

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN SOBRE DROGAS, ESPECIALMENTE CENTRADO EN LA «TOMA DE DECISIONES», SEGUN SEA DESARROLLADO POR ESPECIALISTAS O POR PROFESORES DE LOS ALUMNOS

**AMADOR CALAFAT FAR
MIQUEL AMENGUAL MUNAR
CARLES FARRES SNELDERS
MERCÈ MONSERRAT VIDAL**

**Del Centre d'Informació i Prevenció de l'Abús de Drogues.
Comissió de Sanitat del Consell Insular de Mallorca**

1. INTRODUCCION

No creemos que sea preciso justificar hoy la necesidad de la prevención en un problema como la toxicomanía, cuya edad de inicio va descendiendo, afecta cada vez a más personas, produciendo o aumentando problemáticas individuales y sociales y cuyo tratamiento es costoso y, por el momento, con éxito más bien escaso.

Pero no podemos llamar prevención a cualquier clase de intervención, sino que una actividad será preventiva en función de sus resultados. Durante mucho tiempo la prevención de las toxicomanías ha consistido en actuaciones aisladas, carentes de una estructuración sistemática y con objetivos poco precisos, por lo que era del todo imposible, en el supuesto de que se hubiera pretendido, conocer su eficacia o posibles efectos indeseables. Por otra parte, en el transcurso de los últimos años, a medida que ha aumentado el número de afectados por problemas de drogas, con la consiguiente preocupación de sectores cada vez más amplios de la sociedad, también han aumentado las intervenciones de todo tipo, de forma que la inversión en recursos económicos y humanos puede llegar a ser lo suficientemente importante como para que sea necesario escoger entre diversas formas de intervención. Parece, por tanto, de primera necesidad que se evalúen las medidas preventivas tanto en lo que concierne a su utilidad como a su eficacia o rendimiento.

La utilidad de la educación como medida preventiva debería estar fuera de toda duda. Ciertamente, si entendemos el término «utilidad» en el sentido que se le da en Epidemiología, es decir, como ventaja que supone para el individuo la medida en cuestión, hay que reconocer que la educación preventiva en la edad escolar sería una medida de gran utilidad, aunque sólo fuera por las especiales circunstancias que la envuelven.

Otra cosa es, desde luego, la eficacia de tales medidas educativas. Existen numerosas revisiones y estudios sobre este tema, y la impresión que se impone es la de que cualquier programa tiene efectos múltiples, algunos de los cuales pueden considerarse preventivos y otros contrapreventivos (7, 10, 13 y 14), pero de ninguna manera hay que esperar que la educación sobre drogas conduzca necesariamente a resultados sólo preventivos o sólo contrapreventivos. Desde esta perspectiva, de lo que se trata es de minimizar los efectos indeseables y optimizar los efectos deseables de los programas que se proyecten, adoptando objetivos específicos que permitan evaluar la eficacia del programa en cuestión. Al mismo tiempo, cualquier objetivo exige un método específico, y todo método pensado para la consecución de un objetivo determinado raramente puede servir para alcanzar un objetivo distinto, o se correrá, incluso, el riesgo de producir efectos contrarios a los esperados (7). Quizá sea esta inadecuación del método a los objetivos una razón importante por la que abundan las intervenciones cuyo efecto es el aumento del consumo en vez de su disminución (Cf. 12 y 15, entre otros).

Al parecer, es indiscutible que la educación sobre drogas aumenta los conocimientos sobre las mismas, de lo que podemos deducir que la mayoría de programas adoptan métodos bien adaptados al objetivo de aumentar la información. Pero, no está nada clara la relación entre conocimiento, actitud y comportamiento, al menos en lo concerniente al uso de drogas. De hecho, en nuestro estudio previo a la confección del programa educativo (4) pudimos comprobar que los que más consumían drogas eran también los mejor informados, lo que unido al fracaso que hasta ahora muestran gran parte de los métodos educativos basados en la hipótesis de que mejorar los conocimientos incidirá en una disminución del consumo (7, 12, 13 y 14), nos permite dudar de la eficacia de la información como estrategia preventiva del abuso de drogas.

Lo mismo puede decirse de las actitudes. A parte de la dificultad que entraña la confección de métodos destinados al cambio de actitudes, y su posterior evaluación (6), no existe base alguna que sustente la creencia de que las actitudes y conocimientos ofrecidos por el educador sanitario determinen la motivación y, como consecuencia, la conducta de los alumnos. Dorn (9) informa de un estudio previo realizado por él mismo y Thompson (1975) según el cual la mayoría de

estudiantes a los que se les ofreció droga ilegal habían aceptado la oferta, a pesar de sus actitudes «anti-droga». Dorn concluye: «El mayor freno a la experimentación con droga para la mayoría de alumnos no son sus creencias o motivaciones expresadas en clase, sino simplemente la carencia de oportunidades.» Según esto, y ya que no existen indicios de que a corto o medio plazo vayan a disminuir las ocasiones en que el joven pudiera consumir una droga (legal o ilegal), parece que la educación preventiva debería asumir como objetivo prioritario «desarrollar la capacidad de tomar decisiones responsables en lo que concierne a la utilización de las diversas drogas» (6), y en relación a este objetivo hemos desarrollado nuestro método de educación sobre drogas.

No obstante, nada habría cambiado si hubiéramos sustituido la información o la sugerencia de actitudes por ofrecimiento de elecciones por parte del educador. Son los destinatarios del programa quienes deben construir sus propias convicciones a partir del análisis de distintas clases de situaciones de la vida real. Por ello, la toma de decisiones consistirá en una anticipación realista por parte de los alumnos ante varias situaciones posibles con las que puedan encontrarse en un futuro, y emplear el conocimiento objetivo de sobre drogas para predecir las consecuencias de alternativas específicas en circunstancias específicas, todo ello entendiendo que las decisiones pueden variar de acuerdo con las características del que toma la decisión y de las situaciones en que pueda encontrarse (8, 9).

En el estudio previo a la confección del programa (3, 4) obtuvimos datos que apoyan la hipótesis secuencial del proceso de adicción. Las edades de inicio del consumo de las diferentes drogas muestran un claro escalonamiento desde el alcohol y el tabaco, pasando por medicamentos y marihuana, hasta las drogas ilegales menos toleradas (opiáceos, cocaína y LSD). Por otra parte, las características del consumo de drogas legales es similar al de las ilegales, tanto en lo que se refiere a la oferta como a las situaciones en que se consume, resultando que las situaciones de consumo de las drogas legales pueden ser usadas como modelo teórico para el estudio de las ilegales. Puede decirse que la situación de oferta y consumo de droga ilegal se parece tanto a la de la legal que los mecanismos automáticos de «defensa» no funcionan y dejan su lugar a los mismos mecanismos automáticos que llevan al consumo de drogas legales. En la mayoría de casos no podría decirse que el primer consumo de una droga legal o ilegal sea un acto anormal, asocial o patológico. Lo que lo caracteriza es que no se trata de una decisión responsablemente asumida, y que pone en camino de una serie de nuevas conductas y reajustes que a veces dan lugar a la adicción. Es decir, lo que nos parece determinante es que la elección que uno hace en una situación afecta la probabilidad de ocurrencia de futuras situaciones.

Si el inicio del consumo de drogas es fruto de una actuación automática, a través de los diferentes tipos de programación y presión sociales, un objetivo educativo será, en consecuencia, desarrollar la capacidad o destreza de tomar decisiones, lo que indirectamente podría repercutir en una disminución del porcentaje de experimentación con drogas y de la frecuencia y cantidades consumidas, aunque no sea necesariamente esto lo que se pretenda.

Existe un último punto a tener en cuenta. Es la repercusión de los diferentes tipos de educadores, y más concretamente, los pretendidos efectos contrapreventivos imputables a la intervención de especialistas (2, 10, 11).

El especialista no es un elemento aislado de su intervención, sino que interactúa con otros elementos como la técnica que utiliza, la información que transmite y las características del grupo a que se dirige, entre otros. Es verdad que de ciertos tipos de intervención de especialistas cabe esperar efectos contrapreventivos; existen evaluaciones de programas (12, 14) que reseñan intervenciones infructuosas o relativamente contraproducentes, sin que del diseño de tales programas se pueda deducir que la responsabilidad de estos resultados corresponda a los especialistas y no a la concepción misma de la estrategia utilizada. Sospechamos que, utilizando los medios adecuados, en cuanto a definición de objetivos y métodos y elección de estrategias, la intervención de especialistas no sólo no es necesariamente contrapreventiva, sino que en algunos casos podría incluso ser más eficaz, dada su utilización de técnicas no habituales en la enseñanza.

2. INVESTIGACION REALIZADA EN MALLORCA ENTRE LOS AÑOS 1980 Y 1983

2.1. Objetivos de la investigación

Interesaba desarrollar y evaluar la eficacia preventiva de un programa para Enseñanza Media centrado en la «toma de decisiones» y averiguar, al mismo tiempo, la eficacia que cabe esperar del programa según sea llevado a cabo por especialistas o por los propios profesores de los alumnos.

2.2. Metodología

2.2.1. *Diseño y procedimientos*

Se ha utilizado un diseño de grupo de control con pretest y postest.

CUADRO I

Diseño de la experimentación

R	O1	Xe	O2
R	O3	Xp	O4
R	O5		O6

(R = grupos elegidos al azar. O = observaciones. X = valor de la variable; e: curso dado por especialistas; p: curso dado por los profesores. La ausencia de X indica grupo control.)

Para elaborar el programa y definir sus objetivos es necesario un estudio previo de la situación. El conocimiento de la situación previa también será de utilidad para evaluar la eficacia de la intervención. Elaboramos un cuestionario cubriendo, principalmente, tres apartados: cantidad y circunstancias del consumo de drogas legales e ilegales, información que se posee sobre ellas y actitudes ante las mismas, así como otros aspectos de la vida de los jóvenes y su entorno (relaciones con la familia, actitudes políticas, etc.). Durante el primer trimestre de 1981 la encuesta fue administrada al 20% de los alumnos de cada curso de todos los colegios públicos y privados de B.U.P. y F.P. de la isla. Los datos fueron procesados en el Centre del Càlcul de la Universitat Politècnica de Barcelona por el doctor Erik Cobo. Los resultados ya han sido publicados y comentados con anterioridad (3, 4).

En los resultados de un proceso educativo intervienen muy diversas variables, a parte del programa educativo. Puesto que de lo que se trata es de evaluar los efectos imputables al programa, el resto de variables intervinientes deben mantenerse constantes o distribuidos al azar entre todos los sujetos:

- La variable manipulada es el curso. Ha tenido tres tratamientos: curso a través de especialistas; curso a través de profesores, y, por último, no presentación del curso (grupo control).
- Para aislar efectos que pudieran atribuirse a otros factores distintos del programa, cada tratamiento se debía aplicar a distintos grupos, cada uno de los cuales debía reproducir la situación real. Todos los centros fueron clasificados en grupos según su tamaño, situación geográfica, tipo de propiedad, status socio-económico y consumo medio de drogas (conocido mediante la encuesta previa). Fueron eliminados los centros sólo femeninos, ya que, al no haber centros sólo masculinos, podría introducirse un sesgo derivado del sexo. Un centro de cada categoría de las construidas fue asignado al azar a cada uno de los tratamientos. Para evitar contaminaciones, curiosidad, etc., todos los alumnos de los centros así seleccionados fueron sometidos al tratamiento correspondiente.

- Para la evaluación se preparó una encuesta que repetía parcialmente la primera, concretamente las preguntas sobre información general, consumo y actitudes. Se añadieron preguntas para evaluar más específicamente el programa educativo, y algunas otras sobre circunstancias del consumo que, después de la primera encuesta, nos han parecido importantes para ampliar conocimientos de los indicadores que permiten detectar los grupos de alto riesgo de consumo abusivo de drogas.
- La encuesta de evaluación fue administrada a los cuatro meses del tratamiento, es decir, durante el primer trimestre del curso 82-83. Se recogieron las respuestas de todos los alumnos de 3.º de B.U.P. de los centros que habían intervenido en la experimentación (tanto experimentales como control). Del total de cada centro fueron seleccionadas al azar entre el 20 y el 40% de las encuestas recogidas, obteniendo una muestra total de 261 alumnos (nivel de confianza del 95% con error máximo de $\pm 5\%$ para el conjunto). Se evaluó sólo el tercer curso de B.U.P. porque el programa tuvo que desarrollarse en el transcurso de tres años escolares (ver cuadro II). Así, los de 3.º de B.U.P. eran los únicos de los que teníamos una razonable seguridad de que habían participado en la primera encuesta (cuando estaban en 1.º de B.U.P.) y habían hecho el curso sobre drogas (cuando estaban en 2.º de B.U.P.). Los posibles repetidores de uno u otro curso no modificaban este planteamiento. Los de COU, aunque cumplían estos requisitos, no podían ser tenidos en cuenta porque sólo un pequeño porcentaje accede a este curso al acabar B.U.P. Lo mismo sucede con la Formación Profesional, cuyo primer ciclo sólo dura dos años, y gran parte de los alumnos no sólo no continúan en el segundo ciclo, sino que muchos ni siquiera terminan el primero.

CUADRO II

Proceso de la investigación

Febrero de 1981 (Los 40 centros)	Marzo de 1982 (15 centros selec.)	Octubre de 1982 (Los 15 centros selec.)
1.º BUP: 1.ª encuesta	2.º BUP: Tratamiento	3.º BUP: Evaluación
2.º BUP: 1.ª encuesta	3.º BUP: »	COU: No evaluado
3.º BUP: 1.ª encuesta	COU: »	Ya no siguen en el centro
COU: 1.ª encuesta	Ya no siguen en el centro	

Dado el diseño experimental utilizado, las comparaciones a efectuar en la evaluación son las siguientes:

- Al partir de grupos comparables en un comienzo, lo que se observe en el grupo control puede entenderse como resultado de la evolución espontánea. Las diferencias que se observen entre grupos experimentales entre sí, y entre éstos y el grupo control, podrán definirse como ganancia o perjuicio atribuibles al programa (diferencias entre grupos).
- La evolución de cada grupo (diferencias intra grupos) se medirá a través de la diferencia entre la observación antes (pretest) y la observación después (retest). En este primer informe sólo presentamos las diferencias entre grupos, lo que, según entendemos, puede ser suficiente a efectos prácticos, ya que, siendo los grupos comparables al principio, la evolución intra-grupal sólo puede confirmar y matizar las tendencias que se perciben en este primer nivel de análisis.
- El procesamiento de los datos también ha sido efectuado en el Centre de Càlcul de la Universitat Politècnica de Barcelona por el doctor Erik Cobo. Las pruebas estadísticas utilizadas son, fundamentalmente, el test de X^2 , la comparación de medias y el análisis de varianza. El nivel de significación aceptado es el habitual ($p .05$).

2.2.2. Descripción del programa

El objetivo general del programa educativo era que el alumno aprendiese a tomar decisiones respecto de su consumo de drogas. Ello implica, como supuesto básico, que mejorar la toma de conciencia del alumno, no sólo de los condicionantes externos de su conducta sino también de sus condicionantes internos y mecanismos de respuesta, le ayudaría a decidir por sí mismo tomando en consideración todos los elementos pertinentes de cada situación.

Este objetivo general podría desglosarse así:

- a) Objetivo cognoscitivo: aumentar el conocimiento de todas las consecuencias del uso de drogas, especialmente alcohol y tabaco que son las más utilizadas por los alumnos.
- b) Objetivo afectivo: promover la capacidad de formular las propias actitudes.
- c) Objetivo conductual: promover la capacidad de adoptar en cada caso la conducta que se perciba como más apropiada.

Para alcanzarlo entendimos que debíamos:

1. Establecer una metodología sencilla capaz de ser administrada fácilmente, tal como nos parecía necesario para un programa del que no se puede presuponer el nivel de aceptación entre alumnos y profesores.

análisis y decisiones respecto de estas dos drogas legales se generalizarían a las otras drogas.

El cursillo se desarrolló en cuatro sesiones de 45-60 minutos (el tiempo de clase) cada una, en diferentes días de la semana. Hubiéramos deseado que fuesen ocho o diez sesiones, pero los retrasos en la aprobación del proyecto y en la asignación del presupuesto nos obligaron a iniciar estas clases en marzo, con lo que ante la proximidad de los exámenes se carecía del tiempo necesario. Para estas clases se respetaron los grupos existentes (entre 30 y 45 alumnos por aula), trabajando por separado con cada uno de ellos. El curso fue realizado en todos los grupos de los centros asignados a uno de los dos tratamientos experimentales, aunque para la evaluación, como se ha señalado más arriba, sólo se haya podido tener en cuenta a los alumnos que en octubre de 1982 cursaban 3.º de B.U.P.

Los alumnos recibían el cuaderno unos días antes; lo leían, y las clases debían centrarse en el análisis y discusión de la información y de las situaciones realmente vividas por los alumnos. La atención del educador, ya fuese el especialista o el profesor habitual, se dirigía a la dinámica grupal y su intervención debía limitarse a la utilización de técnicas de movilización que promoviesen la participación y el trabajo grupal. Incluso, si hubiese que moderar los turnos de palabras, correspondía a los alumnos elegir un moderador (distinto del educador).

En los centros donde debía hacerse el curso a través de los propios profesores, un equipo de éstos se responsabilizaba del cumplimiento del programa. Contaron con un dossier en el que se ofrecía una información extensa sobre drogas, las guías didácticas de cada unidad con los objetivos y procedimientos a seguir y se mantuvo con ellos cuantas reuniones fueron necesarias para asegurar una homogeneidad de metodologías en ambos grupos experimentales, además de un seguimiento mientras se desarrollaba el curso.

En los centros asignados al grupo de «especialistas» fueron los miembros del equipo firmante de este trabajo los encargados de llevarlo a cabo.

En los centros de ambos grupos experimentales, además, los padres de los alumnos fueron convocados a una reunión con el equipo, en la que se les informó del programa, intentando mejorar sus conocimientos relativos al tema e inducir actitudes y comportamientos en la familia coherentes con los principios de la prevención de las toxicomanías.

2.3. Resultados

2.3.1. Información general sobre drogas

Las drogas son identificadas, al menos por el 80 por 100 de los alumnos, sin que se observen diferencias significativas por tipo de tratamiento excepto en lo que concierne al alcohol: el grupo control da un porcentaje significativamente superior ($p = .0008$) de sujetos que no saben que el alcohol es una droga, y en el caso de la cerveza el grupo al que dio el curso el equipo de especialistas es el que dice con más frecuencia ($p = .0068$) que la cerveza contiene una droga (alcohol).

Aunque para el resto de drogas no se obtengan estas diferencias significativas, se observa una tendencia por la que resulta desfavorecido el grupo control, especialmente en los tipos de droga legal, de forma que los alumnos del grupo control identifican como droga con menor frecuencia los tranquilizantes, calmantes y el tabaco.

Por otra parte, la mejor de las definiciones de droga que se proponían en el cuestionario era elegida por un porcentaje significativamente superior ($p = .0018$) de alumnos del grupo de especialistas. Las peores definiciones («substancia cuyo consumo está prohibido» y «substancia que se inyecta») fueron elegidas con más frecuencia por el grupo de profesores.

No hay diferencias significativas respecto de la percepción de cuál es la droga más peligrosa, más consumida o que mayores problemas causa a nuestra sociedad. Pero la tendencia que se observa es que el grupo de control desconoce bastante la realidad y con mayor frecuencia cae en el tópico: más de la mitad creen que lo más peligroso es el LSD, pero ninguno nombra los medicamentos estimulantes y tranquilizantes, o el alcohol y tabaco, cosa que no ocurre con los grupos que asistieron a alguna de las dos modalidades del curso; otro tanto se observa al preguntar cuál creen que es el producto más consumido, siendo los del grupo control los más afectados por informaciones sensacionalistas y alejadas de la realidad de nuestro país, de forma que frente al 14'6 por 100 de alumnos del grupo control que señalan el alcohol como producto más consumido, son el 30'4 por 100 los alumnos que dan esta respuesta en el grupo de especialistas (13'4 y 5'1 son los porcentajes respectivos referidos a la marihuana).

Puede decirse, por tanto, que la calidad de la información general es superior en los alumnos que han asistido a alguna de las dos formas en que se ha impartido el curso. La diferencia entre el grupo asignado al profesorado y el grupo de especialistas es ligeramente favorable a este último.

2.3.2. Valoración pormenorizada de las unidades didácticas

I. Salud y drogas

Para esta primera unidad didáctica, cuyo objetivo consistía en enseñar los efectos de la droga, la evaluación se ha realizado preguntando sobre los efectos a largo plazo del alcohol y del tabaco. Las consecuencias del abuso del alcohol son significativamente ($p = .0462$) mejor conocidas por el grupo de especialistas, no habiendo diferencias en el nivel de conocimientos entre el grupo de profesores y el control. En el caso de los efectos del tabaco no hubo diferencias significativas entre los tres grupos estudiados, y casi el 90 por 100 de todos los alumnos respondió correctamente, lo que nos hace pensar que la información sobre los efectos del tabaco es conocida por la mayor parte de la población y el curso poco podía añadir en este aspecto.

II. Medio socio-cultural y drogas

Al intentar averiguar en qué medida los alumnos eran conscientes de las presiones de la publicidad comprobamos que un 73 por 100 parecía admitirlas, no introduciendo variaciones el que se hubiese o no asistido al curso. No obstante, nuestra experiencia directa con los alumnos a través de las clases no nos permite ser tan optimistas sobre este punto, ya que captamos, más bien, una seria dificultad por parte de los jóvenes en aceptar que las influencias externas fuesen tan determinantes para su comportamiento, y en este sentido vemos en el alto porcentaje conseguido más una captación teórica de un hecho que una aceptación personal de dicha influencia. Preguntamos también cuáles creían que eran las causas del alcoholismo, resultando que el grupo de especialistas escogía de forma significativamente superior ($p = .0152$) la explicación de que es una cuestión ligada a la producción de bebidas alcohólicas, mientras que el grupo asignado a los profesores y el control escogían la explicación menos concreta y más moralista de la «inestabilidad social».

III. Drogas y ley

Para ninguna de las preguntas evaluando esta tercera unidad didáctica encontramos diferencias significativas entre los grupos. Se observa, con todo, una tendencia de los grupos experimentales a aceptar restricciones en el consumo en mayor medida que el grupo control. Así, al preguntar cuántas consumiciones podían hacerse sin alcanzar la alcoholemia máxima legalmente permitida para conducir, los que asistieron a los cursos tienden a decir que una sola consumición; sobre el fumar en clase, el 89'1 por 100 de los alumnos del grupo de especialistas aceptan que no se debería fumar, lo que es afirmado por el 81'8 por 100 en el grupo de profesores y el 82'5 por 100 del gru-