bebidas encuestadas, y mayor consumo en general, excepto en el vino, que el resto de la muestra.

En el caso de los licores, son los hijos de técnicos de grado medio los que más los consumen semanalmente. No se observan diferencias en el consumo de licores entre los hijos de trabajadores fijos y de parados, lo que puede indicar el enorme peso que tiene la publicidad en la adquisición de determinados hábitos de consumo.

El tipo de escuela no influye significativamente en el consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes de estas edades.

Los niños que habitan en las zonas rurales son los mayores consumidores habituales de vino y sidra, y los semiurbanos, los que menos. Para la cerveza y licores no existen diferencias significativas según el tipo de hábitat.

Embriaguez

Un 19,3 por 100 de los alumnos encuestados afirma que al menos una vez han bebido tanto, que han llegado a emborracharse, lo cual es bastante llamativo. La mayor proporción de ellos se encuentra entre los varones de 8.º curso. En 6.º, un 18 por 100 de los varones se ha emborrachado ya alguna vez, mientras el porcentaje para 8.º se sitúa en el 31,3 por 100. En el caso de las chicas, en 6.º sólo el 8 por 100 lo ha hecho alguna vez, mientras que en 8.º el porcentaje de chicas que se han emborrachado al menos una vez se sitúa en el 20,5 por 100. Claramente se trata de un fenómeno influido por el sexo y que aumenta con la edad.

Los hijos de técnicos superiores son los que en menos ocasiones dicen haberse embriagado, y los de obreros no cualificados, los que presentan un índice más alto. Los hijos de trabajadores fijos, por su parte, manifiestan haberse embriagado con menor frecuencia que los hijos de trabajadores en paro.

No hay diferencias en cuanto a la embriaguez entre los alumnos que asisten a la escuela pública y a la privada, ni entre los que viven en zonas urbanas frente a los de zonas semiurbanas y rurales.

4. Observaciones con vistas a la prevención

Esta breve exposición de algunos de los resultados del estudio relacionados con el consumo de tabaco y alcohol incluye datos que invitan a la reflexión. No sólo porque señalan una introducción precoz y masiva de los escolares en el consumo de dos drogas cuyo abuso es fuente de graves problemas de diversa índole, sino porque muestran tendencias o pautas que en gran parte eran ya conocidas o intuidas por estudios previos con muestras locales.

Desde hace años sabemos que el final de la E. G. B. es una etapa crucial en la prevención del alcoholismo y el tabaquismo, tanto por el gran incremento del consumo de drogas legales que se da en ella como por constituir un momento clave en el desarrollo evolutivo. Sin embargo, este conocimiento no ha ido parejo a una intervención educativa en las aulas que, con una metodología adecuada, contribuya a la prevención de éstas u otras drogodependencias. Aunque hay un claro auge de iniciativas de este tipo a cargo de los propios educadores, son escasos todavía en nuestro país los programas sistemáticos de educación sobre las drogas en el medio escolar (14-21), bien aisladamente o bien —lo que sería probablemente más útil— en el contexto de programas más amplios de educación para la salud.

Sin embargo, este artículo no debe dar lugar a pensar que las causas del consumo de drogas estriban en la edad, el sexo, el nivel sociocultural u otros factores de este tipo. Una encuesta de estas características puede darnos pistas de quiénes son los grupos sociales más propensos a unos determinados problemas y sugerir quizás algunos de sus factores originantes. Sin embargo, la comprobación de éstos requerirá probablemente estudios de otra índole, como los relativos a la influencia de los precios del alcohol o el tabaco sobre su consumo, o los que tratan de evaluar el impacto de la publicidad de estas dos drogas.

En cualquier caso, un estudio como el que se relata en este artículo contiene una abundante información que puede ser útil para conocer el estilo de vida de los jóvenes y sus implicaciones sanitarias, lo que no deja de ser una base imprescindible para la programación y puesta en marcha de actividades de promoción de la salud de muy diverso signo.



**Segunda
Parte**

**PLANTEAMIENTO PARA
UN ABORDAJE DE LAS
DROGODEPENDENCIAS**

¿Es utópica la prevención de la toxicomanía?

Pierre Angel

1. Diversas sustancias para múltiples estilos de consumo

Las diferentes verificaciones efectuadas regularmente por la comunidad internacional en lo que respecta al uso indebido de las drogas son alarmantes: la mayor parte de los indicadores están en rojo. El consumo de sustancias psicotrópicas, es decir de sustancias que modifican el psiquismo, aumenta sin cesar. Las campañas de información se ocupan en primer lugar de las drogas ilícitas: opiáceos y, sobre todo, heroína, cannabis y cocaína.

Desde hace más de veinte años se viene produciendo una extensión masiva de las toxicomanías lícitas e ilícitas, que representan un problema grave de salud pública. El consumo de drogas no se limita ya a pequeños grupos minoritarios y marginales: se vulgariza. Son numerosas las teorías propuestas para explicar este fenómeno de sociedad. La explicación coyuntural insiste en el fenómeno de crisis de sociedad, en la impugnación de los valores tradicionales, en la importancia de las desigualdades socioeconómicas, etc. Los brutales trastornos (guerras, catástrofes económicas) que han sacudido a la mayor parte de los países del mundo en el último cuarto de siglo han menoscabado considerablemente, al parecer, los mecanismos de regulación de que dispone toda sociedad para controlar el comportamiento de sus miembros. En los países industrializados, las drogas alucinógenas, por ejemplo, ya no se consideran como un vehículo que permite el acceso a lo sobrenatural, lo que, según la interpretación de numerosas sociedades, puede alcanzarse igualmente en el momento del sueño. Los viajes psicodélicos ya no se efectúan, por lo tanto, en contextos culturales bien estructurados.

Paralelamente a la extensión reciente del fenómeno de la toxicomanía, los psicofarmacólogos (investigadores especializados en la medicación de diversos estados mentales) han descubierto poderosas sustancias psicotrópicas que han revolucionado el tratamiento de los disturbios mentales. Medi-

El mal uso de los medicamentos constituye en la sociedad occidental una nueva toxicomanía: la farmacodependencia (barbitúricos, anfetaminas, tranquilizantes, etcétera).

camentos contra la angustia, la depresión, el delirio y las alucinaciones han sido objeto de experimentos y luego prescritos a un número cada vez más elevado de pacientes.

El consumo de tranquilizantes es actualmente considerable. Además, la automedicación está muy extendida. Algunos padres mal informados administran a sus hijos, cuando tienen un sueño agitado o son turbulentos, un jarabe sedante o un tranquilizante sin receta médica.

Encuestas llevadas a cabo en países occidentales han demostrado que los individuos que se convierten en toxicómanos pertenecen a familias en las que el uso de sustancias psicotrópicas, con o sin receta médica, es mucho más frecuente que en la población ordinaria¹. Autores canadienses^{2, 3} han mostrado incluso que el tipo de medicamento utilizado por el padre o la madre es a menudo el mismo que usa el toxicómano.

El consumo de medicamentos psicotrópicos con fines no medicinales adquiere proporciones inquietantes. Se consumen diversas familias de productos: los barbitúricos, que facilitan la embriaguez y causan a veces el coma; las anfetaminas, fuente de perturbaciones psiquiátricas graves; los tranquilizantes en dosis masivas, que provocan un estado de pasividad morosa.

Los farmacólogos ponen sin cesar a punto moléculas que los toxicómanos en busca de nuevas sensaciones pueden desviar de su uso normal. Citemos las heroínas de síntesis, los alucinógenos químicos, los compuestos a base de cocaína, etc.

En su búsqueda de nuevas drogas, la curiosidad de ciertos adolescentes no tiene límites. Prueba de ello es el abuso de disolventes volátiles: los jóvenes inhalan productos tan diversos como colas, barnices, lacas o gasolina.

¹ F. DAVIDSON y M. CHOQUET: *Les lycéens et les drogues licites et illicites*, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), 1980, 90 páginas.

² R. G. SMART, D. FEJER y J. WHITE: "Drug use trends among metropolitan Toronto students: study of changes from 1968 to 1972", *Addiction Research Foundation*, Toronto, 1972 (inédito).

³ R. G. SMART y D. FEJER: "Drug and their parents: closing the generation gap in mood modification", *Journal of Abnormal Psychology*, núm. 79, 1972, págs. 153-160.

En esta rápida enumeración no se debe minimizar la importancia del alcohol. La producción y el consumo de bebidas alcohólicas están aumentando. Ese aumento no se observa sólo en la mayor parte de los países industrializados, sino que afecta igualmente a numerosos países del tercer mundo en los que las prohibiciones sociales pierden vigor.

En cuanto al tabaco, su uso se internacionaliza y son raras las regiones del mundo que escapan a esta difusión. Es obvio que el tabaco engendra una dependencia, que puede causar un grave daño físico al consumidor, y que su uso está suficientemente extendido como para constituir un verdadero problema de salud pública. Sin embargo, a diferencia de las principales drogas, sólo produce una estimulación o una depresión relativamente débiles del sistema nervioso central y altera bastante poco la percepción, el humor, el pensamiento, el comportamiento o la función motriz. Su acción psicotóxica, incluso en fuertes dosis, es débil en comparación con la de las principales drogas. Sin embargo, el consumo excesivo de tabaco es tal, que la Organización Mundial de la Salud ha adoptado una actitud firme: "El cigarrillo es un instrumento de muerte con respecto al cual la neutralidad ya no es posible."

Todas estas drogas pueden engendrar una farmacodependencia, es decir, un estado psíquico e igualmente físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y una sustancia. Esa dependencia se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que implican siempre el impulso a tomar el producto de manera continua o periódica con el fin de volver a sentir sus afectos psíquicos y a veces para evitar el malestar de la privación.

Un mismo individuo puede ser dependiente de una o de varias sustancias.

Felizmente, para muchos individuos el consumo de drogas constituye una experiencia efímera, originada por la curiosidad, el gusto del peligro o la presión del grupo de amigos. En otros casos, la utilización es ocasional. Se habla entonces de un uso recreativo: el consumidor, joven o adulto, trata habitualmente de procurarse gracias al producto un placer inmediato, reducir una tensión ansiosa o una experiencia deprimente penosa o facilitar su inserción en un grupo social. En particular, los derivados de la cannabis o el alcohol se consumen a menudo de esa manera, y sólo algunos individuos más vulnerables franquean las etapas que conducen a la toxicomanía.

El abuso del alcohol y tabaco constituyen un verdadero problema de salud pública.

Un mismo individuo puede ser dependiente de una o de varias sustancias: "poli-toxicomanía".

2. El paso del “uso” al “abuso”: factores de riesgo

Se ha puesto en evidencia que son numerosos los factores que explican el paso del uso experimental o recreativo a la farmacodependencia.

La aparición de una dependencia es la acción conjunta de tres grupos de factores:

- **Características personales y antecedentes.**
- **Medio socio-cultural y familiar.**
- **Características farmacodinámicas de la sustancia.**

La aparición en un individuo de una dependencia con respecto a una u otra sustancia resulta de la acción conjunta de tres grupos de factores:

1. Las características personales y los antecedentes del individuo. Los toxicómanos suelen ser adolescentes vulnerables que han presentado en su infancia numerosas perturbaciones del carácter y del comportamiento. Su historia está marcada por abandonos, rupturas o apegos excesivos. Son pocos los que no han tenido fracasos escolares o profesionales.
2. La índole del medio sociocultural en sentido amplio y del medio familiar en particular. Algunas toxicomanías están, en efecto, más extendidas en ciertos medios sociales más o menos marginales, más o menos favorecidos en el plano económico. Por ejemplo, los disolventes son a menudo inhalados por jóvenes cuya situación económica es precaria, mientras que el uso de la cocaína ha estado durante mucho tiempo reservado a personalidades del mundo de los negocios, las artes y los espectáculos. El contexto social influye profundamente en la evolución del toxicómano. Lo mismo cabe decir del medio familiar del drogadicto, que suele presentar características particulares: frecuencia de perturbaciones de la personalidad en los padres, consumo excesivo de alcohol y de medicamentos psicotrópicos, disturbios agudos en la relación entre padres e hijos...
3. Las características farmacodinámicas de la sustancia de que se trate, teniendo en cuenta la cantidad consumida, la frecuencia de su uso y la vía de administración (sustancia ingerida, inhalada o inyectada).

3. Intentos de cuantificar el fenómeno

Ante la amplitud del fenómeno social que constituye el abuso de las drogas, la comunidad internacional se ha movilizado. Como lo indica Nicole Friderich, varios organismos

internacionales conducen una acción de lucha contra la farmacodependencia. Esas instituciones se dedican a promover el acopio de informaciones fiables sobre la amplitud y la naturaleza del uso de las sustancias psicotrópicas. En la mayor parte de las encuestas realizadas se trata de evaluar el consumo de sustancias psicotrópicas en grandes muestras de población. Los datos más numerosos provienen de estudios efectuados en los países industrializados, pero algunos países en desarrollo comienzan también a realizar estudios sistemáticos.

Existen varios métodos para obtener datos cuantitativos y cualitativos sobre el uso indebido de drogas.

Se puede determinar la oferta de sustancias psicotrópicas lícitas gracias a las cifras facilitadas por los organismos de fiscalización internacionales, los laboratorios farmacéuticos y los Ministerios de Salud, y la oferta de las drogas ilícitas por medio de las incautaciones de los servicios de Policía o de Aduanas y de encuestas de la población en general.

La evaluación de la distribución de las sustancias psicotrópicas se efectúa teniendo en cuenta los registros de las recetas de los médicos, sondeos entre los farmacéuticos, estudios del consumo de medicamentos en los establecimientos sanitarios, etc.

Algunas fuentes proporcionan informaciones complementarias: informes de salud pública sobre enfermedades relacionadas a veces con la toxicomanía (hepatitis, SIDA, por ejemplo), estadísticas de fallecimientos debidos a una sobredosis, informes de actividades de establecimientos sanitarios y de centros educativos.

Se consagran numerosas investigaciones a los problemas sociales relacionados con el uso y el abuso de sustancias psicotrópicas. Se procura, por ejemplo, evaluar la influencia de ciertas drogas, y en particular del alcohol, en los accidentes de carretera. Se efectúan encuestas relativas a la criminalidad relacionada con el tráfico de ciertas drogas particularmente costosas o que modifican el comportamiento al exacerbar las pulsiones agresivas del drogadicto.

Otros estudios se consagran a los costos socioeconómicos del abuso de drogas: disminución de la productividad de los utilizadores, costo de los cuidados, créditos asignados a la represión, perjuicios causados por los actos delictivos, etc.

Los organismos internacionales estimulan cada vez más el acopio de datos sobre el consumo de las sustancias psicotrópicas. Se han elaborado métodos normalizados de investigación con el fin de facilitar las comparaciones internacionales y de dar un fundamento científico a las medidas que se han de aplicar.

4. La necesidad de distintas políticas de prevención

Es conveniente adoptar una política coherente que integre todas las actividades de prevención, tratamiento y represión.

Frente al aumento masivo del consumo de drogas, se ha impuesto progresivamente una necesidad en el plano internacional: definir y adoptar una política coherente que integre todas las actividades de prevención, represión y tratamiento. Conviene tener en cuenta la diversidad de los contextos socioculturales en cada país, por no decir en cada región, para evitar los fracasos a corto plazo. Incumbe a los organismos internacionales favorecer el intercambio de conocimientos y de experiencias para no repetir los errores cometidos en ciertos países. Se ha demostrado, por ejemplo, que resulta en gran medida inoperante trasponer a los países en desarrollo las técnicas de prevención aplicadas en los países occidentales.

Los presupuestos consagrados a la prevención son muy bajos cuando se los compara con los que se disponen anualmente para reducir la oferta y la demanda ilícitas. Limitémonos a citar, con respecto al año 1986, las cifras de FNUFUID:

CUADRO 1.— *Presupuesto del FNUFUID destinado a la reducción de la oferta y a la represión (1986)*

Presupuesto aprobado	21,4 millones de dólares de los Estados Unidos
Distribución de los fondos por sector	%
Reducción de la oferta ilícita	51
Fortalecimiento de la fiscalización	24
Reducción de la demanda ilícita	13
Investigación	1
Otras partidas presupuestarias	11

Varios hechos inducen, sin embargo, a no descuidar la actividad preventiva en beneficio de actividades de represión o de tratamiento. La represión tiende a reducir la oferta mediante la lucha contra la producción y el tráfico de drogas toxicomanígenas. Tropieza con múltiples obstáculos tanto políticos como socioeconómicos.

El enfoque terapéutico, por su parte, plantea cuestiones muy delicadas por numerosas razones. Un tratamiento eficaz necesita la participación activa del toxicómano, que se muestra a menudo ambivalente con respecto al programa de asistencia. La complejidad de los problemas planteados por el abuso de drogas requiere el establecimiento de múltiples estructuras de asistencia que tengan en cuenta la diversidad de los comportamientos toxicomaniacos: centros de desintoxicación, establecimientos de postratamiento, comunidades terapéuticas, dispensarios especializados, talleres de reinserción profesional. Los programas terapéuticos exigen largos y pacientes esfuerzos por parte del toxicómano y de quienes lo atienden. Por supuesto, los servicios propuestos y la forma de intervención varían de un país a otro o de una región a otra. Además, el arsenal terapéutico debe adaptarse constantemente a una situación en permanente evolución: por ejemplo, modificación del tipo de drogas consumidas (nuevas drogas o fenómenos de moda con respecto a un producto) o del modo de consumo (paso de la vía oral a la vía intravenosa).

En particular, las evaluaciones de los programas de asistencia destinados a los heroínómanos son a menudo decepcionantes: numerosos toxicómanos interrumpen precozmente el tratamiento o "recaen" poco después del final de la cura. Sólo una minoría (las cifras publicadas se acercan por lo general al 30 por 100) se libera del dominio de las drogas y consigue reinsertarse de manera satisfactoria.

Habida cuenta de las limitaciones de las medidas represivas o terapéuticas, los responsables nacionales han adoptado a menudo políticas de prevención muy diversificadas. Precisemos que cabe hacer una distinción entre la *prevención primaria*, que tiende a impedir que se produzca una perturbación, un proceso morboso o un problema; la *prevención secundaria*, que tiende a reconocer y, una vez que se ha reconocido, a suprimir o modificar en sentido positivo y lo más rápidamente posible una perturbación, un proceso morboso o un problema; la *prevención terciaria*, que tiende

a obstaculizar o a retrasar la progresión de una perturbación, de un proceso morboso o de un problema y de sus secuelas, aun cuando persiste la situación que lo ha provocado.

La multiplicidad de los factores originantes exige establecer estrategias de prevención muy diversas.

De hecho, un programa de prevención puede producir varios efectos: por ejemplo, medidas de prevención terciaria eficaces que facilitan la reinserción de toxicómanos probados producen un efecto de prevención primaria, ya que disminuyen el proselitismo y, por lo tanto, la propagación de la farmacodependencia.

Más que apuntar a la prevención o a la disminución del consumo de drogas, la finalidad general de la prevención debe ser evitar los problemas relacionados con el uso no médico de las drogas o disminuir su incidencia y su gravedad ⁴.

Los programas de información y educación ocupan un lugar predominante.

Los datos de la epidemiología ⁵ permiten identificar a los individuos o a los grupos más expuestos a los riesgos de la farmacodependencia.

Esta metodología de investigación proporciona indicaciones sobre el uso de los medicamentos, del tabaco y del alcohol, así como sobre la actitud de los individuos ante las drogas ilícitas. Las encuestas ponen de manifiesto con bastante claridad las interacciones entre las diferentes desviaciones de la conducta, así como las características de los individuos más vulnerables.

Las conclusiones de la mayor parte de los estudios son concordantes: los toxicómanos confirmados son en su mayoría individuos frágiles debido a acontecimientos familiares penosos o a una experiencia de relación traumatizante.

Algunas modificaciones rápidas de las obligaciones sociales como resultado, por ejemplo, de una migración o de cambios socioculturales (urbanización salvaje) pueden provocar un aumento del consumo de drogas.

⁴ Tasa de incidencia: tasa de aparición de enfermedades o de otros estados mórbidos durante un período dado en una población expuesta al riesgo.

⁵ Epidemiología: estudio de la distribución de una enfermedad o de un proceso mórbido en una población y de los factores que influyen en esa distribución.

Se comprende, pues, que la necesidad de tener en cuenta la multiplicidad de factores implicados en el uso indebido de drogas hace imprescindible establecer estrategias de prevención muy diversas. Entre éstas, los programas de información y de educación relativos a las drogas ocupan un lugar predominante.

En un informe de la Unesco se establece claramente la índole de esos dos criterios: "La información acerca de las drogas es una forma de comunicación que se limita a transmitir el conocimiento de determinados hechos o a enseñar una técnica de adquisición de conocimientos. Se trata más bien de un proceso limitado en el que los elementos principales son generalmente informaciones relativas a las drogas mismas y sus efectos (nefastos) sobre las gentes, así como informaciones en torno a la legislación referente a las drogas y otras formas de control social. Por el contrario, la educación relativa a las drogas es un amplio conjunto de actividades concertadas en torno a situaciones que ponen en juego al maestro y al discípulo, y una experiencia que tiende a multiplicar las ocasiones de desarrollo intelectual, emotivo, psicológico y fisiológico de los jóvenes"⁶.

Los programas de información se elaboraron en gran medida durante los años setenta, ya que en ese período se pensaba que la repetición de las advertencias sobre los efectos nefastos de las drogas permitiría detener la difusión de la toxicomanía. De hecho, pronto se comprendió que las campañas de información modifican a menudo los conocimientos, pero raras veces los comportamientos. En algunos casos, se ha comprobado incluso que el sensacionalismo y la "estrategia del miedo" revalorizan los comportamientos arriesgados y provocan un aumento de la experimentación con drogas.

Para alcanzar sus objetivos, la información debe, por lo tanto, responder a ciertos criterios. Sólo una información fiable, clara y adaptada al público a que se destina puede ejercer una influencia favorable. El contenido al que se ha de dar preferencia difiere considerablemente según el destinatario: adolescentes, padres, profesionales de la salud u otros

El sensacionalismo y la "estrategia del miedo" revalorizan los comportamientos arriesgados y provocan un aumento de la experimentación con drogas.

La información debe ser fiable, clara y adaptada al público al que se destina: adolescentes, padres, profesionales, etc.

⁶ Reunión sobre la educación destinada a prevenir el abuso de estupefacientes, especialmente en los países desarrollados, París, 1972, Informe, p. II, París, Unesco, 1973 (documento ED/MD/26).

agentes sociales. Por esta razón, muchos especialistas son poco favorables al recurso sistemático a los medios de comunicación de masas para llegar a un gran público. Recomiendan que ese método se complemente con una pedagogía que desarrolle las aptitudes críticas de los jóvenes con respecto a ciertas influencias negativas de los grandes medios de información.

Debemos pasar de la información a la educación, de la adquisición de conocimientos al aprendizaje de nuevos comportamientos.

Este ejemplo permite comprender la necesidad de pasar de la información a la educación, es decir, de la adquisición de conocimientos al aprendizaje de nuevos comportamientos.

No es posible presentar aquí de manera exhaustiva las múltiples actividades llevadas a cabo en los últimos veinte años, pero insistiremos en algunos principios generales que sirven de base a numerosos programas.

La prevención es algo que incumbe a todos los miembros de una comunidad; no debe ser el monopolio de los especialistas (médicos o psiquiatras, educadores o pedagogos), sino concernir al conjunto del cuerpo social.

El abuso de drogas es una forma de expresión, entre otras, del malestar de una sociedad perturbada. Esta conducta anormal va muy a menudo asociada a otras manifestaciones de sufrimiento o de inadaptación, o está involucrada con ellas: el suicidio, la delincuencia, la violencia, el rechazo de toda inserción escolar o profesional.

La prevención debe ser global y apuntar a un bienestar del conjunto de los miembros de una comunidad.

La prevención debe, por ese motivo, ser global y apuntar a un bienestar del conjunto de los miembros de una comunidad. Las actividades de prevención deben concernir no sólo a los individuos vulnerables, sino a todas las personas que forman parte de su medio ambiente afectivo y social: padres, profesores, educadores... Es sumamente deseable una articulación estrecha entre los programas de educación destinados a los jóvenes y los que se dirigen a la comunidad. Es en el plano local donde la necesaria concertación entre todas las personas y entidades que intervienen se revela más eficaz.

Por último, las preocupaciones éticas de los que participan en una acción de prevención deben ser consideradas primordiales. Conviene, en particular, evitar los efectos negativos de ciertas intervenciones que son contrarias a los objetivos definidos.

La educación preventiva no debe en ningún caso dar opción al control social acentuando la condena de los usuarios de productos tóxicos y encerrándolos en una marginación irreversible. Si respeta esos principios de base, la educación preventiva podrá desempeñar el papel que le corresponde entre las actividades de lucha contra el abuso de drogas.

Educación y drogas: Prevención

UNESCO, 1987 (París)

La educación preventiva no debe en ningún caso dar lugar a la estigmatización y marginación de los consumidores de drogas.

Criterios generales para la prevención, tratamiento y re-inserción

Laura Fernández Gesali. Psicóloga. IGIA

1. El concepto de la prevención

Para hablar de prevención es necesario analizar previamente el significado del concepto de salud.

La salud tiene que ver con los recursos personales y sociales de una población y supone un estado de bienestar físico, psíquico y social. No es correcto, pues, hacer el reduccionismo, aún presente en nuestros días, de pensar en la salud como la ausencia de enfermedad. Un buen ejemplo de ello es la posibilidad, de todos conocida, de vivir de forma sana una enfermedad, aprendiendo a convivir con ella.

A partir de los cambios del concepto de salud, el significado de prevención ha evolucionado desde la concepción del modelo médico clásico hasta una idea de proceso que implica atender las distintas problemáticas de una forma global y no parcializada.

Existen tres niveles de prevención:

- *Prevención primaria*: medidas que tienden a reducir la incidencia de un problema en la población reduciendo el riesgo de su inicio. Actuaciones previas al abuso de drogas.
- *Prevención secundaria*: medidas que tienden a reducir la prevalencia del problema en la población deteniendo su evolución. Actuaciones en los estudios iniciales de abuso de drogas.
- *Prevención terciaria*: medidas dirigidas a reducir la prevalencia de incapacidad crónica en la población reduciendo el deterioro ocasionado consecuencia del problema. Cuando ya se halla instaurada la dependencia de las drogas.

Las intervenciones que corresponden a cada uno de estos niveles son:

Entendemos la salud como un concepto positivo, y no la mera ausencia de enfermedad.

Según el momento en que se encuentra el fenómeno a prevenir, distinguimos tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

- Prevención primaria: educación para la salud, información, represión del tráfico de drogas, medidas sociales y legislativas.
- Prevención secundaria: detección precoz, intervenciones de urgencia.
- Prevención terciaria: atención a los afectados y su reinserción social.

2. La prevención, aquí y ahora

No es raro observar que la prevención todavía se entiende como una intervención aislada y excepcional y que siempre es función de otros. Hay un discurso aceptado por todos de que es importante, pero ello no va acompañado casi nunca de una concreción programática y presupuestaria.

¿Qué es la prevención? La prevención es un hecho cotidiano que forma parte del acontecer social; no es sólo una manera de actuar, no es sólo un método para aplicar, no es en cualquier caso un elemento automático de transformación. La prevención es una forma de entender, de comprender, partiendo de la observación y de la comunicación.

La prevención surge con la idea de necesidad, pero su definición está más ligada a la idea de proceso en el tiempo, y va dirigida a poner en comunicación distintos sectores de la población.

No existe por definición una operación preventiva que tenga un efecto total, pues prevenir significa incidir en una situación para que en su interior cambien algunos elementos que originan o pueden originar fenómenos negativos. Será previo a la elección de contenidos buscar un marco significativo (en términos de lugar, de elección del momento y método de intervención creando una atmósfera adecuada para conseguir los objetivos). Se deduce, pues, que los resultados no se darán a corto plazo, sino después de que los recursos utilizados hayan puesto en movimiento procesos de automodificación de la realidad.

La prevención no es la presentación de soluciones, sino una forma de favorecer la reflexión como antecedente de la acción ante determinadas situaciones y también la posibilidad de favorecer actitudes y comportamientos alternativos a la misma.

La prevención es una forma de entender partiendo de la observación y la comunicación. Prevenir significa intervenir en una situación para producir cambios.

La prevención tiene como protagonista a la persona o a los grupos; por lo tanto, sólo puede tener lugar en un *contexto* que dé sentido y pertenencia a las actuaciones que se quieran llevar a término. La creación de este contexto será la pieza crucial para evitar intervenciones rápidas y parciales.

3. Globalidad, participación, coordinación y evaluación: cuatro conceptos claves

No existe una única y específica prevención de las drogodependencias, ya que no hay una sola causa para convertirse en toxicómano. Esto supone que cualquier intervención preventiva ha de partir de la situación en su *globalidad*, debe partir de un proceso de formulación de hipótesis que incluya las distintas variables que intervienen en la situación.

Muchas veces las campañas preventivas han fracasado por ser una imposición exterior, con características de intervención de urgencia ante una situación concreta. Existen unos agentes de prevención y un sector de la población al que se dirige el programa; sin embargo, sólo entendiéndolos como elementos que deben poner en comunicación sus necesidades, expectativas y significado del consumo de drogas podrá iniciarse la intervención.

La participación de sus distintos protagonistas en el diseño de la intervención es indispensable.

La consecuencia lógica de lo dicho hasta ahora es la necesidad de entender la prevención de las drogodependencias dentro de los programas de salud. Dado que las intervenciones aisladas tienen resultados dudosos, es necesario que la *coordinación* esté asegurada no sólo entre instituciones, sino también en el interior de cada una de ellas, para dar coherencia a las distintas intervenciones. La gestión deberá ser realizada a partir del rol de cada institución o profesional.

La coordinación es la pieza fundamental para:

- Evitar intervenciones paralelas.
- Racionalizar los recursos.
- Potenciar la participación.
- Aumentar la eficacia dado el acuerdo institucional sobre la intervención y su gestión.

La creación de un contexto adecuado es la pieza clave para evitar intervenciones rápidas y parciales.

No existe una única y específica prevención de las drogodependencias, ya que no hay “una sola causa”.

Una estrategia de prevención debe implicar: globalidad, participación, coordinación y su evaluación.

En el largo camino de la prevención han de saberse respetar las reglas del juego, y entre ellas las de la espera, no como algo pasivo, sino como un elemento de lo que será medible en su momento. La *evaluación* no empieza al final de la intervención, sino que debe estar en el inicio de la misma en el momento de la formulación de hipótesis y como parte de la programación. La evaluación será el recurso que nos indicará la conveniencia de la intervención.

4. Lo específico, lo inespecífico y lo global

Los programas de prevención y tratamiento deben ser globales, tanto en los objetivos como en los recursos utilizados.

Al hablar de programas específicos e inespecíficos nos situamos ante un primer dilema: ¿partimos de la idea de objetivo o de la de red y coordinación institucional? Evidentemente, el objetivo final de un programa de prevención (primaria, secundaria y terciaria) *es que el individuo no establezca dependencia de las drogas*. Sin embargo, aunque sea indispensable, este objetivo resulta insuficiente.

El objetivo último de cualquier programa de salud es favorecer la autonomía del individuo potenciando el establecimiento de relaciones satisfactorias consigo mismo y con su entorno.

La *especificidad* o *inespecificidad* de un programa de prevención viene determinada fundamentalmente por los objetivos que nos planteemos en dicha intervención, incluso independientemente del tipo de recursos utilizados o instituciones que participen en el programa.

Según este criterio, y en el tema que nos ocupa, sería **ESPECIFICO** aquel programa cuyos objetivos están exclusiva y directamente orientados a la prevención y asistencia de las drogodependencias (programas de información y formación sobre drogas, análisis de las consecuencias del abuso de drogas a partir de técnicas dramáticas, atención directa a drogodependientes, etc.).

La metodología de intervención puede ser diversa y los agentes que los dinamizan también (profesionales especializados o no, grupos de padres, asociaciones y colectivos sensibilizados en el tema, etc.).

Por el contrario, **INESPECIFICO** sería aquel programa o intervención que si bien puede tener una influencia en la

evolución de determinado fenómeno, las drogodependencias por ejemplo, sus objetivos son mucho más globales y posiblemente tengan una repercusión más a largo plazo y en contextos más amplios.

Programas que en mayor o menor grado podríamos considerar de prevención inespecífica son: campañas de escolarización infantil y formación de adultos, planes de educación, ocupación y tiempo libre que respondan a las necesidades de los jóvenes, centros de información y orientación juvenil, etc.

En definitiva, programas que si bien su objetivo inicial no es evitar el consumo de drogas, sí que pueden tener una incidencia en ello, e incluso, en muchas ocasiones, resultar más eficaces que otros diseñados de forma específica para tales objetivos.

La mayor o menor especificidad de un programa de prevención debe darse en función de las características y necesidades de la población a la cual nos dirigimos (el tipo de demanda que ésta pueda expresar, características de otros programas ya en funcionamiento, etc.).

5. El proceso terapéutico

Los centros de drogodependencias están diseñados para atender a aquellas personas que voluntariamente desean tratar su dependencia a las drogas. Por lo tanto, no se atiende ningún tipo de urgencia.

Cuando un drogadicto acude a un centro, será el síntoma concreto (la drogadicción) lo que definirá la relación entre él, su familia y el centro. A partir del síntoma se podrá trabajar una situación más compleja, siendo como contrapartida este trabajo global lo que permitirá contextualizar y dar significado al síntoma.

A grandes rasgos, los distintos momentos del proceso terapéutico son:

- a) *Análisis de la demanda del usuario y de su familia al centro.*—La demanda explícita y quien la realiza en el grupo familiar nos dará información sobre la dinámica familiar, la significación del síntoma y las soluciones que haya podido intentar la familia previamente. El trabajo

Cada estrategia terapéutica puede ser distinta en función del análisis de la demanda y del diagnóstico de la situación del caso.

sobre la demanda explícita nos ayudará a observar si ésta coincide con la implícita y preparar el futuro trabajo sobre esta última.

El profesional deberá adecuar la oferta del centro a la demanda o contemplar la derivación hacia otro recurso si ambas no se adecúan.

b) *Diagnóstico de la situación toxicológica familiar, física, psicológica y social del usuario.*—Los métodos de diagnóstico, a grandes rasgos, serán:

- Exploración física.
- Test psicométrico.
- Entrevistas individuales.
- Entrevistas familiares.
- Historia clínica.
- Informe social.

A partir del diagnóstico se decidirá si el usuario puede ser atendido en el centro o se requiere otra institución (por ejemplo, ante trastornos graves de la personalidad).

c) *Diseño de tratamiento.*—El diseño de tratamiento partirá de la fase anterior.

En el caso de que la dependencia de la droga motivo de consulta lo requiera, se realizará una *desintoxicación física*, que puede llevarse a cabo a nivel *ambulatorio u hospitalario* en función de las características del usuario.

La desintoxicación ambulatoria consiste en una pauta decreciente de fármacos prescrita por el profesional y donde un familiar del drogadicto se responsabiliza de su administración.

La desintoxicación hospitalaria consiste en el ingreso durante quince días aproximadamente en un hospital. Se han creado unidades especializadas para heroínómanos con este fin, no habiéndose clarificado suficientemente dónde debe realizarse la desintoxicación de los alcohólicos.

En la mayoría de centros se realiza la desintoxicación después de haberse acordado el diseño de la deshabituación.

El diseño de tratamiento propiamente dicho puede consistir en:

- Tratamiento ambulatorio:

Terapia familiar.

Sesiones terapéuticas del usuario con su familia.

Psicoterapia individual.

Grupos de familias.

Grupos de toxicómanos en tratamiento.

Asistencia de recursos como son talleres específicos o centros de día.

Controles de orina.

- Cambio geográfico:

Familias de acogida.

Comunidades terapéuticas.

(Se realiza básicamente en heroinómanos.)

Una vez finalizada la estancia en el recurso pertinente, el usuario retorna al centro de referencia (centro que diseñó inicialmente toda la estrategia terapéutica).

6. Proceso de reinserción

Sería el proceso por el cual el drogadicto va cambiando su manera de formar parte de la sociedad, instaurándose progresivamente una relación más satisfactoria a partir de la comunicación social y del trabajo. Este es un proceso difícil, ya que el protagonismo del mismo corresponde al drogadicto, su familia, los profesionales que le atienden, el grupo social próximo al toxicómano (barrio, recursos municipales) y otras instituciones. No existe una única forma de reinserción, ya que depende de las características de cada caso. Por parte del grupo social es evidente que actitudes paternalistas o rechazantes son negativas. Es una señal de salud que la sociedad pueda acoger distintos estilos de vida sin generar rápidos y rígidos mecanismos de exclusión de aquellos sectores que presentan diferencias.

Es necesario también facilitar a los distintos grupos sociales (barrio, asociaciones de vecinos, empresas, asociaciones culturales...) la posibilidad de realizar distintas lecturas sobre la situación y significación de los procesos marginales.

Potenciar la vida asociativa, la participación en actividades locales, pueden, entre otros, ser elementos que faciliten este objetivo.

En los primeros momentos de tratamiento, y en respuesta a las necesidades del usuario, se utilizan básicamente los recursos específicos (C. Terapéuticas, talleres...). A medida que la situación evoluciona se inicia la utilización de recursos inespecíficos (talleres, cursos profesionales, etc.).

7. Recursos e instituciones implicadas

En la prevención de las drogodependencias en sus tres niveles están implicados los distintos grupos sociales:

En un programa amplio de prevención, cada grupo o institución tiene su nivel de implicación: el Gobierno, los recursos de la comunidad, la familia, etc.

- La familia como el espacio donde se configuran los primeros hábitos y actitudes, donde se establecen las primeras relaciones y donde los padres son los primeros agentes de socialización.
- El Gobierno en el diseño de medidas legislativas y de control del tráfico.
- La comunidad a partir de sus recursos:
 - Asociaciones de padres/maestros.
 - Asociaciones de vecinos.
 - Centros de salud.
 - Servicios sociales y sanitarios.
 - Centros de animación social.
 - Comisiones locales que tienen a su cargo cuestiones sanitarias y sociales.
 - Servicios de orientación e información al ciudadano.
 - Medios de comunicación.
 - La escuela y otros dispositivos docentes.
 - Empresas...

8. La escuela ante los tres niveles de prevención

La escuela, como institución educativa, tiene un papel primordial en el ámbito de la prevención primaria.

Como se verá en otros capítulos de este informe, la prevención de las drogodependencias debe formar parte de los programas de educación para la salud.

Una vez más insistimos en que la prevención es una forma de entender y comunicarse, no una técnica aislada; por tanto, son los mismos principios educativos, que se aplican a otras áreas, el armazón de la intervención preventiva.

Pero también la escuela es un recurso en el ámbito de la prevención secundaria y terciaria.

Respecto a la prevención secundaria —es decir, la que va dirigida a sujetos en los que el consumo es incipiente o que por diversas circunstancias pueden considerarse en situación de riesgo—, la escuela tiene un papel. Tampoco aquí deben realizarse actuaciones muy distintas de las que se realizarían ante la aparición de otros problemas. El análisis de la situación, la coordinación con otros profesionales del barrio y posibles asociaciones, la búsqueda de asesoramiento por parte de técnicos, si se considera necesario, son importantes. Actuaciones de urgencia, estigmatizantes y alarmantes, tendrán poca eficacia. Siempre debe tenerse presente que las instituciones educativas tienen funciones concretas; cuando se dan situaciones que les sobrepasan, será la coordinación con otras instituciones la medida idónea.

En cuanto a la prevención terciaria, la escuela tiene un papel como parte de un programa diseñado con otros profesionales.

Puede darse el caso de que la escuela detecte un consumo instaurado en algún alumno. De la misma forma que en la aparición de otros problemas no existe una única intervención, sino que está en función de distintas variables (características del alumno, de su entorno familiar, recursos sociales disponibles...), tampoco aquí hay una forma única de actuación.

Puede suceder también que el alumno proceda de una familia con algún progenitor drogadicto. Aquí la escuela, a partir de su función educativa, contribuirá a la socialización de estos alumnos e indirectamente a la reinserción de los padres.

En la escuela son los mismos principios educativos los que deben orientar la intervención preventiva.

La prevención de las drogo-dependencias desde la escuela y la acción educativa

Víctor Martí Carrasco. Psicólogo. IGIA

1. Por qué pensamos en la escuela

Sabemos que, antiguamente, la escuela era la única institución reconocida para la adquisición del saber teórico y que, junto con la familia, asumía la educación de los niños y adolescentes. El aumento de la complejidad social, la sofisticación de los medios de comunicación, el avance de las nuevas tecnologías y la evolución del rol de la familia han provocado la aparición, junto con otros referentes sociales, de nuevas formas e instrumentos de formación.

Nos encontramos, pues, ante una redistribución de las tareas entre los distintos agentes de la educación y ante nuevas exigencias, en función de los cambios que la colectividad y el individuo han experimentado.

Ante ello, consideramos que el sistema educativo no puede ignorar todas estas nuevas oportunidades culturales y formativas de la sociedad contemporánea. Deberíamos ordenarlas y clasificarlas, profundizarlas. En definitiva, la escuela debe dar forma y organicidad a toda una realidad viva y rica que nos rodea.

Por lo tanto, si partimos de esta concepción de la escuela, abierta a los distintos fenómenos y cambios socioculturales que la rodean, entendemos que también debe estarlo ante un fenómeno antiguo, pero de un carácter nuevo y cambiante, como es el de “las drogodependencias”, “politoxicomanías”, “abuso de drogas legales o ilegales”, o como lo queramos denominar. La postura que la escuela adopte ante este fenómeno debería ser abierta, de acuerdo con sus propias posibilidades de adaptación y reciclaje constantes.

En cualquier caso, la escuela no es la única institución que deba plantearse una respuesta ante la nueva realidad, sino que es un recurso más dentro del amplio abanico de recursos

La escuela es un canal y una ocasión privilegiada para la prevención por:

- **El público al cual se dirige.**
- **Su finalidad.**
- **Los medios con que cuenta.**
- **El profesional que asume la tarea educativa.**

comunitarios (servicios sociales de base, centros de asistencia primaria, hospitales generales, movimientos y entidades juveniles, entre otros muchos).

Todas estas entidades tienen su protagonismo y ocupan un lugar privilegiado de intervención ante un fenómeno tan complejo como el de las drogodependencias, donde la multifactorialidad de sus causas requiere, forzosamente, una diversidad de modos y agentes de acción.

Así pues, la escuela, junto con otras instituciones educativas con objetivos similares, pero con estrategias diferentes, debería responder a una exigencia del cuerpo social y ser una herramienta del proyecto comunitario, como también un *instrumento de regulación de los problemas sociales*, paralelamente a su función pedagógica.

Podríamos destacar algunos de los rasgos que caracterizan al sistema educativo y que, a la vez, lo sitúan en un lugar privilegiado para actuar y reflexionar en torno a la promoción de la salud y la prevención, en este caso de las drogodependencias.

A) Por el público al cual se dirige:

La edad escolar (infancia y adolescencia) es rica en cambios, momentos de “crisis” y, por lo tanto, en riesgos, pero no sólo ante las drogas, sino ante múltiples circunstancias. Quedan aún por adquirir hábitos o modelos de comportamiento y, en cualquier caso, éstos son moldeables con facilidad. Si, además, tenemos en cuenta la obligatoriedad escolar, junto con el correspondiente volumen de población infantil y juvenil que la escuela acoge, nos daremos cuenta de la importancia que puede tener una intervención en este ámbito.

B) Por su finalidad:

Si bien la escuela es el lugar para los “aprendizajes”, no se puede separar de su contribución a la formación de la personalidad y de las actitudes. Ello implica que la Escuela, como institución, debe plantearse responder a las necesidades totales de sus alumnos/as si realmente quiere incidir de forma positiva en su estado de salud.

C) *Por los medios con que cuenta:*

Los canales de relación más habituales son los que resultan ser más efectivos cuando nos planteamos una tarea preventiva y, más todavía, cuando éstos incorporan todo un potencial didáctico y pedagógico con el cual el adolescente ya está familiarizado. Posibilitar y promover la participación y la responsabilidad directa del alumno en las tareas que se desarrollen en clase resulta mucho más eficaz que la simple teoría o intervención magistral de un especialista de fuera de la escuela.

Por otra parte, la escuela tiene la posibilidad de detectar, de forma precoz, el uso o abuso de drogas de sus alumnos y dar, a partir de aquí, una respuesta rápida y eficaz, solicitando, si fuera necesario, la colaboración de otras instituciones sociales, sanitarias o culturales.

D) *Por el tipo de profesional que asume la tarea educativa:*

Dentro del ámbito escolar, el profesorado es quien tiene un mejor conocimiento de las personas y grupos destinatarios de la acción preventiva, pues es él quien mantiene un contacto más cercano y cotidiano con el joven y, por lo tanto, podrá incidir de forma más directa y espontánea en el alumno sobre la prevención de las drogas u otros aspectos, organizando los programas y actividades más adecuados a cada nivel y tratando las dudas e interrogantes del alumnado con familiaridad.

En principio, el profesor es el profesional que mejor puede conocer y valorar las actitudes y aptitudes de los alumnos y, por lo tanto, puede despertar mejor su interés y, en definitiva, rentabilizar y hacer más eficaz un programa de prevención.

No obstante, es obvio que el sistema educativo tiene sus limitaciones. La Escuela no es la única institución que debe asumir la tarea de la prevención o promoción de la salud en la población infantil y juvenil. En ocasiones no podrá responder por sí sola a ciertas situaciones que, en relación a las drogas, puedan plantearse. En todo caso, cuando se necesite ayuda para afrontar una situación especial en la que no nos sentimos suficientemente seguros, siempre existe la posibilidad de pedir información, asesoramiento, o buscar quién puede ofrecer las respuestas más adecuadas y dónde.

2. ¿De qué modo hacer prevención?

Son diversas las posibilidades. Todo está en función de la concepción que tengamos del fenómeno y de los objetivos que nos planteemos. A partir de aquí, debe optarse por el método de intervención que resulte más adecuado.

Por ejemplo, podríamos ceder ante el sentimiento de urgencia y gravedad de una parte de la opinión pública (padres, vecinos del barrio, etc.) con medidas que responden a objetivos muy limitados, superficiales, orientados hacia una represión del fenómeno a partir de una actitud de control permanente por parte de los profesores, presencia e intervención policial en los centros educativos, el recurso a unas sanciones disciplinarias ante la evidencia de algún "mal comportamiento", etc. Todo ello, como mucho, podría llegar a tener un efecto disuasivo, desplazar "el problema" a otro lugar, o sofisticar las formas de transgresión de los límites de la prohibición. Si bien alguna de estas intervenciones podría tener sentido en determinadas circunstancias y dentro de un marco más amplio de actuación, el control y la represión, por sí solos, no podrán concebirse nunca como una política de prevención, y menos aún en el ámbito educativo. Debería preverse el clima que éstos puedan generar, así como las posibles consecuencias negativas sobre valores tan importantes como son la confianza, el diálogo y la comprensión, valores necesarios e imprescindibles en cualquier acción educativa.

También podríamos realizar una campaña informativa, dirigida a toda la comunidad escolar (padres, alumnos, profesores), sobre las distintas drogas existentes en el mercado, así como sus efectos perjudiciales en el individuo, destacando los aspectos negativos de su consumo, generando un discurso alarmista que pretendiese crear miedo y rechazo hacia las drogas y drogadictos.

Una vez más habríamos optado por un enfoque parcial y posiblemente, según nuestro parecer, equivocado. Actuaciones de este tipo pueden generar en la población a la cual nos dirigimos ciertas reacciones contraproducentes o contrapreventivas, como son: aumento del sentimiento de inseguridad e impotencia ante un fenómeno que es percibido como ajeno, y donde ellos no tienen ningún tipo de implicación, de actitudes negativistas, de indiferencia o pasividad, mitifica-

ción y curiosidad hacia el fenómeno, pudiendo ello inducir a un consumo prematuro.

Consideramos más oportuno optar por una intervención más global; es decir, que cuando hablemos de drogodependencia, tanto sobre prevención como sobre tratamiento, hagamos un análisis y demos una respuesta, en la medida de lo posible, en todas sus dimensiones:

- La sustancia.
- El individuo.
- El contexto sociocultural.

Un tipo de actuación con carácter permanente —no puntual—, que se caracterice por la normalización y desdramatización, donde se ofrezca una información clara, verídica y completa, como un elemento más de un proceso amplio de reflexión individual y colectivo. Y todo ello orientado a la construcción de una personalidad madura y con un espíritu crítico.

Previamente a cualquier actuación en el campo de la prevención, deberíamos valorar los factores originantes del fenómeno que queremos tratar, en este caso la drogodependencia, y analizarla no por ella misma, sino como un conflicto más que el joven puede expresar, en respuesta a una problemática personal, familiar y/o social más profunda, que dificulta su crecimiento y desarrollo evolutivo deseado.

Ante ello, no existe la posibilidad de una única política de prevención que pueda ser programada, sistematizada y difundida desde un organismo central. A partir de la observación y el análisis de la realidad de cada lugar, el equipo docente deberá elaborar su plan de prevención más adecuado, en función de las características y necesidades del grupo sobre el cual se quiera incidir.

Tal y como recomiendan C. Saura y A. Vilarrassa (1987), “la integración de la prevención en los currículos escolares en las diferentes disciplinas puede actuar como una medida de abordaje primario, complementariamente a otras actuaciones específicas. Las recomendaciones de distintas instituciones internacionales que han tratado el tema (O. M. S., UNESCO, etc.) permiten considerar que la mejor prevención es la tendente a la promoción de la salud y de los valores

Crterios para un programa de prevención son:

• **Análisis de los factores originantes del fenómeno y dirigirnos a ellos.**

• **La acción debe ser continuada, normalizadora, desdramatizante, globalizadora y participativa.**

Es en función del conocimiento y análisis de cada realidad como podemos definir el programa de actuación más adecuado, respondiendo así a las características y necesidades de cada grupo.

En cuanto a la metodología a utilizar, debe ser la misma que utiliza la escuela en todas las áreas.

vinculados a un estilo de vida que permita un equilibrio individual, familiar y social. Por esta razón, la educación para la salud debería ser el marco donde integrar la prevención”.

En cuanto al método de trabajo, los mismos autores dicen lo siguiente: “Asimismo, las actividades proyectadas para la prevención de las drogodependencias no deberían basarse en un método específico, sino en el método que utiliza la escuela en todas las áreas. El hecho de realizar un programa de prevención con una metodología muy diferenciada respecto a la utilizada en la escuela cotidianamente dificultaría su verdadera integración y contribuiría a la creación de una imagen sobredimensionada del tema de las drogas.

Al contrario, la generalización de la metodología a otros aprendizajes contribuiría a la eficacia preventiva de la actuación, ya que el logro de objetivos globales de desarrollo de la personalidad no puede conseguirse con ningún programa parcial que no se plantee la transferencia de su acción más allá de su campo específico.”

3. La familia también existe

Por todo lo que sobre la prevención hemos ido transmitiendo, podemos concluir que ni la mejor de las escuelas y sistemas educativos pueden, por sí solos, dar la respuesta a una tarea tan amplia.

En primer lugar, es dentro de la familia donde se estructura la personalidad misma del individuo y donde se ofrecen los elementos necesarios para ello: el afecto, la confianza, los límites, las prohibiciones, la identificación con el adulto y los modelos a imitar, el reconocimiento, la escucha y el intercambio, entre otros. Nada puede reemplazar la aportación esencial de la familia, cualquiera que sea la competencia del profesorado, cualquiera que sea la atención y la disponibilidad que el profesor preste a sus alumnos, cualquiera que sea la organización de programas y actividades diversas, cualquiera que sea la colaboración e intervención de otros profesionales sociosanitarios en la escuela.

Pero todo esto no se puede resolver satisfactoriamente sin la ayuda de la escuela. Una escolarización precoz puede ayudar a disminuir unas carencias, y la disponibilidad de los educadores para ayudar y asesorar al adolescente en sus

momentos críticos puede disminuir el riesgo de ciertos comportamientos desviados.

En este sentido, conviene potenciar la capacidad de observación de todo el profesorado, estar atentos y preparados para las demandas de los jóvenes, ayudar y facilitar su expresión. Es importante, también, situarse adecuadamente con vistas a dar una buena respuesta, tanto individual como colectivamente, o en colaboración con especialistas sobre el tema.

En ningún caso se trata de sustituir la familia por la escuela, ni viceversa. Por el contrario, deberíamos buscar formas de acercamiento, de colaboración y complementación entre la familia y la escuela, ya que, en definitiva, responden a una única necesidad: la educación integral de los jóvenes.

Según nuestro criterio, un programa de prevención en la escuela que responda al planteamiento que aquí proponemos reúne más posibilidades de éxito y continuidad.

4. A modo de conclusión

Alguna de las líneas de actuación que aquí hemos propuesto quisiéramos que fueran elementos de reflexión, puntos de partida, a fin de que el sistema educativo llegue a ser una herramienta útil para la prevención en su sentido más amplio, y así encuentre su forma particular de abordar un fenómeno que, en definitiva, a todos nos afecta.

Sabemos que se trata de una tarea compleja, pero en ningún caso imposible de llevar a cabo. También somos conscientes de que no existen “recetas” ni “soluciones mágicas”, pero sí criterios de intervención suficientemente experimentados y satisfactorios. Por lo tanto, debemos orientar nuestro trabajo en función de las posibilidades de cada uno, priorizando mínimamente unos objetivos claros y realizables a corto, medio y largo plazos. Creemos que es a partir de estas consideraciones cuando podemos empezar a evaluar nuestra tarea, modificando y replanteando todo aquello que sea necesario.

En un futuro próximo, y respondiendo a la realidad que presenta nuestro país, consideramos que hay algunas medidas prioritarias a tener en cuenta, como son:

Es fundamental facilitar espacios de intercambio y complementación escuela y familia.

Ante cualquier programa o intervención debemos definir unos objetivos claros, realizables y operativos. Ello nos ayudará a la orientación y evaluación de todo el proceso del programa o actividad.

- La creación de espacios de formación permanente de los profesionales que participan en el sistema educativo (profesorado, tutores, orientadores, equipos psicopedagógicos, etc.) y de otros agentes educativos (padres, educadores en el tiempo libre, etc.).
- Facilitar recursos, asesoramiento y apoyo a aquellos centros o profesores con iniciativa y competencia que ya estén desarrollando algún tipo de programa o experiencia.
- Revisar el material informativo y didáctico ya existente y elaborar aquel que fuera necesario con vistas a la ayuda y orientación del profesorado.
- Rentabilizar todos los recursos existentes a nivel socio-sanitario, juvenil, cultural y social, contacto con el mundo escolar, potenciando su acercamiento y colaboración en los niveles necesarios.
- Poner en marcha programas integrales orientados hacia la prevención de las drogodependencias y hacia la promoción de la salud en las zonas o grupos de alto riesgo.
- Potenciar el movimiento juvenil, en sus distintas modalidades, promocionando su integración e intercambio para con el sistema educativo y sus recursos (posibilidad de acceder, en los centros educativos, a la información sobre las distintas alternativas que el movimiento juvenil ofrece, así como poder utilizar las instalaciones deportivas y culturales de la escuela).
- Coordinar todas las actividades y estrategias de prevención dirigidas a la comunidad escolar en general y dentro de un mismo centro educativo en particular, racionalizando los esfuerzos y evitando aquellas acciones innecesarias e incluso contraproducentes.

Finalmente, y para acabar, decir que es el propio sistema educativo quien deberá concretar su modo y estilo de aportación para el desarrollo de una política preventiva a diversas escalas, a nivel municipal, regional, nacional, etc., y, una vez más, recordar que el fenómeno de las drogas no se puede entender al margen del conjunto de problemas que expresan las dificultades de un sector de la población, y que, por tanto, a éstos también deberíamos dar una respuesta.

Hacia una tipología razonada de las actividades de educación preventiva contra el abuso de las drogas lícitas e ilícitas

Etienne Brunswic

Aunque las actividades educativas ocupan un lugar importante entre las medidas preventivas contra el abuso de las drogas, no constituyen por sí solas una estrategia preventiva. La prevención del abuso de las drogas lícitas e ilícitas, ya se trate del alcohol, del tabaco, de los disolventes volátiles, de las sustancias psicotrópicas o de los estupefacientes, debe entrañar medidas en numerosas esferas.

En el plano legislativo, existen convenciones internacionales y legislaciones nacionales que regulan la producción, el tráfico, la distribución y el consumo de las drogas ilícitas; en cuanto a las drogas lícitas, son igualmente objeto de medidas legislativas, administrativas y reglamentarias: se trata, por ejemplo, de reglamentar la publicidad, las condiciones de venta (prohibición de venta a los menores de ciertas sustancias, cantidades máximas, prohibición o limitación del consumo en los lugares públicos), de gravar ciertos productos con impuestos especiales, de imponer controles médicos cuando se realizan actividades tales como competiciones deportivas o se ejercen ciertas profesiones (pilotos de avión, conductores de taxi).

En el plano social, la acción preventiva consiste en promover la vida asociativa y, en particular, los esfuerzos de las asociaciones de voluntarios especializadas en la prevención de los problemas relacionados con el uso de ciertas sustancias (alcohol, sustancias psicotrópicas), en abrir centros de información, de orientación y de asesoramiento, particularmente para los grupos de población más expuestos. Todo programa de prevención requiere también un conocimiento preciso del terreno; de ahí la importancia de disponer de detalladas encuestas sanitarias, sociológicas y psicológicas y de estudios

epidemiológicos que permitan determinar los factores que pueden influir en el consumo.

La educación preventiva debe inscribirse en primer lugar en el marco de una política global de prevención contra el abuso de las drogas, de la que es uno de los componentes. Ahora bien, las políticas de prevención varían de un país a otro; en el interior de un mismo país existen a menudo diferencias profundas entre diversas subculturas y comunidades a las que es preciso aplicar enfoques preventivos diferentes. Por lo tanto, no existe ningún modelo de prevención universalmente aplicable, y una acción que puede haber sido eficaz en un contexto dado y en un momento dado, difícilmente será transferible a otra parte. Como lo señala Helen Nowlis, «en los debates internacionales se producen siempre confrontaciones en las que una persona de nacionalidad “X” dice: “Esto no puede dar resultado a mi país, dado el modo de comprender y de hacer las cosas que tiene la escuela (o la familia, la Iglesia, la Administración, los clubs de jóvenes o los propios jóvenes)”»¹.

En lo que respecta a la educación, la acción preventiva plantea problemas difíciles. Participa primeramente, como acabamos de ver, de un conjunto de medidas preventivas en esferas muy diversas²; debe tener en cuenta igualmente todas las características del sistema educativo en el que va a ejercerse. Estas abarcan el tipo de educación (enseñanza escolar o extraescolar) y el modelo pedagógico dominante (pedagogía centrada en la adquisición de conocimientos y fundada en un programa o pedagogía centrada en el alumno, sus comportamientos, sus aspiraciones y sus aptitudes); en el clima educativo y la relación maestro-alumnos (disciplina estricta o laxismo, relaciones jerárquicas o liberales); los métodos utilizados (enseñanza normativa, pedagogía del descubrimiento); los medios disponibles (en particular, material audiovisual); el nivel de formación y la disponibilidad de los profesores y de las demás personas que participan en la educación. Las actividades educativas deben adaptarse igualmente al nivel de desarrollo y al nivel de enseñanza (enseñanza

¹ Helen Nowlis: *La verdad sobre la droga*, op. cit., pág. 48.

² La educación preventiva es una de las modalidades de la prevención primaria que tiende a impedir que se produzca una perturbación, un estado morbosos o un problema (véase el capítulo 1).

primaria, de seis a doce años; primer ciclo de la enseñanza secundaria, de doce a quince años; segundo ciclo de la enseñanza secundaria y formación profesional, de quince a dieciocho años; enseñanza postsecundaria y superior), a la estructura educativa en la que se aplican (institución escolar, cursos para adultos, actividades extraescolares, movimientos de jóvenes y organizaciones confesionales, deportivas, etc.; educación permanente del público en general). Por ese motivo, toda acción educativa debe captarse en su contexto y por medio de un enfoque sistémico ³.

Por último, una acción educativa concebida para los fines de prevención contra el abuso de las drogas difiere un poco de las demás enseñanzas que tienden a proporcionar el dominio de una disciplina determinada. No se trata, en efecto, de proporcionar únicamente una información con miras a la adquisición de un conocimiento. Sabemos desde hace varios años que una educación concebida como una elección de información, difundida a menudo sin discriminación y no fundada en un estudio del medio ambiente, no sólo resulta ineficaz, sino que puede ser peligrosa en numerosos casos, por el peligro de crear un fenómeno de atracción (curiosidad, transgresión de las prohibiciones). La educación preventiva no tiene por objeto, por tanto, la adquisición de nuevos conocimientos —las lecciones de química relativas al etanol (alcohol etílico), ¿han contribuido alguna vez a la acción preventiva?—, sino provocar una modificación del comportamiento y, en numerosos casos, del comportamiento futuro, a la salida de la institución educativa.

En consecuencia, la educación preventiva contra el abuso de las drogas forma parte de un conjunto de acciones educativas de carácter multidisciplinario relativas a problemas sociales que guardan relación con diversos aspectos de la calidad de la vida, como la educación relativa al medio ambiente, la educación en materia de población, la educación relativa a la salud, la nutrición y el bienestar físico, la educación cívica y la educación ética. Debido a todas estas características específicas, apenas resulta posible proponer modelos, reconocer un enfoque ni prejuzgar la eficacia de tal o cual actividad. La eficacia está, en efecto, condicionada por el contexto

La eficacia de cualquier actividad preventiva está condicionada por el contexto educativo (tipo de educación, modelo pedagógico, clima educativo y de relación, medios disponibles, formación y disponibilidad del profesorado, etc.) y el medio ambiente sociocultural.

³ *L'educateur et l'approche systématique; Manuel pour améliorer la pratique de l'éducation*, 2.^a ed. rev. y aum., París, Unesco, 1981.

educativo y el medio ambiente sociocultural. En cambio, cabe afirmar que toda actividad no adaptada al contexto está destinada a la ineficacia.

Con todo, ha parecido interesante, a partir de la rica y diversificada documentación reunida por la Unesco, tratar de establecer una tipología razonada de las acciones educativas relacionadas con la utilización de las drogas. Esta tipología debería permitir a todos los interesados en los problemas de la educación preventiva, sea cual sea el nivel de decisión al que se sitúen —responsables nacionales o regionales, especialistas en elaboración de los programas, directores de establecimientos o responsables de asociaciones, personal docente, educadores, padres—, situar su experiencia con relación a otras experiencias de la comunidad internacional. En los cuadros 1, 2 y 3 que figuran a continuación se presenta de manera esquemática esa tipología, organizada según los tres ejes que se indican:

Cuadro 1: Estrategia educativa adoptada o enfoque educativo.

Cuadro 2: Públicos destinatarios.

Cuadro 3: Tipo de actividad y de material didácticos.

Esas tres dimensiones están mutuamente relacionadas, es decir, que ciertos enfoques se utilizan más frecuentemente para ciertos tipos de públicos, y ciertos tipos de actividades y de material son a menudo específicos de ciertos públicos y de ciertos enfoques.

1. Distintos enfoques en materia de Educación Preventiva

En el cuadro 1 se distinguen tres enfoques principales para la realización de actividades preventivas en la educación:

Un **enfoque directo** centrado en las sustancias. Consiste en tratar específicamente, en la enseñanza y en el curso de actividades extraescolares, de las diversas nociones relacionadas con la naturaleza y la utilización de las drogas. En lo que respecta a las sustancias lícitas, tiene por objeto promover la abstinencia o el autodomínio del consumo.

Un **enfoque alternativo** que tiende a actuar sobre el medio ambiente inmediato. Parte de la hipótesis de que el

abuso de las drogas es una de las manifestaciones de la inadaptación al medio ambiente y a la sociedad, al igual que la violencia, el vandalismo y el robo. Ese enfoque, que no pone el acento en las drogas, tiende a facilitar la inserción en la colectividad mejorando la participación en las responsabilidades y la toma de decisiones individuales, proponiendo actividades de índole intelectual, social, cultural o recreativa que puedan reemplazar el consumo de drogas.

(Estos dos primeros enfoques no son selectivos y se dirigen al conjunto de la población, sin distinción entre utilizadores y no utilizadores.)

Un **enfoque indirecto y selectivo** en el que la acción educativa está individualizada y en la que participan adultos, profesores, educadores especializados o animadores de movimiento de jóvenes, padres, e incluso, algunas veces, personas que influyen en las opiniones del grupo. El postulado de base es que hace falta ayudar al alumno o al joven vulnerable. Supone una cooperación activa entre los diversos agentes de la acción educativa y, en particular, entre la escuela, la familia y la comunidad.

Esos diferentes enfoques no son exclusivos, sino complementarios, y deben reforzarse recíprocamente; en particular, el enfoque indirecto y selectivo parece un complemento necesario de los otros dos.

Para facilitar el análisis, hemos distinguido diversas modalidades de aplicación con respecto a cada uno de esos tres enfoques. Esas diferentes modalidades son particularmente importantes en el caso de un enfoque directo, ya que reflejan muy a menudo opciones pedagógicas. Las principales modalidades de aplicación del **enfoque directo** son las siguientes:

- Enseñanza particular relativa a la naturaleza y a los efectos de las drogas.
- Sensibilización e información científica con respecto a las drogas en el marco de los programas de educación relativos a la higiene, la salud y la nutrición.
- Inclusión de elementos relativos a los efectos del abuso de las drogas en los programas de educación ética, religiosa o cívica.

- Programa de “infusión”, es decir, encaminado a integrar nociones relativas a las drogas siguiendo una progresión sistemática y multidisciplinaria en los contenidos de la enseñanza de diversas disciplinas: lenguas y literatura, historia, geografía, química, biología, disciplinas estéticas, etc.
- Educación multidisciplinaria relativa a la calidad de la vida y destinada a crear comportamientos positivos con respecto a ciertos problemas sociales como los problemas demográficos, del medio ambiente y del consumo de drogas.
- Actividades extracurriculares o extraescolares, encuestas y reportajes (visita de hospitales o de servicios en los que se atiende a los toxicómanos), clubs de salud, campamentos de salud.
- Información relativa a la índole y a los efectos de las drogas facilitada con ocasión de actividades educativas destinadas a los adultos (alfabetización, cursos de readaptación o de calificación profesional). La Organización Internacional del Trabajo (O. I. T.) realiza numerosas actividades en esta esfera, sobre todo en lo que respecta a la lucha contra el alcoholismo en las empresas.

En cuanto al **enfoque alternativo**, conviene distinguir las modalidades de aplicación siguientes:

- Mejora de la vida escolar, establecimiento de mejores relaciones entre los alumnos, los profesores y el personal; participación de los alumnos en las decisiones relacionadas con el reglamento interior, la disciplina o la elección de actividades.
- Clubs de actividades dirigidas: astronomía, protección de la Naturaleza, informática, modelismo, etc.
- Disminución de los factores de riesgo: apertura de hogares socioeducativos en los que se sirvan refrescos, organización de actividades recreativas (danza, música, teatro, artes, artes marciales, excursiones, viajes, etc.).
- Organización de actividades socialmente útiles en el establecimiento o en la comunidad: tutoría entre alumnos de promociones diferentes o de la misma promoción, ayuda a los enfermos, a los minusválidos, a las personas de la tercera edad, etc. Estas actividades tienen particu-

lamente por objeto prevenir comportamientos que provocan la marginalización de los toxicómanos, de los minusválidos o de las personas de edad.

- Orientación escolar y profesional, colocación de los jóvenes durante los períodos de vacaciones.
- Las modalidades que tienden a disminuir los factores de riesgo y a proponer actividades de sustitución al consumo de drogas son particularmente importantes en los programas de prevención destinados a poblaciones de jóvenes vulnerables del medio urbano, sobre todo en ambientes de rápida urbanización.

En el **enfoque indirecto** y **selectivo**, cabe distinguir actividades destinadas a:

- Sensibilizar al personal docente, los educadores y los responsables de movimientos juveniles ante problemas relacionados con el uso de las drogas y mejorar la comunicación interpersonal (dinámica de grupo, adiestramiento para saber escuchar y dialogar, etc.). La Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) lleva a cabo actividades de este tipo destinadas al personal sanitario, sobre todo en los países en desarrollo.
- Sensibilizar a los padres en esos problemas y mejorar su capacidad de comunicación con sus hijos (reuniones de padres, escuelas de padres, asociación de padres de alumnos).
- Nombrar en un establecimiento escolar, en el seno de esos movimientos o en la comunidad, a consejeros especialmente preparados para hacerse cargo de los alumnos, los jóvenes o los adultos que presentan problemas de inadaptación.

2. Públicos a que están destinadas las actividades de Educación Preventiva

El cuadro 2 propone una distribución por categorías de los públicos a quienes están destinadas las actividades de educación preventiva. Sólo hace falta hacer a ese respecto algunas observaciones. Se observará que, además de una distinción por grupos de edades, se hacen otras distinciones relacionadas con las estructuras del auditorio, que determinan la naturaleza de los mensajes dirigidos a los diferentes grupos: se hace así una distinción entre los auditorios “cautivos” o

“semicautivos” de la enseñanza escolar y las actividades extraescolares, y los auditorios “no cautivos”, sea que estén organizados en movimientos y asociaciones o no organizados como los auditores de las cadenas de radio y telespectadores. Toda actividad educativa destinada a un público “no cautivo” debe primeramente atraer la atención del auditor para retenerlo mejor.

3. Tipos de actividades y materiales utilizados

El cuadro 3 presenta los tipos de actividades pedagógicas que pueden servir para la acción preventiva, así como los materiales didácticos utilizados tanto para actividades de información como para actividades educativas propiamente dichas. La diferencia entre material de información y material didáctico consiste en que el primero debe bastarse a sí mismo, como por ejemplo un cartel o una octavilla, mientras que el segundo se sitúa en una progresión pedagógica, da lugar a una preparación y es objeto de una actividad continua. No obstante, todo material de información puede integrarse en una progresión pedagógica.

Los tipos de actividades pedagógicas del cuadro 3 están relacionados casi exclusivamente con el primer enfoque —enfoque directo— y estrechamente vinculados a las modalidades de aplicación. No existen actividades pedagógicas características de la educación preventiva en el caso de un enfoque alternativo, el cual se vale de una pedagogía activa. Por último, en lo que respecta al enfoque indirecto, al margen de algunos materiales destinados a la información y a la sensibilización (folletos, revistas), se dispone de poca información y de escasos estudios de casos que permitan determinar las actividades y los materiales utilizados.

Entre los diferentes tipos de actividades pedagógicas, hace falta señalar el lugar importante que ocupan las actividades abiertas: descubrimiento, investigación, debate, simulaciones. Esas actividades, que tratan de reforzar la autonomía de los alumnos y de los jóvenes, de permitirles manifestarse y asumirse, son a menudo suscitadas por medio de materiales educativos que tienden a provocar una reacción, a sostener un debate, como los conjuntos multimedia, los videocasetes y las películas de ficción o los reportajes.

Por último, en cuanto a los materiales didácticos, algunos son producidos por los profesores en las escuelas, pero la mayor parte son elaborados por institutos nacionales especializados en la prevención de los problemas internacionales. Muy raramente esos materiales didácticos son elaborados por institutos o editores responsables de la aplicación y producción de los materiales didácticos utilizados corrientemente por los establecimientos de enseñanza, como los manuales escolares o los materiales audiovisuales.

4. Conclusión

Esto indica que la educación preventiva contra el abuso de las drogas sigue siendo un componente agregado a los programas de enseñanza y a las actividades de educación extraescolares y constituye una carga adicional. La educación preventiva requiere, por lo tanto, en la mayor parte de los casos, medios especiales, sobre todo en el plano financiero, y suele seguir estando a cargo de instituciones que no dependen de las autoridades educativas. Esta situación obstaculiza una generalización de la acción educativa en esta esfera, y la mayor parte de las actividades y de los materiales enumerados tienen todavía un carácter experimental y un alcance limitado. Por ese motivo, la Unesco se esfuerza por promover progresivamente la integración de la educación preventiva en los programas de enseñanza escolar y de educación extraescolar con el fin de garantizar su desarrollo generalizado y su inclusión en los presupuestos ordinarios de educación.

Sea cual sea el enfoque, el público y la actividad o el marco de la acción, el objetivo de la educación relativa al uso de las drogas es contribuir, por medio de una acción continua de sensibilización, información y formación de jóvenes y adultos, a reducir la demanda de drogas y de estupefacientes. Esa educación consiste, pues, en lo esencial, en un proceso continuo y requiere una acción larga y tenaz. La evaluación de los resultados no es fácil, ya que la medición de los conocimientos es de una utilidad muy relativa, y un análisis de la reducción de la demanda, que sólo puede efectuarse después de un período bastante largo, raras veces permite aislar la parte que corresponde a la acción educativa dentro de una política global de prevención. Por ese motivo, suele resultar difícil persuadir a los órganos rectores, y en particular a los

Con el fin de garantizar un desarrollo generalizado y continuado de los programas de educación preventiva, éstos deben estar integrados en los programas normalizados del propio sistema educativo.

No se puede disminuir la demanda de drogas sin una acción educativa real con los jóvenes y los adultos.

responsables de la educación, de que inicien actividades en esta esfera y de que les asignen los recursos necesarios. Sin embargo, está demostrado —y numerosas personas dedicadas a la lucha contra el uso indebido de las drogas lo atestiguan— que una reducción duradera de la demanda de drogas no se puede obtener sin una acción educativa real con los jóvenes y los adultos. Esta debería consagrarse a investigar y dar a conocer las causas, tanto profundas como inmediatas, del recurso a las drogas, ayudar a los jóvenes y a los adultos a resolver sus dificultades, a elegir por sí mismos y a conducir su existencia sin recurrir a las drogas, así como facilitar la participación de todos los miembros de la comunidad en las actividades de prevención.

La tipología razonada que se presenta en este capítulo está ilustrada por el panorama mundial de las actividades de educación preventiva que figura en el anexo del presente estudio. Ese panorama está constituido por una selección de diversas acciones educativas aplicadas en los contextos socio-culturales y económicos más diversos y que prueban la enorme variedad de enfoques y de tipos de actividades que se realizan a través del mundo en este campo.

Educación de Drogas: Prevención
UNESCO, 1987 (París).

CUADRO 1: Diferentes enfoques en materia de educación preventiva contra el uso de drogas y estupefacientes

1. Enfoque directo centrado en las drogas

Las acciones educativas pueden llevarse a cabo por diversos medios:

- 1.1. Cursos especiales.
- 1.2. Educación en materia de higiene y de salud.
- 1.3. Educación ética, religiosa o cívica.
- 1.4. Inserción en diversas disciplinas: Letras, Ciencias Sociales, Ciencias Exactas...
- 1.5. Educación relativa a la calidad de la vida.
- 1.6. Actividades extracurriculares o extraescolares.
- 1.7. Actividades educativas destinadas a los adultos.

2. Enfoque alternativo tendente a modificar el medio ambiente inmediato

La acción educativa puede tener por objeto:

- 2.1. Mejorar la vida escolar.
- 2.2. Ofrecer actividades complementarias en los clubs de actividades dirigidas.
- 2.3. Disminuir los factores de riesgo por medio de la organización de actividades recreativas.
- 2.4. Organizar actividades socialmente útiles.
- 2.5. Facilitar la integración social y profesional por medio de servicios de orientación y de colocación.

3. Enfoque indirecto y selectivo centrado en la persona

La acción educativa tenderá más especialmente a:

- 3.1. Sensibilizar al personal docente, a los educadores y a los responsables de los movimientos juveniles.
 - 3.2. Sensibilizar a los padres.
 - 3.3. Designar consejeros de los jóvenes o de los adultos.
-

CUADRO 2: Públicos a que están destinadas las actividades de educación preventiva contra el uso de drogas y estupefacientes

<i>Enseñanza escolar y académica</i>	<i>Edad</i>	<i>Actividades extraescolares fuera de la institución</i>
Primaria	6-12	Niños
Secundaria primer ciclo	12-15	} Jóvenes de un medio urbano o rural
Secundaria segundo ciclo	15-18	
Postsecundaria	> 18	Jóvenes adultos
Personal docente		Formadores y educadores
 <i>Asociaciones, movimientos y organizaciones</i>		
Movimientos juveniles		
Asociaciones profesionales		
Organizaciones confesionales		
Asociaciones deportivas, culturales, etc.		
Asociaciones de padres, movimientos femeninos		
 <i>Público en general</i>		
Jóvenes		
Padres		
Consumidores		
Auditores de cadenas de radio y telespectadores		
Lectores de prensa: periódicos, revistas, etc.		

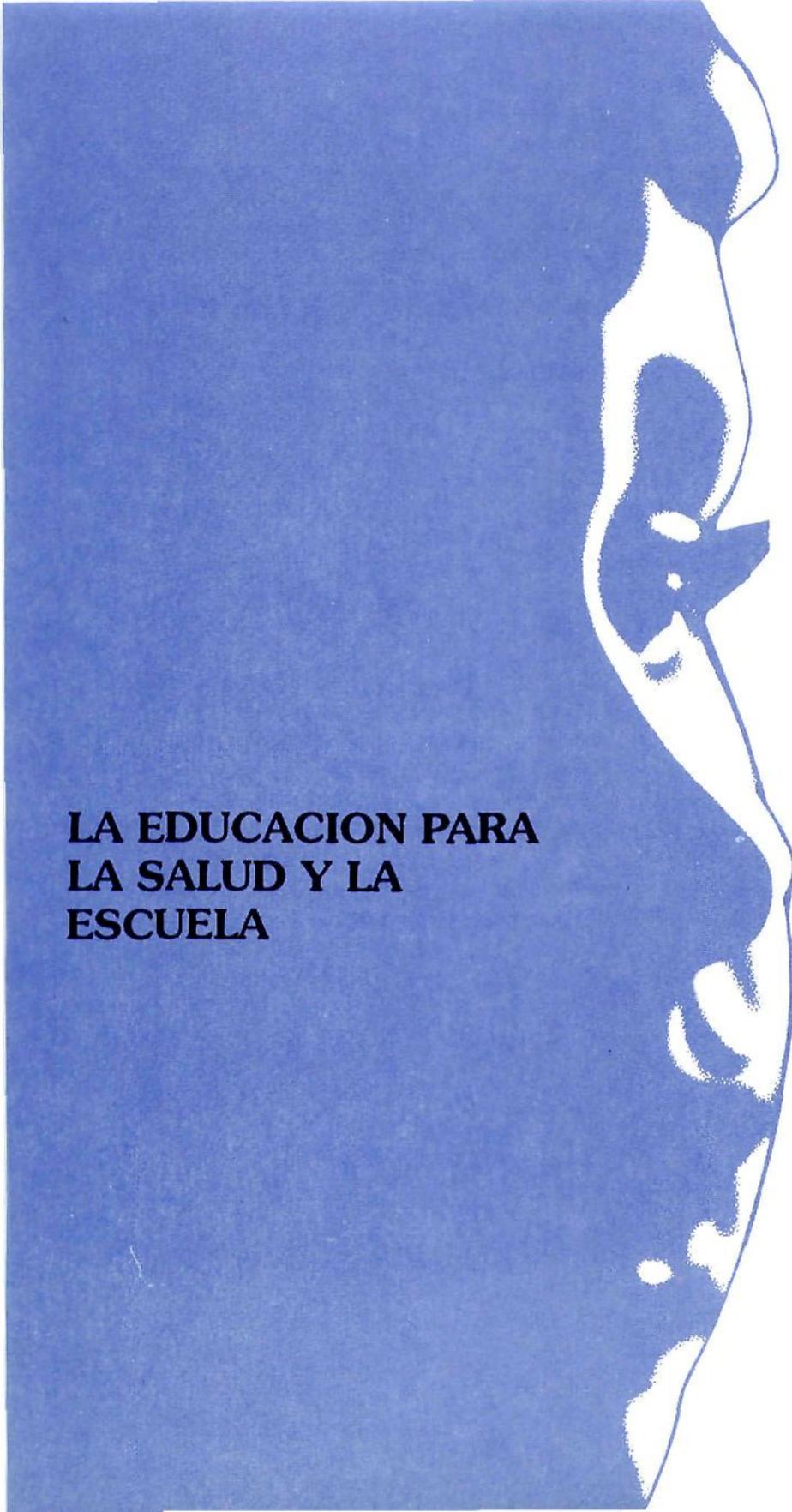
CUADRO 3: Tipos de actividades y materiales para acciones de educación preventiva contra el uso de las drogas y de los estupefacientes

1. *Tipos de actividades:*

- 1.1. Lecciones y clases de cátedra.
- 1.2. Dibujos, "colages".
- 1.3. Fabricación de carteles y octavillas.
- 1.4. Actividades de observación y autoobservación.
- 1.5. Análisis de documentos.
- 1.6. Experimentos científicos.
- 1.7. Encuestas sobre el terreno.
- 1.8. Debates sobre un suceso o en torno a un programa audiovisual.
- 1.9. Psicodramas y expresión corporal.
- 1.10. Dinámica de grupo.
- 1.11. Campamentos de salud.

2. *Forma de los materiales:*

- 2.1. Material de información.
 - Lemas.
 - Octavillas.
 - Carteles.
 - Dibujos infantiles.
 - Folletos.
 - Películas, programas de televisión.
 - Revistas especializadas.
 - 2.2. Material didáctico.
 - Lecciones modelo.
 - Guías del maestro.
 - Hojas de ejercicios.
 - Expedientes que incluyen información de base, directrices pedagógicas e indicación de fuentes de información complementaria.
 - Conjuntos multimedia.
 - Videocasetes.
 - Películas y emisiones de televisión.
 - Canciones.
-



**Tercera
Parte**

**LA EDUCACION PARA
LA SALUD Y LA
ESCUELA**

La educación para la salud: un instrumento de actuación

Francesca Mata. Pedagoga. IGIA.
Pilar Solanes. Médica. IGIA

1. Conceptos básicos. Objetivos

«Educar», una sencilla palabra. Digamos que la concentración y proyección sobre el momento —ahora y aquí— de la persona del profesor (que no sólo su palabra, ni sólo su saber, sino su ser, su haber, su querer y su esperar), de la persona de los alumnos (que no sólo su capacidad intelectual y de atención, sino sus intereses, sus experiencias pasadas, su proyecto de vida o su ausencia de proyecto, su equilibrio psicobiológico de los doce o su desequilibrio de los catorce...), de unos programas, unos métodos y unos recursos didácticos, en un “clima” que se define por campos de relación complejos e inestables entre iguales, entre profesores y padres, todo ello mezclado en dosis de influencia cambiante en función de circunstancias internas o externas al sistema. “Educar”, una sencilla palabra.»

Este párrafo, que transcribimos del libro *Prevención de las toxicomanías y educación*, de Pedro Oñate, creemos que expresa la complejidad del acto de educar dentro del marco escolar.

Desde esta perspectiva tan compleja nos interesa desarrollar este apartado, dado que, a veces, nuestra tarea cotidiana puede hacernos perder de vista el complicado proceso en el que se inserta el trabajo del profesorado.

A partir de una concepción de la salud, como estado de bienestar físico, mental y social, trabajar en su ámbito implica moverse desde una estrategia *más global de promoción de la salud* y desde una estrategia *más concreta de prevención de la enfermedad*.

Entendemos la promoción de la salud como el *proceso* que tiene como objetivo capacitar al individuo y a la comunidad para que aumente el control sobre los determinantes de la salud (ambientales, económicos, políticos, individuales) y, por

lo tanto, los mejoren, y la prevención de la enfermedad como el conjunto de actuaciones diseñadas para reducir los factores generales de riesgo de enfermedades específicas.

El refuerzo de los factores personales para que se disminuya el riesgo de contraer la enfermedad y, por tanto, reducir también las consecuencias de ésta, una vez ya esté instaurada.

Dentro de esta graduación, que va desde la promoción de la salud hasta la prevención de la enfermedad, podemos llevar a cabo diferentes actuaciones, siendo tal vez la más completa la educación para la salud, que se define como: "Aquel proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y a responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones que tienen efectos directos e indirectos sobre la salud física y psíquica de las personas y de la colectividad" ¹.

Así pues, la educación para la salud se puede entender como un instrumento para estimular la participación de los grupos con los que trabajamos (padres, alumnos, etc.), favoreciendo en ellos una actitud crítica y responsable.

"Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación a la salud, y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud. No se dirige solamente a los individuos, sino también a los grupos, organizaciones y comunidad en general.

Es una herramienta esencial tanto para la prevención como para la promoción de la salud" ².

Por todo ello, creemos coherente incluir la educación sobre drogodependencias en el marco global de educación para la salud. No sólo por cuestiones teóricas, sino también por lo que de positivo tiene evitar el peligro de etiquetación y dramatización que un tratamiento aislado del tema conlleva.

¹ A. Sepilli, 1970.

² AJUNTAMENT DE BARCELONA, Area de Joventut i Esports: *Protocol d'anàlisi de projecte desde l'òptica de promoció de la salut...* Julio, 1988.

En este sentido, y para finalizar la introducción conceptual, tomamos la definición que de la educación sobre drogas hace la UNESCO (1986):

“La educación sobre drogas consiste en la puesta en marcha de mecanismos apropiados para asegurar la formación o el desarrollo de los individuos o grupos sociales dentro de una óptica de promoción de la salud colectiva, con el objetivo explícito de reducir la demanda de drogas”³.

2. El centro educativo como marco de promoción de la salud

En numerosas publicaciones relacionadas con la promoción de la salud se hace referencia a la idoneidad del marco escolar como canal de promoción de la salud.

En la educación escolar hay muchos elementos no cognitivos en juego, aun cuando la mayor parte de las veces éstos no sean objetos de programación, atención metodológica y evaluación.

Estos elementos configuran un ambiente que se traduce en determinadas relaciones humanas, en niveles de gratificación o de frustración de todos los miembros de la comunidad educativa y en intereses satisfechos o insatisfechos por la vida escolar.

Esta observación nos obliga a tener en cuenta otras variables distintas a las de mero contenido, objetivos y métodos en el momento de plantear los “programas” de prevención. Y, por lo tanto, debemos admitir (siguiendo a Oñate, anteriormente mencionado) «elementos mucho menos nítidos, pero —parece ser— más decisivos respecto al propósito educacional, aludiendo al “clima” del aula y del Centro, *al nivel de credibilidad y confianza del profesorado para con los alumnos, a la personalidad misma del personal docente, a la relación escuela-vida* (relación de presente y relación de perspectiva mirando al futuro), *compatibilidad y complementariedad de escuela y medio familiar y social*, por un lado; perspectivas de validez para el futuro de las enseñanzas explícitas e implícitas promovidas por el medio escolar».

³ UNESCO, 1986.

Todos estos otros factores, que configuran un “clima” particular, harán posible, en mayor o menor medida, la credibilidad de las acciones preventivas realizadas en la escuela.

En esta línea nos parece importante subrayar las reflexiones de Trefor Williams en uno de sus trabajos ⁴:

“...Dentro del contexto de la sociedad europea es fácil, si no habitual, echar la culpa de muchos de nuestros problemas de salud, recientemente adquiridos, a la inadecuación, las deficiencias y la falta de percepción de nuestros servicios médicos y sanitarios. La realidad de la situación es, sin embargo, que lejos de deberse al fallo de la medicina, algunos de nuestros mayores problemas sanitarios se deben más a la inadecuación e ineptitud de nuestras redes de comunicación, de educación y del proceso de socialización. Por ejemplo, las consecuencias personales y sociales consecutivas al abuso de drogas, tabaco y alcohol se reconocen ampliamente; la asociación entre promiscuidad y la diseminación de las enfermedades de transmisión sexual está bien documentada; el estilo de vida que lleva al comienzo de la cardiopatía se ha aceptado e investigado ampliamente; los trastornos emocionales que resultan de la incapacidad de afrontar los diarios conflictos sociales y de relación se han aclarado bien y aceptado.

La mayoría de estos temas y de otros muchos con ellos relacionados no se deben técnicamente a un fallo de la medicina: realmente, los estudios clínicos y epidemiológicos no han dado claras directrices para la acción preventiva.

El fracaso real —y esto se tipifica por nuestra actual preocupación por el abuso de las drogas— se debe a nuestra casi total incapacidad de traducir a la práctica el conocimiento que tenemos a través de muchas instituciones que existen en nuestras sociedades, inclusive la educación. Con esto no se pretende decir que las escuelas y los maestros solos puedan resolver los problemas de salud ni que sus voces sean las más importantes en la materia.

Sin embargo, las escuelas tienen poderosas influencias sobre niños y jóvenes, que, cuando se juntan con las de la

⁴ T. Williams: *Educación sanitaria: el maestro, la escuela y la comunidad*. Universidad de Southampton.

familia y la comunidad en su conjunto, pueden ser realmente muy influyentes. Las escuelas deberían considerarse como un elemento importante de las muchas influencias sobre la conducta sanitaria que existen en la sociedad, pero su eficacia para la promoción de la salud es probable que esté estrechamente relacionada con la importancia que se concede a la educación sanitaria por los maestros y las escuelas dentro de su propia escala de valores.”

Si profundizamos en la concreción del tema objeto de este informe, también encontramos diversos autores que expresan la idoneidad de la escuela como canal para la educación sobre la prevención de las drogodependencias.

En este sentido resulta adecuada la síntesis que realiza Pedro Oñate en la obra citada anteriormente, y que transcribimos a continuación:

“... si se supone que el consumo —y más el abuso— de drogas tiene que ver con el complejo de factores que configuran el comportamiento individual (como fruto de determinadas decisiones del sujeto, condicionadas en mayor o menor medida por presiones sociales, actitudes, intereses y hábitos), nada podría ser más aconsejable que tratar de influir sobre el ciudadano en el momento en que está aprendiendo a tomar sus propias decisiones, en que está aportando los elementos que van a perfilar el boceto de su propia autonomía, en que está adquiriendo la capacidad de responder críticamente a las presiones del medio; en una palabra, el momento en que se cuenta con mayor flexibilidad de actitudes y hábitos. Y todo ello parecería tener lugar, precisamente, en los años de escolaridad. (No es necesario aludir a que el reducido porcentaje de población todavía excluido del ejercicio del derecho a la educación, que constituye un “grupo de alto riesgo” según todos los indicios, por ese mismo hecho —un mero síntoma, por lo demás—, encontraría en la educación el más urgente apoyo preventivo.)

Una razón más es el hecho de que las edades a las que alcanza ya el inicio del consumo, e incluso las primeras dependencias, son cada vez más edades escolares. Si la escuela no puede vivir de espaldas a la vida, tampoco debe evitar hacer frente con sus propios medios a un problema que afecta a la propia vida y justamente en las dimensiones más vinculadas a la misión que la escuela pretende servir: madu-

ración de la personalidad, conformación de la propia autonomía, construcción de las bases para el responsable ejercicio de la libertad, etc.

Todas estas consideraciones, y muchas más que pueden leerse en la documentación al uso, podrían multiplicarse añadiendo referencias a la ventaja de las medidas preventivo-educativas respecto a las terapéuticas en la relación costo/beneficio, con alusión al muy superior costo personal y social de la dependencia y de su "curación", además del riesgo de accidentes dramáticos o de "finales previsibles". Todo lo cual vale para la prevención educativa, sin duda, pero también para las otras dimensiones de la prevención primaria, que no debieran minusvalorarse...»

Todo ello, sin embargo, es cuestionado a menudo por algunos autores, ya que la experiencia ha puesto de relieve las dificultades de la institución escolar para asumir la educación sanitaria de forma eficaz. En general, su actuación se ha reducido a charlas o conferencias magistrales, o con apoyo de medios audiovisuales, y no se ha realizado ningún tipo de evaluación (Edward E. Bartelett, 1981) ⁵.

También autores citados anteriormente, como A. Vega, R. Mendoza ⁶, hacen un análisis crítico de la aportación a este tema llevada a cabo hasta ahora por gente de la escuela. Pero siempre desde una postura positiva, señalando alternativas que puedan ofrecer resultados más esperanzadores que los conseguidos hasta ahora mediante una educación sobre las drogas centrada básicamente en la información que, además, no siempre ha estado correctamente transmitida.

3. Tratamiento de la información

Uno de los elementos básicos de la acción educativa es la información, el conocimiento. El conocimiento es fundamental para la aceptación crítica de nuevos comportamientos.

La información por sí misma no asegura la abstinencia o el consumo moderado de drogas, ya que en la decisión de consumir o no intervienen muchos otros factores. A veces

⁵ E. Bartelett: *American Journal of Public Health*. Diciembre, 1981.

⁶ A. Vega y R. Mendoza, 1979.

grupos con un alto nivel de información consumen de forma excesiva ciertas drogas (médicos, maestros...).

Por otra parte, una buena información es condición indispensable para poder decidir libremente acerca del consumo de drogas. Propiciar una elección informada no quiere decir, desde luego, que al usuario (al alumno) se le ofrezca simplemente información sobre riesgos para la salud y luego se le deje solo en el momento de tener o no en cuenta los hechos que se le han expuesto. Una práctica educativa integral implica asegurarse que cualquier información que se dé sea comprendida. M. A. Tones (1985) ⁷.

Siguiendo los criterios del comité de expertos de la O. M. S. ⁸, así como de otros autores (Modolo ⁹; Mendoza ¹⁰), vamos a revisar algunas orientaciones sobre las características generales que ha de tener la información sobre drogas en la escuela:

- La veracidad y la integridad son requisitos fundamentales para una correcta información científica con fines educativos.
- Una información sanitaria es “verídica” cuando se mantiene dentro de los límites de las adquisiciones científicas, sin ser deformada por el educador. Así, la afirmación “quien fuma muere de cáncer de pulmón o de infarto” es falsa y no debe utilizarse con “buenos fines” en el tratamiento del tema del tabaco en clase. Sin embargo, es verdadera la afirmación de que “el tabaco aumenta la posibilidad de morir de infarto o de cáncer”.
- La fuente del mensaje debe ser considerada, a la vez que bien informada, digna de crédito.
- La capacidad de adquirir información se desarrolla en la escuela. Su tarea general es trabajar en la educación sobre drogas, madurar en los jóvenes una mentalidad científica que les haga capaces de evaluar y criticar las informaciones procedentes de otros medios.

⁷ M. A. Tones: “Health Education: prevention or subversion”, en *Royal Society Health*, 1981.

⁸ O. M. S., 1974.

⁹ Modolo, 1976.

¹⁰ Mendoza, R., 1983.

- La información ha de ser apropiada al nivel de desarrollo y de conocimientos de acuerdo a la experiencia y exposición al riesgo de los receptores, y debe ser facilitada en función de las necesidades.
- Presentar de forma repetida una información sobre una situación poco común, independientemente de cómo se lleve a cabo esta presentación, puede ser motivo suficiente para aumentar el atractivo de la situación y producir, así, un efecto contrario al deseado.
- Motivación para aceptar la información. Se tiende a aceptar una información y a prestar atención a un problema, si con ello se satisface la necesidad originaria o fundamental. Es necesario elegir una aproximación positiva, constructiva, que satisfaga las aspiraciones del grupo.
- Superar los obstáculos y resistencias culturales y psicológicas hacia un tema específico. Los jóvenes poseen generalmente un amplio repertorio de conocimientos. La mayor parte corresponde a lo que se denomina como “estereotipos sociales sobre la droga”, y, evidentemente, la profundización en tales estereotipos no amplía la información real, o al menos no contribuye a que la información les permita tomar decisiones libres y responsables.
- Por otro lado, existe la dificultad de que toda la población, los jóvenes incluidos, sólo cree que es buena aquella información que refuerza sus actitudes y creencias.
- Al afrontar de forma concreta los problemas será necesario redimensionar gradualmente las verdades surgidas de las viejas experiencias, presentar nuevas experiencias, desdramatizar algunos elementos y ofrecer cauces positivos, discutir las fuerzas que impiden aceptar el nuevo comportamiento. (Por ejemplo, en el caso del tabaco, descubrir y discutir la publicidad indirecta.)
- La información relativa al uso de la droga hay que facilitarla siempre en grupos lo suficientemente reducidos como para poder establecer una comunicación eficaz, es decir, adoptar un criterio más educativo que informativo.

4. El profesor/a como agente de promoción de la salud desde la acción educativa

De acuerdo con el apartado anterior, la escuela se dibuja como un canal adecuado para la promoción de la salud en general y para la prevención de las drogodependencias en particular, donde el maestro o profesor tiene un papel capital, fundamental.

No se puede olvidar que la tarea educativa del maestro está dentro de un conjunto de acciones y de agentes: padres, compañeros, televisión...y un sinfín de elementos que inciden de forma directa o indirecta en el desarrollo del niño o del joven.

Diariamente, el maestro recibe un sinfín de propuestas, todas ellas interesantes, sobre temas susceptibles de ser tratados en clase. Uno de ellos es la educación sobre drogas. Este viene condicionado por la presión social de padres, medios de comunicación, responsables políticos..., que hacen que su abordaje resulte complejo.

Una de las principales dificultades para tratar el tema de la educación sobre drogas es la existencia de unos programas escolares extensos que en principio no prevén la incorporación de este tema como uno más.

Esta dificultad parece que en los próximos años desaparecerá, puesto que en la reforma de la enseñanza que se está discutiendo en estos momentos se incorpora la educación para la salud.

A continuación anotamos algunos aspectos fundamentales a tener en cuenta para trabajar este tema en clase:

1. La actitud del maestro respecto a las diferentes drogas y consumo debe ser coherente con la información que acerca de ellos se ofrece. Una información correcta sobre el tabaco, acompañada de una actitud ambivalente respecto al consumo, puede neutralizar la acción del mensaje.
2. En la educación sobre drogas es más importante el análisis de las propias actitudes, la discusión y confrontación con los demás, que el conocimiento teórico de informaciones sobre drogas.

3. En el marco habitual de la relación entre el profesor y el alumno es conveniente conseguir una aproximación que genere un clima de confianza que permita la expresión espontánea del alumno de sus vivencias, problemas, dificultades..., sin recelo alguno, sin que ello implique un cambio de papeles.

5. Sobre la programación

Es tarea de los enseñantes integrar la educación sobre drogas en el conjunto educativo global, de manera que resulte costumbre y hábito de vida. Esto no excluye que, cuando sea preciso, los maestros recurran al asesoramiento de los especialistas. Tampoco excluimos ni negamos la posibilidad y utilidad de eventuales intervenciones directas siempre y cuando la intervención de un experto en el tema resulte indispensable para dilucidar las dudas planteadas por aquellos alumnos que hayan demostrado un especial interés.

La colaboración de los padres y del personal no docente del centro resulta imprescindible para el éxito de los programas que se lleven a cabo.

Este tema no ha de sobrecargar los planes de estudio, sino que debe incluirse en las áreas o asignaturas en curso. Es prioritaria, por lo tanto, una programación coordinada del equipo docente.

Por ejemplo, si queremos trabajar el alcohol podemos hacerlo en áreas como Geografía e Historia (importancia del alcohol a lo largo del descubrimiento de América...), Química (conocimiento del proceso de fermentación...), Ciencias Naturales (conocimiento de la metabolización hepática...), etcétera.

Pero ¿cuáles son los pasos para elaborar un programa? De acuerdo con el esquema propuesto por el Institute for the Study of Drug Dependence (Londres, 1974), éstos podrían ser:

1. *Valorar las características y necesidades de los alumnos (conocimiento de la realidad)*

Es importante conocer y consultar, previamente, iniciativas similares en el ámbito que queremos trabajar y sistemati-

zar los datos que ya conocemos del grupo a intervenir, tanto cuantitativos (edades, sexo...) como cualitativos.

El trabajo de prevención-información, entendido como proceso que tiende a afectar a toda una clase, sólo puede comenzar con un análisis atento y cuidadoso de la realidad: intereses de los alumnos, demandas explícitas, modelos de relación que se dan entre ellos (liderazgos, pautas de resolución de conflictos, pautas de identificación), análisis de anteriores intervenciones realizadas...

Todo ello se puede obtener a partir del trabajo cotidiano y si se considera oportuno ser complementado con un cuestionario sencillo que permita medir conocimientos, actitudes y hábitos de los alumnos. A fin de evitar efectos contrapreventivos, es preciso que éste no aporte más información de la que los alumnos ya tengan, así como ser cuidadoso, sobre todo si se refiere a drogas ilegales.

2. Concreción de los objetivos operativos (objetivos limitados)

La selección de los objetivos debe llevarse a cabo en función de las metas que el programa pueda alcanzar. Así, la elección de objetivos muy amplios o relacionados con las actitudes y comportamientos dificulta o imposibilita su evaluación, porque la correlación entre el área de conocimientos y la de actitudes o hábitos no muestra regularidades fiables ni consecuencias predecibles. Por eso es importante escoger objetivos limitados que más tarde puedan ser correctamente valorados. La estructura del resto del programa dependerá de la selección de estos objetivos, puesto que determinados objetivos demandan métodos concretos, un tipo de actividades, determinados modos de evaluación.

3. Selección y desarrollo de los métodos educativos oportunos

La selección de los métodos y actividades pertinentes en función de las características de los alumnos, de los objetivos propuestos, así como de los recursos disponibles y de todas las circunstancias que intervienen en el centro, es uno de los trabajos más complejos que lleva consigo la función docente.

Los métodos propios de transmisión de contenidos (charlas, clases tradicionales) se combinarán con otros destinados a favorecer la participación en la elaboración de criterios, el esclarecimiento de los valores personales por parte de los

alumnos, el ejercicio de la capacidad de crítica, las condiciones propias de la adopción autónoma de decisiones, la promoción de la capacidad de comunicación, etc.

Las técnicas de grupo son un instrumento muy válido en la educación sobre drogas, porque favorecen la comunicación de contenidos, la interacción de actitudes, ayudan a comunicarse mejor y a favorecer la búsqueda de alternativas.

Para finalizar este apartado queremos hacer especial hincapié en los criterios que deben tenerse en cuenta a la hora de llevar a cabo la selección o elaboración de materiales que apoyen y fomenten la metodología escogida.

4. Evaluación de los efectos de la educación

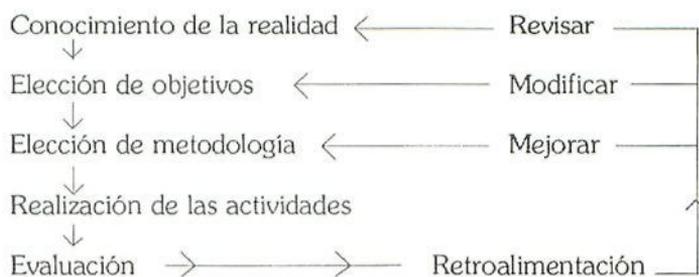
Evaluar es importante. Antes de iniciar una intervención, debe asumirse que tan importante es actuar como medir las consecuencias que con ello se deriven, y que no vale la pena trabajar el tema de las drogas por presiones circunstanciales, sin prever antes de qué manera va a influir en los alumnos nuestra intervención particular.

Será imprescindible dotarnos desde el inicio de la programación de los instrumentos necesarios para la evaluación, tanto cuantitativa (adquisición de conocimientos concretos...) como cualitativa (interés de los alumnos, participación...).

La evaluación de la intervención no tiene por qué significar una complicación. Puede realizarse a través de cuestionarios sencillos.

Los pasos para la evaluación de un proyecto aquí señalados no deben considerarse compartimentos estancos, sino que se interrelacionan todos entre sí.

Los pasos de un programa



(Fuente: Education Research Unit. Institute for the Study of Drug Dependence, 1974.)

“Un requisito fundamental en la programación sobre drogas es la necesaria participación en la elaboración (proceso) de los destinatarios. Lograr la máxima participación debe convertirse en una prioridad. La perspectiva del profesor, unida a la preocupación de subrayar el valor de las opciones vitales más “autónomas” y responsables, más solidarias respecto a la propia “salud” y a la de los demás, determinará las matizaciones imprescindibles —en función de la edad, medio...— a la asunción de los diferentes papeles por el conjunto de los participantes en la elaboración y aplicación del programa o las actividades” (P. OÑATE, 1984) ¹¹.

¹¹ P. Oñate, 1984.

La elaboración de materiales educativos

Imma Mayol. Psicóloga. IGIA

1. Introducción

La edición de materiales educativos ha sido y sigue siendo una de las primeras actividades que realiza un departamento, equipo o centro con funciones de prevención del abuso de drogas al iniciar su trabajo.

Ello explica el florecimiento de múltiples y variopintos materiales durante los últimos años, aunque seguramente sigue siendo insuficiente.

El desconocimiento y la complejidad del tema de las drogodependencias dificulta a menudo la planificación y realización de programas de intervención con objetivos definidos y larga duración, que permitan la validación del sistema de trabajo en base a la eficacia de los mismos. Por lo que las diferentes instituciones encuentran en la edición de materiales una salida airosa a la necesidad de "hacer algo" en el tema, que permita tranquilizar y tranquilizarse.

Parece que la sola existencia de dichos materiales pueda tener el efecto preventivo deseable.

Por razones de sobra conocidas por el equipo de profesionales a quien va dirigida esta intervención, el material no puede sustituir a los programas de prevención. Tiene un papel clave, puede ser muy útil como instrumento, pero *SIEMPRE COMO ELEMENTO COMPLEMENTARIO, NO COMO EJE CENTRAL*.

La elaboración es dificultosa, cuesta encontrar materiales bien diseñados con los contenidos adecuados para los objetivos que se pretenden, y con indicaciones rigurosas sobre las vías y contextos de distribución, aspecto tanto o más importante que los otros.

Por todo ello, en la jornada de trabajo que dedicamos a materiales pretendemos valorar los que ya existen para ver si son utilizables sobre la base de los objetivos que tenemos como equipo de trabajo, ver si los criterios que en este

documento se aportan sobre las fases de elaboración son adecuados y en su caso modificarlos y enriquecerlos, e identificar los materiales que se requieren como instrumento para la obtención de los objetivos que nos proponemos.

A continuación apuntaremos reflexiones, criterios, recomendaciones sobre análisis de material ya elaborado y diseño de material nuevo.

Para ello nos hemos basado fundamentalmente en tres documentos que resumen muy correctamente, a nuestro parecer, el estado del tema:

- Conclusiones del Seminario “Técnicas de elaboración de un programa de prevención: Análisis crítico de los folletos de información sobre las drogas”. Coordinado por Ramón Mendoza. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. Barcelona, 1983 (mecanografiado).
- “Conclusiones del grupo de trabajo sobre materiales didácticos: Análisis crítico y criterios para su realización”, de las Jornadas sobre la prevención de las drogodependencias: Experiencias internacionales, organizadas por el Grup IGIA en junio de 1985 (en prensa).
- Informe de la reunión sobre material de información y prevención celebrada el 15 de octubre de 1986 en Madrid, organizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

La redacción del texto es sintética, ya que tiene forma de recomendaciones concretas que, a nuestro parecer, no requieren excesiva explicación, sobre todo teniendo en cuenta la funcionalidad de este documento: servir como apoyo de la discusión de un grupo de trabajo sobre el tema.

2. Ideas generales respecto a los materiales

- No utilizar materiales de forma aislada.
- Es necesario que estén en función de los destinatarios.
- En la medida de lo posible, éstos han de permitir un uso polivalente.

- No deben ser materiales homogéneos para públicos heterogéneos.
- Mejorar aquellos materiales que, por sus características de flexibilidad y moldeabilidad, permitan convertirlo en adaptables a las características de cada grupo.
- Es fundamental la implicación de los destinatarios en lo que hace referencia a la elaboración del material.
- Aquello que es fundamental es el profesional motivado, no el material.
- Los materiales no pueden ni deben suplantar ni anular la creatividad del profesional, como tampoco la participación de los alumnos. Por el contrario, deben fomentarlas.

3. Criterios de análisis de materiales ya publicados

- ¿Es un material aislado, o forma parte de un programa más amplio? En este caso, ¿cuáles son sus objetivos?
- ¿Se ha realizado algún tipo de pre-test?
- ¿Es adecuado para los destinatarios a los que se dirige?
- ¿El mensaje es claro y comprensible?
- ¿Hay errores de contenido?
- ¿De qué didáctica va acompañado?
- ¿Qué valores explícitamente promueve?
- Resonancias que se supone provoca en el receptor.
- ¿Es atractivo para el lector, por lo que hace referencia a las ilustraciones, al estilo del texto, a la presentación general?
- ¿Estimula la comunicación en torno al tema propuesto?
- ¿Cumple los objetivos para los cuales fue diseñado?
- ¿Nos parece preventivo? En caso de duda, debemos resaltar y determinar los elementos contrapreventivos.

- Debe comprobarse que en este material consten los recursos (direcciones, bibliografías, material audiovisual, etc.) que permitan al lector seguir trabajando en el tema, solicitar más información, etc.
- ¿Llegó efectivamente el material a los destinatarios?

4. Fases a seguir en la producción de materiales divulgativos

1. Valorar la *necesidad* del material en el conjunto del programa. Algunas de las cuestiones que se plantean en el momento de iniciar esta valoración son las siguientes:
 - 1.1. ¿Pueden conseguirse los objetivos sin el material? ¿Hay ya instrumentos disponibles con una utilidad similar?
 - 1.2. ¿Tenemos medios adecuados y tiempo para hacerlo correctamente?
 - 1.3. ¿Llegará efectivamente a sus destinatarios?
 - 1.4. ¿Qué intereses subyacen en la edición misma del material?
2. Establecer con precisión los *objetivos específicos* de ese material.
3. Sondeo previo específico en una muestra de los destinatarios.
4. Elaboración en equipo multiprofesional, junto con algunos destinatarios, de este material divulgativo.
5. Darlo a revisar a otros profesionales involucrados en el tema.
6. *Experimentación* de una edición provisional del material divulgativo en una situación similar a la posterior utilización efectiva y real de este tipo de material. Esta experimentación puede hacerse dentro de la experimentación global del programa.
7. Hacer las modificaciones pertinentes y necesarias resultantes de la revisión y experimentación precedentes llevadas a cabo.

8. Edición definitiva del material.
9. Distribución por los canales acordados y en los momentos previstos ya anteriormente.
10. Utilización del material en el seno del programa.

5. Orientaciones sobre el contenido y forma

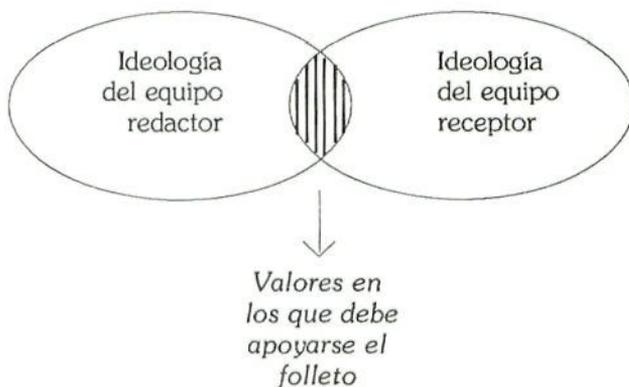
Estilo

- Títulos positivos y que susciten interés. Ejemplo: “Disfrutar de la vida sin humo”, en vez de “El tabaco amenaza tu salud”.
- Títulos personales, mejor que abstractos. Ejemplo: “¿Qué elegimos?”, mejor que “Las alternativas a las drogas”.
- Frases claras, sencillas, exactas; que sean difícilmente manipulables, incluso aunque se lean o se citen fuera de contexto.
- El texto debe contener pocas ideas y bien expresadas. Su lectura debe ser fácil, no sólo conceptualmente, sino también gráficamente.
- La redacción, ágil. Mantener el mismo estilo (coloquial, didáctico, etc.) a lo largo de todo el texto.
- Si el estilo es creativo e intenta captar la atención de personas que no estén previamente motivadas, conviene que el texto final sea revisado por un corrector de estilo.
- Evitar el tono moralista y el cientifista (aunque se base en determinados valores o en datos científicos). Informar sin tecnicismos, salvo que esté dirigido a profesionales.
- El tono didáctico pocas veces hace mella en el lector adolescente; mejor, un tono de aventuras o historiado. Utilizar un lenguaje próximo al que ellos emplean, pero sin caer en el argot; consideramos que el uso del argot debe estar restringido a los folletos dirigidos específicamente a los consumidores de drogas que los utilicen.

- Será más fácil amoldar el estilo del texto al lenguaje de los destinatarios cuanto más homogéneos sean éstos. Si se quiere llegar a una gran masa de la población, es mejor diversificar la oferta de folletos que no hacer uno para todos, si es que los medios lo permiten.

Tema

- El tema del folleto debe estar bien acotado. En general, es mejor que verse sobre una sola droga que sobre varias. Los folletos que engloban varias drogas suelen ser superficiales; si ello es necesario, mejor tratar sólo un aspecto específico (ejemplo: las drogas como contaminación).
- Hacer la redacción en equipo, para aumentar la calidad del texto y disminuir la probabilidad de que aparezcan en él fobias o filias particulares (ejemplo: un autor puede ser personalmente favorable al consumo del tabaco).
- El texto debe favorecer la identificación del lector. Si es para adolescentes o jóvenes, el folleto puede incluir personajes que permitan esta identificación.
- La salud en abstracto no siempre es un valor suficientemente motivador. Utilizar argumentos que estén en función del sistema de valores de los destinatarios. Ejemplo: si es un folleto sobre el alcoholismo o el tabaquismo dirigido a empresarios, el texto puede enfatizar las consecuencias económicas de ambas drogodependencias.



- En general, seguir las recomendaciones que suelen hacerse para la educación sobre las drogas * :
 - Potenciar alternativas a las drogas.
 - Resaltar los aspectos positivos del no consumo.
 - No crear rechazo hacia el consumidor, pero sí aceptación o admiración del no consumidor.
 - No hacer comparaciones entre las diferentes drogas (“¿Cuál es peor?”), etc.
- Dar siempre referencias de recursos (bibliografías, direcciones, etc.) al final del folleto.
- Al elaborarlo, recordar que el folleto no sólo es portador de un mensaje específico, sino que es también la carta de presentación de una determinada entidad y que genera actitudes y expectativas hacia ella.

Aspectos gráficos

- Las ilustraciones deben estar ligadas siempre al texto y resaltar o complementar lo más importante.
- El dibujante o el fotógrafo deberían formar parte del equipo redactor desde el principio.
- Las ilustraciones deben hacer la menor publicidad indirecta del producto que sea posible.
- Los dibujos o las fotos no deben permitir interpretaciones contradictorias, aun en el caso de que no se lea el texto que las acompaña.
- El aspecto externo debe ser atractivo. Debe invitar a ojearlo.

En general, los folletos deben ser breves y susceptibles de ser leídos en pocos minutos.

* Generalitat de Catalunya, Comissió d'Educació Sanitària a l'Escola: *Projecte de programa d'educació sanitària a l'escola: Pre-escolar i E. G. B.: Edició experimental*. Barcelona, 1981. Cap. X: "Educació sobre les drogues". Puede solicitarse al Gabinet d'Ordenació Educativa, Direcció General d'Ensenyament Primari, Departament d'Ensenyament. Aragó, 210, 5.º. Barcelona-11.

6. Orientación sobre las vías de difusión

En las recomendaciones expresadas anteriormente hacemos repetidamente hincapié en la necesidad de identificar muy claramente los destinatarios (preferentemente grupos homogéneos), con el objeto de diseñar aquellos contenidos e imágenes que faciliten la identificación y por ello puedan ejercer la influencia pretendida por los emisores.

Para que esto sea posible hay otro elemento relevante que se debe considerar, y es la forma en que el receptor se pondrá en contacto con el material.

Identificar qué canales de comunicación utiliza el grupo social al que se dirige, a través de qué personas o medios, en qué contexto, es de capital importancia.

Por ejemplo, se puede elaborar un folleto muy correcto dirigido a población consumidora de heroína con el objetivo de disminuir las enfermedades asociadas por falta de higiene, y si se distribuye de forma indiscriminada o en lugares que este sector poblacional no frecuente, no podrá cumplir su función.

Por ello, cuando se diseña un material hay que identificar de entrada cómo y a través de quién se va a distribuir, porque de ello también va a depender el formato, contenido, etc.

**Cuarta
Parte**

**ALGUNAS SITUACIONES
PRACTICAS**



La actuación del profesorado ante situaciones prácticas

Víctor Martí Carrasco. Psicólogo. IGIA.

En definitiva, la pregunta que al final todos nos planteamos ante situaciones complejas es: “Todo lo que me dices está muy bien, pero ante tal situación..., ¿qué debo hacer, cómo debo actuar?”

Es evidente que para situaciones complejas no existen respuestas simples, universales o generalizables. No obstante, queremos correr el riesgo de ofrecer algunas orientaciones, criterios o, si algunos quieren llamarlo así, recomendaciones de *cómo actuar* ante situaciones relacionadas con el consumo de drogas en el medio escolar.

Actuamos siempre, de un modo u otro, sobre la base de una determinada concepción del fenómeno. Aquí, por lo tanto, a partir del marco referencial expuesto en los capítulos anteriores, sugerimos algunas pautas de intervención que nos parece importante tener en cuenta.

Si estamos de acuerdo en que no existe “la droga”, sino “las drogas”; no existe sólo un tipo de drogadicto, sino múltiples formas y estilos de drogadicción; no existe “la causa”, sino “factores originantes” y “factores de riesgo”, también estaremos de acuerdo en que no existe una única política específica de prevención y atención a la drogodependencia, sino una política general de prevención y estrategias *diversas de respuesta y atención a dicho fenómeno*.

Hablemos, pues, de algunas situaciones.

1. Una demanda de información, orientación o atención en relación al uso o abuso de drogas

A menudo, este tipo de demandas no se presentan de forma prevista u organizada, explícita y bien argumentada. Puede darse de forma directa o indirecta, durante una conver-

sación fuera del aula, comentando el caso del algún conocido o, simplemente, planteando una cuestión personal de mayor o menor importancia. Es aquí donde radica una de las funciones importantes del educador: detectar, atender y responder de una forma espontánea y contextualizada (dentro de un medio familiar como la escuela, con un conocimiento de quién hace la demanda, etc.) a la situación planteada.

Si bien debemos tener siempre en cuenta nuestras propias limitaciones personales, profesionales, institucionales, etc., deberíamos procurar dar siempre algún nivel de respuesta ante una duda o demanda que el alumno/a pueda plantearnos.

Inhibirse, simular o justificar un desconocimiento del tema, y/o trasladar la pregunta a un tercero sin más (especialistas o no), puede ser una mala respuesta. Se ha demostrado que puede ser mucho más eficaz la respuesta que pueda dar un maestro, a partir de sus propios recursos, que no la de un supuesto especialista ajeno a la institución.

Podemos prever distinto tipo de demandas: unas pueden ir referidas a la información general o específica sobre el tema, motivadas por un programa de televisión, prensa, inquietud personal, etc., y otras pueden tener relación con una demanda personal de atención u orientación ante una situación conflictiva vivida a nivel personal, familiar o del grupo de amigos. Especialmente en el primer caso es importante destacar dos aspectos de la actitud del profesorado:

1. Dar un nivel de información adecuado y proporcional a la demanda que nos ha sido planteada. No debemos anteponer nuestros niveles de ansiedad, y, por tanto, no debemos dar más información de la que nos ha sido solicitada.
2. Es importante dar una sensación de seguridad y coherencia ante el alumno sobre aquello que le estamos transmitiendo, siempre teniendo presente que ante cualquier duda podemos y debemos buscar quién nos puede ayudar ante determinada situación.

Ya en el segundo tipo de demandas, y en función de la situación planteada por el alumno, deberemos evaluar si es conveniente dar una respuesta a partir de nosotros mismos o contar con la opinión de los colegas de ciclo, claustro, etc. En

este sentido es importante respetar los aspectos más personales y confidenciales que no deben ser tratados detalladamente, si eso implica romper el vínculo de confianza establecido con el alumno. Hay que tener en cuenta también que con nuestra intervención estamos favoreciendo una estigmatización del interesado que contribuya a reforzar la situación presentada.

En principio, el mismo sistema educativo dispone de múltiples espacios donde plantear, discutir y buscar soluciones ante una situación de consumo de drogas: tal y como señalábamos anteriormente, los mismos compañeros de claustro que pueden disponer de otras informaciones o puntos de vista del caso, el tutor, los equipos psicopedagógicos, los orientadores, etc., pueden ayudarnos a buscar una respuesta.

Una actitud de disponibilidad, escucha y diálogo no quiere decir permisividad e incumplimiento o no respecto de la normativa institucional donde nos encontramos. Por lo tanto, desde ahí y desde los propios límites que marca una institución —en este caso la escuela—, también deberemos dar una respuesta clara. Mostrar los límites es sumamente necesario; así nos lo pide el mismo adolescente; pero ello, por sí solo, resulta insuficiente.

2. Nuestra demanda de ayuda hacia el exterior

En aquellas situaciones donde las características del caso sobrepasan nuestras posibilidades personales o de acción, o las del sistema educativo en general, deberemos acudir a aquellos servicios especializados o relacionados con la problemática planteada.

En este caso, será necesario que el profesor/a o una representación reducida de la escuela se entreviste con el servicio o profesional escogido, no para delegar “el problema”, sino para conocer mejor las posibilidades existentes, así como el modo de acción más adecuado.

Para solicitar una ayuda o asesoramiento especializado existen distintas alternativas:

1. Coordinador/a provincial para la prevención de las drogodependencias del M. E. C., ubicado en las Direcciones Provinciales.

2. Servicios sociosanitarios de la zona (barrio, municipio, etcétera).
3. Servicios de información, orientación y atención a las drogodependencias, según existan a nivel municipal, provincial o autonómico.

Generalmente, cada Ayuntamiento dispone de información sobre los recursos existentes.

A partir del contacto con otras instituciones o profesionales especializados y la participación de la familia (según exponemos en el siguiente apartado) podremos valorar si conviene o no llevar a cabo una actuación directa con el alumno que presente la problemática que aquí nos ocupa.

A grandes rasgos, esta ayuda por parte del exterior puede consistir, según los casos, en:

- Entrevistas con un educador especializado, psicólogo, etcétera, para un mejor conocimiento del caso. Estas entrevistas pueden tener una orientación de carácter educativo o psicoterapéutico, según las características y necesidades del caso.
- Exploraciones y atención médica, si así fuera necesario.
- Y en muy pocas ocasiones, pues la población que nos ocupa está compuesta de chicas y chicos en edad escolar, posible hospitalización o ingreso en centros especializados. En cualquier caso, este tipo de intervenciones ya no es la escuela quien debe decidir las, sino el profesional sociosanitario especializado, junto con la familia.

Insistimos en que la intervención de otro profesional o recurso especializado exterior a la escuela no quiere decir desentendimiento del caso por parte de ésta (valorar el sentimiento de abandono o rechazo que podría generar en el alumno), sino que es a partir de la colaboración y complementariedad entre las instituciones y sus profesionales (educadores, profesores, psicólogos, médicos, asistentes sociales, etc.) como se puede dar un nivel de respuesta que se ajuste a las necesidades de cada caso. La fragmentación y radicalización de las intervenciones fácilmente pueden conducir a la dispersión y arbitrariedad en el tratamiento del caso.

También es importante señalar que la voluntariedad —y, por tanto, la toma de conciencia de la necesidad de ayuda para poder superar una situación conflictiva— es condición indispensable para iniciar cualquier tipo de proceso “reeducativo” o “terapéutico”.

En definitiva, algunos de los elementos a tener en cuenta *ante una situación de consumo de drogas, así como la solicitud de atención directa o indirecta por parte del alumno*, serían:

Deberíamos evitar:

- Ignorar el problema o la demanda, despistar, desentenderse y delegarlo en otro de forma “apriorística”, etcétera. “Yo de esto no sé nada; se lo cuentas a un médico, y ya está...”
- Tomar una actitud inquisidora y de forcejeo: “¡O me dices ahora mismo qué ha sucedido, o haces las maletas inmediatamente!”
- Convocar a los padres o a las “jerarquías” escolares de forma apresurada, sin antes haber hablado y valorado la situación con el propio interesado.
- Posturas extremas de banalización, dramatización o urgencia desmesurada, etc. “Bueno, total fumarse un porro no pasa nada; yo también lo hago...” ¡Oh, qué horror!, ya has caído en lo peor: todos los que fuman un porro, después se pinchan...”
- Actitudes de omnipotencia: “Yo lo puedo resolver todo...” “Tú haz lo que yo te diga, y sólo así podrás ir bien...”
- Actitudes de rigidez o laxismo: “Es un caso imposible, inútil; no tiene ni tendrá jamás una solución...” “Lo mejor es dejarle que haga lo que quiera; total, es su vida; allá él y sus consecuencias...”
- Difusión innecesaria del caso, etc.
- Actuaciones preestablecidas por la ley, procedimientos administrativos. “El reglamento dice esto, ¡y punto! No hay nada que hablar; ya está todo dicho...”

Deberíamos procurar:

- Mostrar una actitud abierta de escucha y diálogo: “Hace días que estás distante y quizás las cosas no van como quisiéramos; si te parece, podemos hablar...” “En todo caso, primero hablemos, y después tú y yo decidimos qué hacer...”
- Evaluar las características y necesidades de cada caso: tipo y frecuencia de consumo; nivel de dependencia, si la hay; características del entorno familiar y posibilidades de entender la situación que se está dando...
- Acotar el fenómeno, problema, etc., en términos objetivos y de realidad. Más bien se trata de hablar de lo que hay, es decir, de la situación que en este momento se dé, y no de lo que hubiera podido suceder.
- Tener en cuenta la implicación y responsabilidad de cada una de las partes (alumno, escuela, familia, servicios especializados que intervengan, etc.). A cada uno le corresponde su parte de responsabilidad, así como una opinión sobre el caso. No es válido, pues, delegar, sistemáticamente, las responsabilidades en otro...
- Complementariedad de las acciones: “Si les parece, nos vemos y conjuntamente decidimos qué hacer...”
- Conocimiento de los límites: hasta dónde podemos llegar y hasta dónde no, como escuela, como profesor/a, etc.
- Intentar buscar las razones del problema o situación planteada. Las cosas no suceden porque sí. Intentar comprender con el propio interesado los motivos y circunstancias que favorecen una determinada situación o problema nos ayudará, también, a buscar sus posibles alternativas o soluciones.

3. Cuándo y cómo debemos contactar con la familia

Ya hemos señalado en anteriores capítulos la importancia de la familia en toda la tarea educativa y preventiva. Por ello,

consideramos oportuno sugerir, en este apartado, algunas ideas sobre la implicación o no de la familia ante un consumo de drogas de alguno de nuestros alumnos.

Ante todo, tal y como indicamos anteriormente, deberemos analizar y valorar el caso, pero no sólo las características del consumo y del alumno/a en cuestión, sino también, en la medida de lo posible, de su grupo familiar, valorando en qué medida éste tendrá la capacidad de escuchar serenamente la situación planteada, así como de encontrar su pertinente respuesta. En este sentido es importante no dar una respuesta *automática*, rápida, sino reflexionar cuándo y cómo tratar el tema.

Debemos tener presente que existen ciertas situaciones que podríamos calificar como “no significativas”, no inquietantes, y que, por su carácter meramente puntual, no merecen, en un primer momento, ser comentadas o notificadas a la familia, pues ello puede resultar poco útil, con riesgos de dramatizar y desbordar gratuitamente una situación que la misma escuela, profesorado, etc., pueden en realidad contener.

Cuando se decida contactar con la familia, deberíamos procurar, en un primer momento, que fuera el propio joven quien afrontara la situación personalmente. Una vez más, debemos mostrarnos disponibles para colaborar, para hablar las cosas pausadamente, con el ánimo de clarificar, desdramatizar y buscar alternativas a la situación planteada.

Evidentemente, tendremos que optar por una postura más activa e incisiva en aquellos casos que por su “gravedad” requieran, de forma inmediata, el conocimiento de la familia. En este caso, deberíamos proponer el diálogo con la familia, pero evitando siempre las actuaciones a espaldas del propio interesado, los engaños y los dobles mensajes.

En todas las circunstancias es importante mantener ante el joven o la joven una postura clara y coherente entre los miembros de un mismo grupo: la escuela o la familia, y, de igual modo, entre lo acordado por estos dos colectivos. Las confrontaciones, las discusiones, las descalificaciones y los dobles mensajes entre padre y madre o familia y escuela no harán más que desorientar al propio afectado, disminuyendo la credibilidad y autoridad de cada una de las partes.

Deberíamos evitar:

- La no implicación del alumno consumidor en la toma de decisiones referentes a su situación, actitud, comportamiento, etc.
- Alianzas encubiertas, donde no queda claro “lo que se sabe...”, “lo que se puede decir...”, etc.
- Desplazar o sustituir el papel de los padres, confusión de roles, etc.
- Dramatizar o banalizar el problema.
- Conflictos, confrontaciones y descalificaciones entre familia y escuela delante del alumno.

Es importante:

- Desangustiar a la familia, tratando con objetividad el tema y ofreciendo elementos de clarificación y diálogo, etc.
- En la medida de lo posible, afrontar el tema de una forma global tomando en consideración otras circunstancias familiares que pueden preceder o rodear el “consumo de drogas” detectado (interesarse por las relaciones existentes entre los miembros de la familia: padres/hijos, etc.).
- Situar el problema a tratar en sus justas dimensiones.
- En caso necesario (situación personal del joven, tipo de consumo, tiempo en que se ha establecido la dependencia, etc.), orientar a la familia sobre dónde pueden acudir para solicitar una ayuda exterior: centro de salud, servicio especializado, etc.
- En cualquier caso, intentar positivizar la situación. Esto quiere decir ayudar a encontrar estrategias que conduzcan a la solución de la situación planteada y alternativas válidas para el caso, etc.

Pautas de actuación con los alumnos consumidores

Ramón Mendoza. José María Rueda

Con frecuencia los educadores se encuentran preocupados con el problema de cómo actuar con los alumnos consumidores de drogas que tienen en su clase. En este artículo vamos a ofrecer algunas orientaciones en torno a este punto, basándonos en nuestra experiencia como psicólogos que trabajamos en la prevención del abuso de las drogas dentro y fuera de los centros escolares.

1. Diferentes niveles del consumo de drogas

Resulta muy difícil generalizar en torno a cómo debe actuarse en estos casos, ya que en realidad la situación varía mucho de unos centros a otros y, dentro del mismo centro, de unas clases a otras. Suele ser una constante el que haya un consumo frecuente de tabaco y de alcohol entre los educadores y los alumnos. Sin embargo, en algunos centros, son muy escasos los alumnos o los educadores que consumen drogas ilegales —no se va más allá de un consumo minoritario del porro—, mientras que en otros centros este consumo es normal (preferentemente hachís, pero también cocaína, anfetaminas, heroína y pegamento) y los “casos raros” son los alumnos o los educadores que no lo hacen.

Considerablemente, las preocupaciones de los educadores al respecto varían de unos centros a otros. Así, por ejemplo, existe el maestro que lo que le preocupa es saber cómo distinguir al alumno que fuma porros; existe también el que toma porros y otras drogas con algunos alumnos y que lo único que le preocupa es cómo evitar que “se le” suiciden los alumnos cuando, al tomar anfetaminas en grupo con ellos, después de la “subida” viene la depresión. Entre estos dos casos extremos se dan todas las posturas intermedias: quien no sabe qué decirle al alumno que toma hachís; quien teme que los alumnos hagan una “mala utilización” del hachís y caigan en el pasotismo; quien se preocupa sólo de la posibi-

lidad de que los alumnos (y el director del colegio y los padres) noten que da las clases “fumando”; quien se ve incapaz de convencer a los alumnos para que dejen de tomar tanto alcohol, etc.

A pesar de esta disparidad de situaciones, vamos a analizar el problema a un nivel general, ofreciendo una serie de reflexiones y observaciones que sirven para casi todos los centros escolares.

2. Prevenir el problema

La mayor parte de los educadores no se preocupan por el problema del abuso de las drogas hasta que tienen en su clase alumnos consumidores de drogas ilegales. De la misma forma, algunos no piensan en la prevención del tabaquismo o el alcoholismo hasta que sus alumnos hacen un consumo frecuente de estas dos drogas legales. Comenzar a plantearse la necesidad de prevenir el abuso de las drogas cuando éste comienza ya a darse es actuar demasiado tarde. Esto es especialmente cierto en el caso de la heroína.

Un educador tiene que saber cómo actuar con los alumnos que consumen drogas, pero no quedarse ahí. Tiene que transmitir su inquietud a los profesores de los cursos inferiores para que pongan en marcha programas de educación sobre las drogas con la suficiente antelación. En este sentido, puede ser útil consultar una propuesta escalonada de objetivos para cada etapa de E. G. B. que ha elaborado una comisión de educación sanitaria en la escuela de la Generalitat de Cataluña. Igualmente, es necesario que el educador trate de prevenir el inicio en el consumo de las drogas y el posible paso al abuso en los alumnos de su clase que todavía no las consumen.

Otro tipo de actuación que resulta útil para la prevención del abuso de las drogas en la escuela es revisar la marcha del centro desde el punto de vista de la promoción de la salud mental, de manera que se puedan localizar y modificar los factores escolares que estén favoreciendo la aparición de problemas psicológicos en los alumnos. El que en la clase haya un clima de diálogo y de respeto mutuo es condición indispensable para que después se puedan abordar eficazmente los problemas relativos a las drogas que puedan plantearse.

De manera complementaria, antes de disponerse a actuar con los alumnos, consumidores o no, suele resultar conveniente revisar las propias actitudes hacia las drogas, que con frecuencia son ambivalentes. Para poder modificar o reforzar ciertas actitudes en los alumnos es necesario que previamente tratemos de disminuir nuestras contradicciones personales en este tema. Así, por ejemplo, es incoherente ser ecologista y simultáneamente partidario del consumo de drogas (sustancias químicas que provocan una contaminación interna). Por otra parte, resulta obvio que los profesores que consumen drogas en el propio centro impulsan a los alumnos a imitarles y no están en buena disposición con vistas a disuadirles de su consumo.

3. Actuaciones con los alumnos consumidores

Cuanto menor sea el consumo de drogas en los alumnos, más improbable será que algunos abusen de ellas. Por ello, hay que actuar también con los alumnos que hacen un consumo incipiente y no sólo con los que las toman frecuentemente.

Cuando se detecta uno o varios casos de consumo de drogas (esporádico o habitual), los pasos que en general habría que seguir son éstos:

— No alarmarse; actuar con calma. La drogodependencia es una enfermedad de desarrollo relativamente lento y sus consecuencias pueden tardar meses, años o lustros en aparecer. Hay semanas por delante para pensar cómo actuar, salvo excepciones (por ejemplo: consumo de mezclas de alcohol y medicamentos, que pueden ser mortales de inmediato, o consumo de heroína, que crea dependencia física rápidamente y origina graves problemas de tráfico de drogas y de convivencia en el centro).

— Dialogar de manera adecuada (en un clima de confianza y de respeto mutuo) con el alumno consumidor, para explorar los siguientes aspectos: *a)* qué sustancias son las que toma realmente (suelen ser varias); *b)* dosis y frecuencia; *c)* nivel de información que tiene el alumno sobre los efectos a corto y largo plazo de dichas sustancias; *d)* grado de conciencia del problema que tiene el alumno en torno al consumo de estas drogas.

— Reunirse con otros educadores (no necesariamente con todo el claustro, para no estigmatizar al alumno) y valorar la situación: *a)* ver si el alumno está en situación de riesgo de abuso o de claro abuso; *b)* ver cuál es la reacción de los compañeros hacia este alumno por su consumo (rechazo, imitación, indiferencia); *c)* analizar los recursos de la escuela y de la familia para afrontar el problema; *d)* elegir qué educador o educadores son los más apropiados para llevar a cabo las actuaciones que se consideren necesarias con el alumno y con sus compañeros.

— Mantener un estrecho contacto con el alumno, pero de tal forma que éste lo viva como una ayuda, no como una vigilancia o control. Si el alumno está en riesgo de dependencia, pero todavía no es drogodependiente, haría falta: *a)* ofrecerle una información fiable sobre los efectos de las sustancias que consume; *b)* ayudarle a analizar las motivaciones por las que consume drogas; *c)* ayudarle a encontrar alternativas a las drogas: actividades u otros hábitos, estilos y modos de relación, que le produzcan uno o varios de los efectos “positivos” que él encuentra a las drogas y ninguno de sus efectos “negativos” (enfermedades, gasto económico, dependencia, etc.). Las alternativas a las drogas no tienen una validez universal, sino que están siempre en función de las motivaciones individuales por las que se consumen. A veces es necesario ayudar al alumno a encontrar nuevos intereses y tomar contacto con otros niños o jóvenes.

— Si el alumno es ya dependiente, suele ser necesario un tratamiento especializado que le ayude a abandonar el hábito. Por ello, además de lo anterior, conviene: *a)* crear un clima de ayuda en el que el alumno fácilmente pueda reconocerse como drogodependiente (enfermo que necesita tratamiento) sin temer ninguna marginación social por ello; *b)* razonarle la necesidad del tratamiento para que acuda a él voluntariamente (condición indispensable para su éxito, ya que la dependencia física se puede dejar a la fuerza, pero la psicológica, no); *c)* mantener contacto con el equipo terapeuta, con vistas a facilitar la rehabilitación del alumno.

— El contacto con los padres del alumno no siempre es conveniente. Depende fundamentalmente de cómo sean los padres y de su grado de capacidad de aceptación del problema y de comprensión del hijo. A veces los padres se niegan a reconocer el problema, por lo que resulta difícil hacerles ver

lo que no quieren ver. En otras ocasiones, el alumno es el chivo expiatorio de la familia, e identificarlo como consumidor de drogas ante ésta puede acentuar aún más su aislamiento o sus sentimientos de culpa. Hay alumnos que no quieren que sus padres se enteren de que toman drogas y que perderían toda la confianza en el educador —lo más importante para nosotros— si éste violase su “secreto profesional”. De todas formas, lo ideal sería basarse en la familia para *resolver el problema*. Para ello suele ser útil organizar pequeños grupos de discusión con los padres de los alumnos consumidores animados por alguien capacitado; estos grupos pueden servir para comprender mejor las problemáticas familiares que pudieran haber facilitado el problema y ayudar a los padres a adoptar una actitud terapéutica.

4. Actuaciones con los alumnos no consumidores

No hay que organizar actos especiales y llamativos, como las charlas, a raíz de que se detecten alumnos consumidores de drogas, porque esto podría provocar que ellos adoptasen un papel de héroes-mártires y que fueran imitados o rechazados por sus compañeros. Como un paso más de la educación sobre las drogas en la escuela, pueden organizarse discusiones de grupo u otras actividades que indirectamente refuercen en los alumnos las motivaciones para el no-consumo, que les ayuden a saber resistir las eventuales presiones hacia el consumo y que les faciliten el descubrir alternativas válidas a las drogas.

(CUADERNOS DE PEDAGOGIA: “Drogas en la escuela”. Ed. Laia. Barcelona, 1981.)

Bibliografía básica

- AYUNTAMIENTO DE BARCELONA: *Dossier sobre drogodependencias per educadors*. Area de Juventud y Deportes. Barcelona, 1983.
- AYUNTAMIENTO DE LA CORUÑA: *Drogas: educación preventiva. Manual para educadores*. La Coruña, 1987.
- CALAFAT FAR, Amador: *Prevención escolar de la droga*. Edita: Govern Balear, Conselleria de Sanitat i Seguritat Social. Palma de Mallorca, 1987.
- CAPLAN, G.: *Principios de psiquiatría preventiva*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1981.
- COMAS, D.: "El uso de las drogas en la juventud", Madrid, *Informe Juventud en España*, Instituto de la Juventud. Ministerio de Cultura, 1985.
- COSTA, M., y LÓPEZ, E.: *Salud Comunitaria*. Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1987.
- CUADERNOS C. A. P. S.: *Tendencias actuales en Educación Sanitaria*, núm. 8. Barcelona, marzo de 1987.
- CUADERNOS DE PEDAGOGÍA: "Drogas en la escuela", núm. 73. Ed. Laia, Barcelona, 1981.
- CUADERNOS TÉCNICOS SOBRE TOXICOMANÍAS, núm. 5: *Las toxicomanías: Prevención, asistencia y reinserción*. Reunión Internacional sobre toxicomanías. Dirección General de Acción Social. Cruz Roja Española. Madrid, 1984.
- DÍAZ ALEDO, L.: *Las drogas... a lo claro*, Editorial Popular, Madrid, 1985.
- FAURE, E.: *Aprender a ser. La educación del futuro*. Madrid, 1986. Alianza Editorial (Alianza Universidad).
- FREIXA, F., et al.: *Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario*. Ed. Fontenella, Barcelona, 1981.
- FREUD, A.: *Introducción al psicoanálisis para educadores*. Ed. Paidós, Barcelona, 1984.

- GRUP IGIA: "La prevención de las drogodependencias: experiencias en distintos países", *Libro de las Jornadas*, junio, 1985, Barcelona, 1988.
- JUNTA DE ANDALUCÍA: *Salud entre todos*. Consejería de Salud. Revista de E. p. S.
- KRAMER, J., y CAMERON, A.: *Manual sobre dependencias a las drogas*. Ginebra, O. M. S., 1975.
- LAURIE, P.: *Las drogas*. Ed. Alianza Editorial.
- MENDOZA, R., y VEGA, A.: *El papel del educador ante el problema de las drogas*. Ed. Pablo del Río, Madrid, 1980.
- MINISTÈRE DE L'EDUCATION NATIONALE: "A l'école: la drogue, mythe ou réalité". París, 1983.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA: "La educación sobre drogas en el ciclo superior de la E. G. B.". Col. Estudios de Educación, núm. 21, Madrid, 1986.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA: "Orientaciones básicas y actuaciones del M. E. C. sobre prevención de las drogodependencias", *Folleto de información y sensibilización*. Madrid, 1988.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA: "Cuadernos sobre actividades de prevención en drogodependencias", tres manuales: *El Medio escolar y la prevención de las drogodependencias*; Manual de Actividades: 6-12, 12-16 y 16-18 años.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: "Fichas informáticas sobre alcohol y alcoholismo", Madrid, Dirección General de Salud Pública, Educación Sanitaria, 1983.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: Plan Nacional sobre Drogas. Revista *Comunidad y Drogas*. Cuadernos Técnicos de Estudios y Documentación, Madrid.
- NAVARRO, J., et al.: *El consumo de droga en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Cruz Roja Española, 1985.
- OLIVENSTEIN, C.: *La toxicomanía*. Ed. Fundamentos, Madrid, 1975.

- O. M. S.: *EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD: NORMAS FUNDAMENTALES (SALUD PARA TODOS)*, NÚM. 6, 1981.
- OÑATE GÓMEZ, P.: *Prevención de las toxicomanías y educación*. Ed. Cruz Roja Española, Madrid, 1984.
- PERSPECTIVA ESCOLAR: *Salut i educació: drogodependencia*. Barcelona, Ed. Rosa Sensat, septiembre, 1985.
- SÁINZ MARTÍN, M.: *Educación para la Salud*, libro del profesor. Madrid, 1984.
- U. I. E. S.: *HIGIE*, Revista Internacional de Educación para la Salud. París.
- UNESCO: *El correo de la UNESCO: el dilema de las drogas*. París, núm. 46, febrero, 1982.
- UNESCO: *La educación y las drogas: prevenir*. París, 1987.
- VEGA, A.: *Los maestros y las drogas*. Ed. Mensajero, Bilbao, 1984.
- VEGA, A.: *Las drogas: ¿un problema educativo?* Editorial Cincel/Kapelusz. Madrid, 1985. (Diálogos en Educación, núm. 6.)
- VEGA, A.: *Los educadores ante las drogas*. Santillana. Madrid, 1983. (Aula XXI.)

Dónde dirigirse para obtener más información

Para una información, orientación y asesoramiento sobre vuestra tarea os podéis dirigir en primer lugar a:

- COORDINADOR/A PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS.
Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia.

Otros puntos de información general pueden ser:

- SERVICIO DE INFORMACION MUNICIPAL DE VUESTRA LOCALIDAD O CAPITAL DE PROVINCIA.
- PLAN REGIONAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS. Generalmente adscrito a la Consejería de Sanidad de cada Gobierno autónomo.

Para una información muy específica a nivel nacional, fondo de documentación especializado en drogodependencias en general:

- DELEGACION DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Ministerio de Sanidad y Consumo*. Paseo del Prado, 18-20. MADRID.

