«LA EDUCACION SOBRE DROGAS EN EL CENTRO ESCOLAR» *

MENDOZA BERJANO, R., y VEGA FUENTE, A. **

RESUMEN

Esta ponencia forma parte de una investigación más amplia que estamos realizando sobre las bases pedagógicas y psicológicas de la prevención del abuso de drogas a través de la educación. Aunque no expone ninguna experiencia educativa llevada a cabo por nosotros en los últimos meses, su contenido sí tiene una utilidad práctica inmediata. Nos hemos apoyado en recientes estudios realizados por centros de educación sobre drogas de diversos países y en nuestra propia experiencia de años anteriores. Próximamente verificaremos sus conclusiones en un curso sobre drogas para educadores que vamos a dar en el Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Barcelona.

Al hablar de abuso de drogas nos vamos a referir al uso excesivo de todas ellas, no sólo al abuso considerado ilegal. Por tanto, incluimos también las toxicomanías causadas por el alcohol, el tabaco y los medicamentos, que constituyen en nuestro país un problema sanitario más grave que el causado por drogas provenientes de otras culturas. No damos por supuesto que el abuso de las drogas sea un problema que afecte principalmente a los jóvenes, como a veces se da a entender. Si vamos a tratar de la educación sobre drogas en la escuela no es precisamente porque los consumidores estén sólo en ella, sino porque la escuela es el medio formal de educación por excelencia en nuestra sociedad y porque se pueden aprovechar los recursos de que dispone. Los jóvenes y los niños, tanto si abusan de las drogas como si no, son de hecho más moldeables que los adultos, por lo que interesa trabajar con ellos si se quieren conseguir hábitos higiénicos en la población.

Finalmente añadiremos que en esta ponencia no queremos marcar el camino que hay que recorrer, sino sólo aportar algunas ideas para la reflexión y la discusión de todos.

* Ponencia presentada a las V Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Granada, septiembre de 1977.

** Profesores colaboradores del Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Barcelona.

1. LA REALIDAD DE LA PREVENCION DEL ABUSO DE DROGAS EN ESPAÑA

La situación española en este campo es desastrosa, en nuestra opinión, ya que prácticamente no existe la prevención de las toxicomanías.

A todos los niveles existen posturas aparentemente contradictorias.

El Gobierno forma en 1974 una Comisión Interministerial para el Estudio de los Problemas Derivados del Alcoholismo y del Tráfico y Consumo de Estupefacientes, que finaliza sus trabajos seis meses más tarde, recomendando que se adopte con carácter de urgencia un plan de medidas preventivas para evitar "la expectativa de un grave problema social y sanitario" (1). Casi tres años más tarde, las únicas medidas que conocemos que han sido tomadas son bien tímidas: elaborar un proyecto de ley para la regulación de las bebidas alcohólicas en T. V., realizar una "Operación Fleming" de dudosa eficacia (2) e imprimir algunos folletos sobre drogas. Sin embargo continúa la escandalosa publicidad de bebidas alcohólicas y de tabaco, incluso en los medios de información propiedad del Estado; continúan también los médicos atiborrando a sus pacientes de recetas a cargo de la Seguridad Social.

Parece que en la práctica el Gobierno reduce la prevención del abuso de drogas a la represión del tráfico ilegal de estupefacientes, olvidando impunemente las peticiones que le hacen los trabajadores sanitarios y los propios toxicómanos de adoptar otras formas de prevención (3).

La postura de los mismos profesionales de la medicina nos parece también contradictoria, ya que repiten hasta la saciedad en los congresos y en declaraciones a la prensa la necesidad de una eficaz prevención en toxicomanías, pero muy pocos de ellos están dispuestos a actuar en la práctica. Entre estos pocos los hay que con muy buena voluntad dan algunas conferencias sobre toxicomanías, pero sin conocer previamente con la debida profundidad al público sobre el que van a actuar (sus hábitos de consumo, sus ideas y actitudes hacia las drogas) y sin evaluar posteriormente los efectos de su intervención. Es más que probable que este tipo de conferencias no sean eficaces, como veremos más adelante.

También nos parece contraproducente la acción informativa y pretendidamente educativa de la prensa (4).

La escasez de investigaciones en prevención del abuso de drogas en España contrasta con la abundancia de publicaciones en otros países que le destinan más medios económicos. En ellos hace

ya tiempo que la maquinaria estatal y los centros privados se pusieron en movimiento para financiar una variada gama de experimentos educativos en este terreno (5).

Si todo el mundo reconoce que resulta más eficaz y más barato prevenir una enfermedad que intentar curarla, ¿por qué en España no se trata de prevenir las toxicomanías? Las causas de esta apatía son tan variadas como las causas del mismo abuso de drogas. Interesa localizarlas para que al hablar de cómo prevenir el abuso de drogas no estemos haciendo especulaciones en el aire.

A un nivel general, estamos inmersos en un sistema educativo empeñado en transmitir conocimientos anquilosados y no en educar para saber afrontar los problemas reales que se dan en la vida. También estamos inmersos en un sistema sanitario más centrado en la enfermedad que en la salud (6) y que concibe a la salud como un negocio. En definitiva, le resulta más rentable cobrarle al enfermo que evitar la enfermedad.

Ya en el campo concreto de las toxicomanías, no hay que olvidar que éstas no resultan beneficiosas para la sociedad, pero sí para los propietarios de las industrias vinícolas, tabaqueras y farmacéuticas, que tienen más influencia sobre las decisiones del poder que cualquiera de los toxicómanos españoles y que todos ellos juntos. El Estado ni siquiera se deja convencer por los argumentos que se le hacen en su mismo lenguaje capitalista, del tipo de que "a causa del alcohol se pierden anualmente 730 millones de jornadas laborales" (7), ya que los beneficios políticos de una población adormecida por las drogas son inconmensurables (8), del mismo modo que también son inconmensurables para el pueblo las consecuencias negativas de las toxicomanías en la familia, en la comunidad y en la propia persona del toxicómano.

Por otra parte, los médicos han recibido una formación universitaria centrada casi exclusivamente en los aspectos terapéuticos de la acción sanitaria. Las publicaciones que reciben están controladas por los laboratorios farmacéuticos, a los que evidentemente no les interesa que disminuya el actual consumo de medicamentos ni financiar investigaciones que puedan ir en contra de sus intereses. A causa de esta formación deficiente, algunos médicos sufren también un prejuicio contra los enfermos alcohólicos, que en el fondo desprecian, o hacia los que se acercan con actitudes moralistas.

La prevención de las toxicomanías es una cuestión política, porque puede hacer tambalear grandes intereses económicos. Sus avances se están viendo frenados en su aplicación por la estructura social y sanitaria existentes. La marginación del enfermo toxi-

cómano en el actual sistema sanitario pone trágicamente al descubierto cuál es su verdadera naturaleza: conseguir el beneficio económico para unos pocos y no la salud para todos.

2. LA EDUCACION SOBRE DROGAS COMO UNA FORMA DE PREVENCION

La O. P. T. A. T. define la educación como la "puesta en marcha de los medios apropiados para asegurar la formación o el desarrollo de los individuos y grupos sociales dentro de una óptica de promoción de la salud colectiva" (9).

¿Es eficaz la educación sobre drogas? Esta es una cuestión controvertida sobre la que no hay acuerdo general (10). Un estudio de Stuart con 935 sujetos demuestra que al recibir una adecuada educación sobre drogas se aumentan considerablemente los conocimientos sobre las mismas (11). Sin embargo no está clara la relación entre un mejor conocimiento y un cambio de actitud hacia las drogas. La evaluación hecha por Kinder de varios programas de educación sobre drogas concluye que tuvieron poco efecto en la inducción de cambios actitudinales (12). Idénticas conclusiones han obtenido Brown y Klein en otro trabajo (13). Tampoco está clara la relación entre un mejor conocimiento y la disminución de la ingestión de drogas. Son abundantes los programas educativos que tienen como consecuencia un incremento del consumo y no su disminución (14).

La postura más general de los investigadores de este campo es probablemente la del Instituto para el Estudio de la Drogodependencia de Londres, que tras un estudio con más de 5.000 escolares concluye afirmando que la educación tiene algunos efectos preventivos y otros contra-preventivos (15). Es por tanto un arma de doble filo. Pero no nos parece cierta la afirmación de Birdwood de que "sólo la educación goza del dudoso privilegio de poder empeorar las cosas" (16). También la acción terapéutica corre el riesgo de crear o de agravar una toxicomanía, del mismo modo que la acción de la policía y de los jueces puede aumentar la marginación social de los detenidos.

Sin embargo, a pesar de estos riesgos, la necesidad de una educación en materia de drogas nos parece cada vez más imperiosa. No hay que olvidar que tanto los jóvenes como los adultos adquieren a través de sus propios cauces o por los medios de información social una cantidad importante de nociones, algunas de las cuales son exactas, mientras que otras son parciales o falsas. El estudio realizado por Soler Insa en Barcelona con 818 estudiantes de B. U. P., presentado hace un año en estas mismas Jornadas,

muestra que la calidad de la información de que disponen los escolares es baja, y que son precisamente los estudiantes con una mayor calidad de la información los que presentan una actitud más sana hacia las drogas. En último término, esta educación es necesaria porque las drogas son una realidad social y los jóvenes tienen derecho a ser informados sobre ellas. Si la escuela debe educar para la vida, debe incluir en sus aulas estas cuestiones que afectan a padres e hijos.

Por otra parte, la postura de algunos gobiernos que son reacios a una educación en materia de drogas resulta hipócrita. Al mismo tiempo que excusan su omisión con que "la publicidad excesiva podría contribuir a extender la toxicomanía" (17), toleran o incluso fomentan la publicidad de drogas del tipo del alcohol y el tabaco.

Los consumidores potenciales siempre tendrán drogas al alcance de la mano, tanto si el uso que piensan hacer de ellas es legal como si es ilegal. Hay que partir de este hecho (18). Por consiguiente, el autocontrol de los propios consumidores es la mejor forma de evitar que pasen al abuso (19). Depende de la educación sobre drogas, como una parte de la educación integral de la persona, el formar personas equilibradas capaces de autocontrolarse y de hacer frente a los problemas de la vida sin evadirse.

Sin embargo, la prevención completa del abuso de drogas a través de la educación es un objetivo inabarcable. Al educar sólo estamos actuando sobre una parte de las causas de las toxicomanías: la falta de una información veraz con la que elaborar los criterios propios y la existencia de personalidades evasivas o excesivamente sumisas al medio ambiente.

¿Cuáles son las otras causas? Existen muchas teorías sobre los factores etiológicos del abuso de drogas (20), que no vamos a resumir aquí. Sí queremos señalar que la cuestión es de la máxima importancia, porque el enfoque de las causas determina el enfoque de las soluciones y concretamente de la prevención. Como afirma Berger, "es necesario dirigir la mirada a las causas fundamentales, y esto, inevitablemente, centra el análisis en las traumáticas condiciones de vida de que es víctima el hombre hoy en día" (21). Intentar cambiar los síntomas llamativos del malestar social sin sumarse a acciones transformadoras de la globalidad del sistema es una pérdida de tiempo. Como trabajadores de la sanidad debemos unirnos a la lucha de todo el pueblo por una sociedad más humana, incluso en el caso de que sólo nos interesara prevenir el abuso de las drogas.

En el cuadro 1 (pág. 7) hemos simplificado artificialmente la complejidad del sinfín de factores etiológicos del abuso de drogas,

mutuamente interrelacionados, con vistas a enmarcar la educación sobre drogas dentro del contexto de las posibles medidas preventivas.

No hay que olvidar que los factores etiológicos de las toxicomanías se configuran de una forma u otra según la localidad, según el grupo social y según la droga que se esté considerando. Con vistas a la acción no es válido, por tanto, partir de una generalización como la del cuadro 1. Es necesario hacer un análisis del medio sobre el que se quiere actuar antes de comenzar un programa educativo sobre drogas o cualquier otra medida preventiva. También en este campo la educación tiene que adaptarse a la vida real del marco donde se da.

Por otra parte, las ventajas económicas de la prevención de las toxicomanías en comparación con su terapia son evidentes, aunque necesitan ser cuantificadas por los economistas (22). Con la prevención se puede disminuir la incidencia de la enfermedad o atajar ésta en fases más tempranas. Esto trae consigo una menor necesidad de asistencia sanitaria y una mejor disponibilidad de personal para los que ya son enfermos. Además, el material educativo es menos caro que el terapéutico, y se puede aprovechar en parte el personal ya existente de los centros escolares.

CUADRO NUM. 1

FACTORES ETIOLOGICOS		*MEDIDAS PREVENTIVAS*
— Situación laboral insatisfactoria o desempleo.	**A**	Transformación hacia una sociedad
— Condiciones de vida inapropiadas o marginación.	**B**	más justa.
— Valores sociales dominantes (hedonismo, evasión, provecho individual).	**U**	Cambios sociales y legislativos.
— Presión social para el uso de drogas (publicidad, prensa, sistema sanitario).	**S**	Mejoras urbanas.
— Disponibilidad de la droga en el mercado legal y en el ilegal.	**O**	Cambios en el sistema educativo y social que los origina.
— Falta de información adecuada sobre las drogas.	**D**	Orientación de los periodistas.
— Conflictos familiares.	**E**	Control de la publicidad.
— Trastornos de la personalidad.	**D**	Reestructuración del sistema asistencial.
— Anomalías somáticas en el consumidor.	**R**	Medidas legislativas eficaces.
— Alteraciones metabólicas producidas por la msima droga.	**O**	Educación sobre drogas
	G	Orientación y asistencia social.
	A	Psicoterapias apropiadas.
	S	Diagnóstico y terapia precoz.
		Tratamiento médico.

3. LA EDUCACION SOBRE DROGAS EN LA ESCUELA

La educación sobre drogas tiene un objetivo general, que es ayudar a formar personas sanas, idéntico al del resto de la educa-

ción sanitaria que puede llevarse a cabo en el centro escolar. Tiene también unos objetivos específicos, que veremos más adelante. El objetivo general queda reflejado en el cuadro 2 (23).

CUADRO NUM. 2

POSIBILIDADES DE EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA

1. HIGIENE DEL CUERPO Y DEL VESTIDO →
2. HIGIENE BUCODENTAL →
3. ACTITUDES SANITARIAS BASICAS →
4. EDUCACION SEXUAL →
5. EDUCACION DIETETICA →
6. HIGIENE MENTAL →
7. EDUCACION SOBRE DROGAS →
8. PREVENCION DE ACCIDENTES DOMESTICOS →
9. PRIMEROS AUXILIOS →
10. PREVENCION ENFERMEDADES TRANSMISIBLES →

PERSONA SANA

3.1. Objetivos

Educar no es sólo informar (24). Si hablamos de la educación sobre drogas es porque creemos que ésta abarca mucho más que la información sobre drogas, que de nada sirve si no se encuadra dentro de una educación integral. Incluso los mismos programas centrados en las toxicomanías deben proponerse objetivos que abarquen toda la persona. Tanto los jóvenes como los adultos necesitan aprender en estos programas educativos el valor de unas relaciones afectivas cálidas con las demás personas, el valor de hacer cara a los problemas sin evadirlos y de dar una expresión creativa a las propias facultades (25). Más que impartir enseñanzas sobre drogas a la gente, hay que ayudarla a desarrollarse ellos mismos como personas (26). La educación sobre drogas debe ser simultáneamente una educación para la vida (27). Si en definitiva

pretendemos que los sujetos cambien su actitud hacia determinados tóxicos, la mejor forma de empezar es enseñándoles a analizar cuáles son sus actitudes en todos los campos (28).

Ahora bien, si se quiere que la educación sobre drogas sea eficaz, sus objetivos y sus métodos no pueden estar en contradicción con los objetivos y los métodos de nuestro sistema educativo en su globalidad. Es inútil que queramos formar personas libres, capaces de resistir la presión ambiental y de vivir sanamente, si simultáneamente estamos inmersos en un sistema educativo y en una sociedad que no fomentan la crítica, ni la salud, ni la libertad. Por lo tanto hay que empezar transformando el sistema educativo, como ya hemos señalado antes. Al menos para que la escuela no sea una fábrica de niños frustrados e inadaptados (29), potenciales toxicómanos.

A pesar de este marco de actuación global, es necesario escoger objetivos concretos y limitados para cada acción educativa. En las conclusiones del grupo de estudio reunido por la U. N. E. S. C. O. en 1975 para evaluar los programas europeos de educación sobre drogas se afirma: "La educación no puede perseguir con efectividad más que un número limitado de objetivos (...). Los objetivos muy ambiciosos pueden ser inalcanzables. Intentar conseguir incontables objetivos puede resultar muy costoso, en términos económicos, educacionales, sociales e individuales. Se debería aceptar que cada centro escolar puede conseguir sólo un número limitado de objetivos, y que diferentes escuelas en diferentes circunstancias deberán proponerse objetivos distintos" (30). El orden lógico de los pasos a dar antes de comenzar la acción educativa es: 1.º, estudiar el marco en el que se quiere trabajar para valorar las necesidades y las características de los alumnos y de sus padres; 2.º, ver las propias posibilidades pedagógicas; 3.º, establecer objetivos concretos y alcanzables.

Dornz y Thompson señalan seis objetivos entre los que los profesores deben establecer un orden prioritario:

1. Disminuir el uso de drogas particulares (específicas).
2. Promover determinadas actitudes hacia drogas específicas.
3. Disminuir el daño causado por la experimentación.
4. Aumentar el conocimineto sobre las drogas.
5. Aumentar la capacidad de razonar y de tomar decisiones de los alumnos.
6. Mejorar la comunicación alumno-profesor (31).

Nos parece que los objetivos últimos de la educación sobre drogas no se consiguen hasta que los alumnos no se hayan hecho cargo

del significado social y político del abuso de drogas. Tal como señala Freire, "la educación no es un instrumento válido si no establece una relación dialéctica con el contexto de la sociedad en la que el hombre está radicado".

3.2. Métodos

¿Qué métodos educativos hay que usar en un programa determinado? Esto depende de los objetivos que nos hayamos fijado previamente. Cada uno de los objetivos prefijados requiere unos métodos educativos y no otros. Hay que elegirlos cuidadosamente. Un método que sea apropiado para conseguir un objetivo puede ser contraproducente para perseguir otro, como mostraría una evaluación posterior (32).

Existe una tendencia general a incluir la educación sobre drogas dentro de los programas y textos de las diversas asignaturas, como una parte normal de las mismas (33). Se evita así el peligro de que los alumnos consideren el tema de las drogas como algo especial. Puede ser incluida en cursos de educación física o sanitaria, o bien diluida en asignaturas tales como las ciencias sociales, la educación religiosa, las ciencias naturales, la química o la biología. En realidad cualquier asignatura sirve con este fin, pues hasta en matemáticas puede hacerse un problema utilizando datos epidemiológicos (34).

El riesgo de inculcar una actitud especial hacia el tema de las drogas existe también en el uso de medios audiovisuales, a no ser que los alumnos estén familiarizados con ellos en la asignatura en cuestión. Los medios audiovisuales tienen además el inconveniente adicional de no permitir una transformación fácil de su contenido en función de las necesidades de cada grupo concreto. Para que su eficacia estuviera asegurada, los programas audiovisuales tendrían que estar elaborados por los profesores de cada barrio o pueblo, asesorados por el centro de higiene mental (o equivalente) de su zona, y deberían usarse siempre seguidos de un diálogo en el que los participantes pudieran elaborar sus ideas. Este diálogo permitirá una primera evaluación simultánea por parte del profesor. En el caso concreto de las películas y *videotapes* es más apropiado elegir segmentos cortos y comentarlos que no proyectar todo el film (35).

El sistema de usar pequeños grupos tiene diversas ventajas frente a la clase magistral. Los alumnos pueden analizar sus propias actitudes hacia las drogas y hacia la vida en general; pueden aportar las informaciones de que disponen y convertirse en parte activa de la enseñanza; pueden elaborar sus propias ideas sin sentirse coaccionados por el profesor. Valoramos a los grupos pequeños por ser un método centrado en las personas y no en las sustancias (drogas) (36).

3.3. Contenidos

La elección de los contenidos informativos apropiados debe estar también en función de las necesidades de sus destinatarios. No hay que dar prioridad a unas drogas y otras por el hecho de que su uso sea legal o ilegal, sino por los efectos de su abuso y por las pautas de consumo de la zona. El alcohol y el tabaco son probablemente las drogas que más requieren nuestros esfuerzos en estos momentos.

Si queremos que la información facilitada se considere fidedigna, debe apoyarse únicamente en hechos comprobados científicamente (37). Esto nos parece importante, pero lo vemos difícil de conseguir, ya que la ideología está infiltrada en el uso que se hace de cualquier ciencia. Un grupo de expertos de las Naciones Unidas recomendó adoptar en la educación sobre drogas un enfoque psicosocial, más que legal o médico (38). Desde esta perspectiva psicosocial aún es más difícil no inmiscuir la propia ideología al relatar los hechos.

Birdwood da unas orientaciones muy precisas sobre estos contenidos educativos:

1. No procede formular prohibiciones de un modo autoritario, ya que los adolescentes son de suyo rebeldes y pueden recoger estas prohibiciones como un reto.
2. No se debe insistir en los peligros de las drogas, porque el riesgo forma parte del universo de los jóvenes.
3. No conviene dar a los adolescentes una serie de instrucciones sobre los estupefacientes, su empleo, sus efectos, su tamaño, su forma, su color, etc., ya que ello les incitaría a hacer una prueba.
4. No debe hacerse un inventario demasiado completo de hechos y datos para dejar que los adolescentes se formen ellos mismos un criterio al respecto. Habría que disponer de una computadora para seleccionar y ordenar todos los datos disponibles, aun en el caso de que los "hechos" fueran exactos.
5. Por último, no se debe incurrir en el mismo error que los toxicómanos, consistente en atribuir a los estupefacientes una suprema importancia; es indudablemente más seguro reducirlos a un papel menor de muy imperfecto sucedáneo de la intervención activa en la vida real (39).

3.4. Educandos

El grupo de jóvenes con el que el profesor va a trabajar se compone de consumidores de una determinada droga (de forma abusiva o no) y de no-consumidores. Ambos grupos tienen distintas ideas

en torno a las drogas y distintas actitudes hacia las fuentes de información (40). El grupo de los consumidores suele estar también malinformado (41) y tener como fuente principal de información a sus propios amigos (42). Los consumidores distinguen entre unas drogas y otras, en vez de hablar de drogas en general, como tienden a hacer los no-consumidores (43). Si el curso sobre drogas es optativo, probablemente atraerá más a los usuarios que a los no usuarios (44). De todas formas, estos programas escolares son una de las fuentes informativas menos influyentes en los jóvenes, según el estudio que hizo Smart con 15.000 escolares de *high school* durante tres años, en el que concluía que la influencia más importante la ejercían los amigos y la propia experiencia personal (45). Esto no significa que debamos desistir de este medio de acción.

Es importante que el profesor trabaje también con los padres de sus alumnos, ya que tanto el uso como el abuso de las drogas son formas de conducta aprendidas a través de los grupos de socialización, el más importante de los cuales es la familia (46). Los padres son las personas con más influencia sobre la vida de sus hijos, y la acción educativa llevada a cabo desde fuera de la familia difícilmente será eficaz si no cuenta con su colaboración (47). También pueden tener un gran papel en la orientación de los hijos que estén abusando de alguna droga. Por otra parte, los jóvenes pueden concienciar también a sus padres sobre el uso correcto de determinadas drogas, si disponen de más información que ellos. No hay que olvidar el papel socializador de los jóvenes sobre los padres en épocas de cambio social rápido (48).

3.5. Educadores

La acción educativa debe ser llevada a cabo por educadores del propio centro, y no por especialistas ajenos a él, que no conocen a los alumnos y pueden provocar en ellos una curiosidad especial hacia determinadas drogas. Los profesores, junto con los psicólogos y médicos escolares, son los más adecuados para actuar con los jóvenes del centro y con sus familiares. Su papel no debe reducirse a la mera información, sino que también pueden ofrecer una orientación más personal a determinados alumnos con problemas de toxicomanía (49). Por otra parte todos ellos pueden ayudar a prevenir desajustes psíquicos que lleven a la toxicomanía, por lo que una buena medida preventiva sería dotar a cada centro escolar de un equipo psicopedagógico.

Sin embargo, la realidad es que actualmente ni los padres, ni los profesores, ni los psicólogos, ni los médicos están preparados para llevar a cabo la educación sobre drogas, salvo excepciones (50). Hay que comenzar, pues, transformando los planes educativos de las

respectivas facultades universitarias para asegurar su debida formación. Mientras tanto, urge actuar con seminarios y cursillos que capaciten a los ya titulados (51). En el caso de los profesores, estos cursos deben proponerse como objetivo particular el cambio de actitudes punitivas a actitudes comprensivas y rehabilitadoras.

3.6. Evaluación

Es imprescindible evaluar (52) toda acción educativa que se esté realizando desde su mismo comienzo (53), dado el alto riesgo que hay de engendrar efectos contraproducentes. No puede haber prevención educativa sin una investigación paralela, ya que lo importante es aumentar la calidad de la educación, más que la cantidad (54). La evaluación de un programa educativo nos permitirá diseñar más acertadamente el siguiente, tal como pone de manifiesto el cuadro 3 (55). Nos posibilitará descubrir qué elementos del programa fueron los efectivos y cómo aumentar esta efectividad (56).

CUADRO NUM. 3

LOS PASOS DE UN PROGRAMA

1. Valorar las características y necesidades de los alumnos	← Revisar	
2. Elegir objetivos limitados	← Modificar	
3. Desarrollar los métodos educativos	← Mejorar	
4. Educar		
		Retroalimentación
5. Esperar unos meses		
6. Evaluar los efectos de la educación		

Fuente: Education Research Unit.
Institute for the Study of Drug Dependence.
London, 1974.

Para llevar a cabo esta evaluación los educadores pueden usar los mismos sistemas que se usan corrientemente en la escuela: exámenes, redacciones, cuestionarios, conversaciones informales. Para evaluar la actitud hacia determinadas drogas, pueden utilizarse tests del tipo del *Drug Attitude Inventory* (57), adaptados a nuestro medio. Sin embargo, es más fácil evaluar los conocimientos y actitudes que hayan adquirido los alumnos que evaluar los efectos en la conducta real, sobre la que influyen innumerables variables. Por

otra parte, la reacción inmediata de los alumnos no es una buena guía de sus reacciones a más largo plazo, por lo que es recomendable esperar unos meses para hacer la evaluación definitiva.

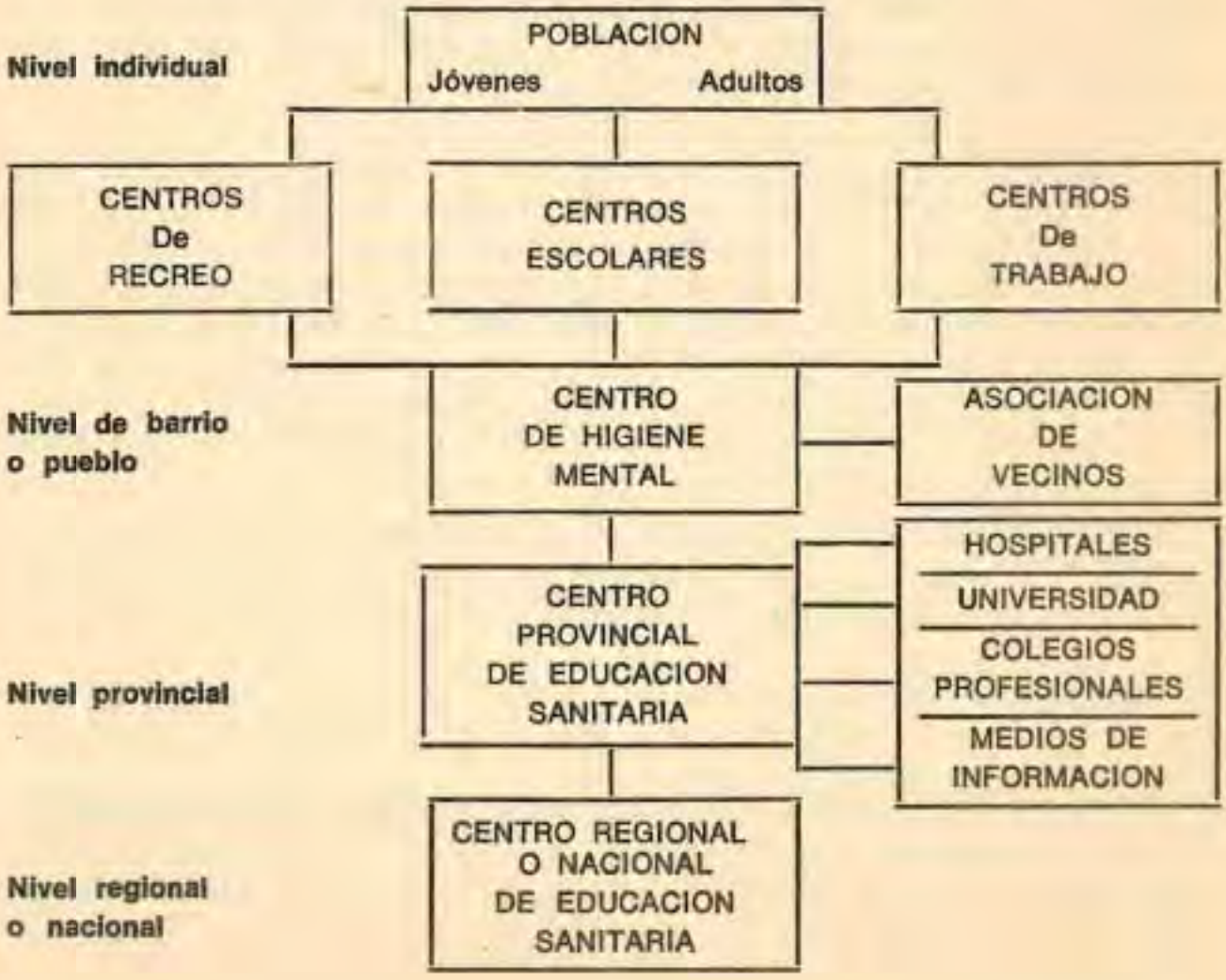
Es conveniente que haya cierta coordinación en la programación y evaluación de los programas de una zona, para que las conclusiones que se obtengan beneficien a los educadores de todos los centros escolares situados en ella. Esta coordinación puede estar llevada a cabo por el centro de higiene mental correspondiente (donde lo haya), que puede ayudar también a mantener el necesario nivel científico. Los factores que determinan la eficacia de un programa son muy complejos (58) y su evaluación requiere una metodología cuidadosa. El centro de higiene mental puede encargarse también de adaptar a la zona programas educativos utilizados en otras ciudades, regiones o países.

4. SINTESIS

En el cuadro 4 hacemos una síntesis del modelo de acción que proponemos. Se señalan los diferentes centros que deberían estar

CUADRO NUM. 4

COORDINACION EN LA EDUCACION SOBRE DROGAS



coordinados entre sí para llevar a cabo la educación sobre drogas. Las relaciones entre ellos pueden ser múltiples, siempre recíprocas. Aquí hemos señalado con flechas de doble sentido únicamente las relaciones que más nos interesa resaltar en esta síntesis final.

En el *nivel individual* se aborda la población, descomponiéndola en dos grandes grupos: jóvenes y adultos. Ambos grupos se influyen mutuamente el uno sobre el otro, como ya hemos señalado antes. La educación sobre drogas llega a ellos a través de los distintos tipos de centros donde realizan sus actividades cotidianas: centros de recreo, de estudio y de trabajo. Ellos, a su vez, pueden gestionar la marcha de estos tres tipos de centros.

En el *nivel de barrio o pueblo*, el centro de higiene mental coordina la acción preventiva (planteamiento, desarrollo y evaluación del programa educativo), en colaboración con la vocalía de sanidad de la asociación de vecinos. Ambos actúan sobre todos los centros de convivencia del barrio, no sólo sobre la escuela, que queda así situada como un medio importante, pero no el único, de educación sanitaria. Consideramos indispensable que el centro escolar esté asesorado por el centro de higiene mental en todos los pasos del programa, para asegurar su eficacia (59). Por otra parte, la coordinación con la asociación de vecinos asegura la autogestión de la sanidad por parte del mismo pueblo, y la adecuación de la acción sanitaria a sus verdaderas necesidades (60).

En el *nivel provincial*, el centro provincial de educación sanitaria integra la experiencia de los distintos centros de higiene mental con la de los hospitales y los colegios profesionales. Con ello se consigue la integración de la acción profiláctica en el conjunto del sistema sanitario y el aprovechamiento de todos sus recursos. Este centro provincial se relaciona también con la universidad, para procurar una adecuada formación de los trabajadores sanitarios, y con los medios de información social, para que su acción sea más educativa que hasta el momento (61).

Finalmente, en el *nivel regional o nacional* se produce la coordinación —no la dirección— de las experiencias llevadas a cabo en los niveles anteriormente descritos.

Este modelo de actuación que proponemos tiene tres características básicas: 1.ª, es *local*, por que la educación sobre drogas puede llevarse a cabo con eficacia únicamente por centros situados en el mismo medio donde se quiere actuar; 2.ª, *coordinada*, porque el problema es colectivo y las acciones encaminadas a solucionarlo deben ser también colectivas, olvidando de una vez los individualismos, y 3.ª, *integrada en la comunidad*, porque ésta es la mejor forma de saber resolver los problemas que tiene planteados.

Queremos terminar señalando que nos parece inútil actuar en prevención del abuso de drogras sin intentar prevenir simultáneamente la resistencia que actualmente se le ofrece por parte de las instituciones y grupos sociales que señalamos al comienzo de esta ponencia.

NOTAS

(1) GRUPO DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL ALCOHOLISMO Y DEL TRAFICO DE ESTUPEFACIENTES: "Memoria del Grupo de Trabajo...", *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, núms. 5-6 (1975), página 250.

(2) Su falta de eficacia vino dada porque pretendía disminuir el consumo excesivo de medicamentos sin afrontar dos de sus causas fundamentales: la presión publicitaria del monopolio farmacéutico y la deficiente asistencia médica en los centros de consulta externa de la Seguridad Social.

(3) Cfr. "Conclusiones del 5.º Congreso Nacional de Alcohólicos Rehabilitados", *Drogalcohol*, año II, abril 1977, págs. 48-49.

(4) En este sentido apuntan las conclusiones del análisis de contenido de las noticias sobre drogas publicadas en la prensa (1970-1976) que está realizando M. Sagrera.

(5) Cfr. S. J. KRISTER: "Drug educations programs in North America & Europe", *Technical Information Bulletin* (National Drug Information Centre, Australia), núm. 2 (1971), págs. 16-27. Contiene breves referencias de distintos programas asistenciales y preventivos que se estaban llevando a cabo en el comienzo de los años 70.

(6) Cfr. J. GOLL, J. MOLL, J. CAMPOS: *Cap a un nou concept de salut*, 6.ª sessió del debat sanitari, Congrés de Cultura Catalana, Barcelona, noviembre de 1976.

(7) J. LAPORTE: "Aspectos biológicos del abuso de drogas", *Boletín Informativo de la Fundación Juan March*, núm. 61 (1977), pág. 17.

(8) Cfr. "El alcoholismo: cuestión política", *Biblioteca Rekalde*, núm. 2 (1976).

(9) OFFICE DE LA PREVENTION DE L'ALCOOLISME ET DES AUTRES TOXICOMANIES (O. P. T. A. T.): *Etude comparative de diverses expériences et méthodes mises en oeuvre au Canada pour prevenir, par l'education, l'abus des drogues*, París: U. N. E. S. C. O., 1974 (fotocopia).

(10) U. N. E. S. C. O.: "La educación y la droga. Resultados de una primera encuesta de la Unesco", *El Correo de la Unesco*, mayo 1973, págs. 6-12.

(11) R. B. STUART: "Teaching facts about drugs: pushing or preventing", *Journal of Educational Psychology*, vol. 66, núm. 2 (1974), págs. 189-201.

(12) B. N. KINDER: "Attitudes toward alcohol and drug abuse. II: Experimental data, mass media research, and methodological considerations", *International Journal of the Addictions*, vol. 10, núm. 6 (1975), págs. 1.035-1.054.

(13) E. H. BROWN y A. L. KLEIN: "The effects of drug education programs on attitude change", *Journal of Drug Education*, vol. 5, núm. 1 (1975), págs. 51-56.

(14) Cfr. S. C. WEAVER y F. S. TENNANT: "Effectiveness of drug education programs for secondary school students", *American Journal of Psychiatry*, vol. 130, núm. 7 (1973), págs. 812-814.

(15) N. DORN y A. THOMPSON: *Research into "Drug Education" for children and adults: The work of the ISDD's Educational Research Unit*, London: I. S. D. D., 1974 (multicopista).

(16) G. BIRDWOOD: "Ocho escollos que deben evitarse", *El Correo de la Unesco*, mayo de 1973, pág. 11. El artículo está traducido de *Drugs and Society*, vol. 1, núm. 4 (1972). También está resumido en el *Technical Information Bulletin*, núm. 13 (1972), págs. 4-7.

(17) Tomado de la respuesta del Gobierno francés a una encuesta de la U. N. E. S. C. O. llevada a cabo en 1971 y 1972. Véase obra citada en nota 10.

(18) Según la citada Comisión Interministerial, las "aprehensiones deben estimarse como una parte muy pequeña, probablemente inferior al 10 por ciento del tráfico total real". Véase op. cit. en nota 1, pág. 497.

(19) Cfr. D. L. FARNSWORTH: "Toward a theory of drug control", *Psychiatric Annals*, vol. 3, núm. 4 (1973), págs. 73-93.

(20) Pueden ser consultadas las síntesis ofrecidas por J. F. KRAMER y D. C. CAMERON (compiladores): *Manual sobre dependencia de las drogas*, Ginebra: O. M. S., 1975, cap. 4, y por R. M. GLASSCOTE et alii: *Tratamiento del abuso de drogas*, Buenos Aires: El Ateneo, 1975, cap. 3. También puede verse el artículo de F. J. YUSTE GRIJALBA: "Un punto de vista médico social sobre la dependencia de las drogas", *Papers*, núm. 5 (1975), págs. 183-207.

(21) R. BERGER: "The role of the family, the school and socio-medical services in drug prevention", *International Child Welfare Review*, núm. 27 (1975), págs. 16-26.

(22) Cfr. L. BOHIGAS, R. GISBER y C. SANS: *El finançament i la despesa sanitària*, 9.ª sessió del debat sanitari, Congrés de Cultura Catalana, Barcelona, febrer 1977.

(23) Fuentes: J. M. ANTO y J. MARTI: "Algunas posibilidades de actuación sanitaria en la escuela", *Perspectivas Pedagógicas*, núms. 31-32 (1977), páginas 66-69, y J. M. ANTO et alii: *Educació sanitària a l'escola*, Comissió d'Educació Sanitària, Congrés de Cultura Catalana, 1977.

(24) CASTILLEJO define la educación como "un proceso de integración personal de la cultura, que posibilita proyectar y realizar la vida más plenamente dentro de la comunidad con espíritu creativo", en *Nuevas perspectivas de las ciencias de la Educación*, Salamanca: Anaya, 1972, pág. 23.

(25) Cfr. G. K. PIORKOWSKI: "Drug education at its best: The shaping of values and anti-drug attitudes", *Journal of Drug Education*, vol. 3, núm. 1, páginas 31-37.

(26) Cfr. P. E. ROBINSON: "Beyond drug education", *Journal of Drug Education*, vol. 5, núm. 3 (1975), págs. 183-191.

(27) Cfr. S. IRIN et alii: "Education for living: Awareness and creative choice (alternatives to drugs)", *Journal of Psychedelic Drugs*, vol. 7, núm. 1 (1975), páginas 49-58.

(28) Cfr. F. PETER: "The role of attitudes in public school alcool education", *Journal of Alcohol & Drug Education*, vol. 20, núm. 3 (1975), págs. 23-30.

(29) Cfr. E. REIMER: *La escuela ha muerto. Alternativas en materia de educación*, Barcelona: Barral, 1974, págs. 15-27.

(30) N. DORN: *Problems and rewards of evaluation of European drug education. Report of a meeting of the Study Group for Evaluation of European Drug Education and Policy*, París: U. N. E. S. C. O., 1976, pág. 25 (multicopista).

(31) N. DORN y A. THOMPSON: *Planing teaching about Drugs, Alcohol & Cigarettes*, London: I. S. D. D., 1974, pág. 3.

(32) Cfr. op. cit. en nota 30, pág. 25.

(33) Cfr. J. H. KORN y J. W. GOLDSTEIN: "Psychoactive drugs: A course evaluation", *Journal of Drug Education*, vol. 3, núm. 4 (1973), págs. 353-368.

(34) NATIONAL DRUG EDUCATION SERVICE: *Drug education in schools*, Sidney: Australian Government Publishing Service, 1973 (folleto).

(35) Cfr. op. cit. en nota 31, pág. 4.

(36) Sin embargo, hay estudios que muestran que no influye ni el tamaño del grupo ni los métodos educativos, como el de R. E. KRINER y M. R. VAUGHAN: "The effects of group size and presentation method on the impact of a drug presentation", *Humrro Technical Report*, núm. 75-11 (1975). Esta será una cuestión a comprobar en las evaluaciones posteriores que lleven a cabo los mismos profesores, hasta encontrar un método que permita la cooperación de los alumnos sin tener resultados contraproducentes. Sobre la importancia de que los alumnos participen en el mismo proceso educativo puede verse R. BROTMAN y F. SUFFET: "Illicit drug use: Preventive education in the school", *Psychiatric Annals*, vol. 3, núm. 4 (1973), págs. 48-69.

(37) Cfr. B. C. SMITH: "Drug education: A conflict in values", *Journal of Drug Issues*, vol. 2, núm. 4 (1972), págs. 37-40.

(38) UNITED NATIONS DIVISION OF SOCIAL AFFAIRS, EXPERT GROUP ON DRUGS IN MODERN SOCIETY: "Community reactions to drug use by young people", *Bulletin on Narcotics*, vol. 26, núm. 2 (1974), págs. 1-7.

(39) Op. cit. en nota 16, pág. 11. Estas informaciones de BIRDWOOD se refieren al uso ilegal de drogas y deben ser puestas a prueba antes de aceptar su validez. Concretamente sobre el valor del miedo como arma disuasoria hay otros puntos de vista distintos, como el de R. G. SMART y D. FEJER: "The effects of high and low fear messages about drugs", *Journal of Drug Education*, vol. 4, núm. 2 (1974), págs. 225-235.

(40) Cfr. R. G. SMART y D. FEJER: "Credibility of sources of drug information for high school students", *Journal of Drug Issues*, vol. 2, núm. 2 (1972), páginas 8-18, y E. SINNET: "Credibility of sources of information about drugs", *Psychological Reports*, vol. 36, núm. 1 (1975), págs. 299-309.

(41) Cfr. R. HARTNOLL y M. MITCHESON: "Attitudes of young people toward drug use", *Bulletin on Narcotics*, vol. 25, núm. 2 (1973), págs. 9-24.

(42) Cfr. E. SCHAPS et alii: "Students preferences on the design of drug education programs: Drug users and non-users compared", *Journal of Psychedelic Drugs*, vol. 6, núm. 4 (1974), págs. 425-434.

(43) Cfr. M. R. MCKEE: "Main Street, U. S. A.: Fact and fiction about drug abuse", *Journal of Drug Education*, vol. 3, núm. 3 (1973), págs. 275-295.

(44) Cfr. R. L. LINDER: "Drug use by studens of drug abuse", *Journal of Drug Education*, vol. 3, núm. 3 (1973), págs. 309-314.

(45) Cfr. "Experience more important than education", *Technical Information Bulletin*, núm. 17 (1973), págs. 9-11.

(46) Cfr. W. L. TOLONE y D. DERMOTT: "Some correlates of drug use among

high school in a Midwestern rural community", *International Journal of the Addictions*, vol. 10, núm. 5 (1975), págs. 761-777.

(47) Cfr. J. W. DEFOREST y J. R. HAYS: "Drug knowledge and attitudes of parents of adolescents", *Drug Forum*, vol. 5, núm. 1 (1975-76), págs. 89-93.
Cfr. COMITE INTERMINISTERIEL POUR L'INFORMATION: "Information sus la drogue a l'usage des parents", supplément du *Actualités-Service*, núm. 157 (1972).

(48) Pocos estudios hacen referencia a esta posibilidad, ya que en general parten del presupuesto de que son los jóvenes los que se salen de la norma.

(49) Cfr. L. L. DELL: *Sugestions for drug counseling by the classroom teacher*, Phoenix, Ar.: Do It Now Foundation (Monograph Series, D. I. N. 701).

(50) Cfr. H. W. SMITH y F. J. MEYER: "Parents and teacher attitudes toward Knowledge of drug abuse", *Journal of School Health*, vol. 44, núm. 3 (1974), páginas 152-155.

(51) Sobre los cursos para profesores, véase K. L. OZMON et alii: "Using community resources: A cooperative approach to drug education for teachers", *Journal of Alcohol and Drug Education*, vol. 19, núm. 3 (1974), págs. 15-22. Sobre los cursos para psicólogos puede verse M. P. FREIDMAN y J. MEYERS: "A workshop model for training the school psychologist in drug education and intervention techniques", *Journal of School Psychology*, vol. 13, núm. 1 (1975), págs. 63-67. Un ejemplo de curso para médicos viene en B. STIMMEL: "The development of a curriculum in drug dependency", *Journal of Medical Education*, vol. 49, núm. 2 (1974), págs. 158-162.

(52) Evaluación es "un proceso sistemático para determinar hasta qué punto alcanzan los alumnos los objetivos de la educación", según N. E. GRONLUNP: *Medición y evaluación en la enseñanza*, México: Pax-México, 1973.

(53) Cfr. op. cit. en nota 30, pág. 9.

(54) Cfr. op. cit. en nota 15, pág. 5.

(55) Fuente: N. DORN y A. THOMPSON: op. cit. en nota 31, pág. 7.

(56) Cfr. T. STORM y R. E. CUTLER: "The role of research in alcohol and drug education", *Journal of Alcool and Drug Education*, vol. 20, núm. 2 (1975), páginas 5-11.

(57) Cfr. R. J. BYRNE: *The effectiveness of group interaction and classroom instruction in changing pattern of drug use*, Columbia University, 1974 (tesis doctoral).

(58) Cfr. R. G. SMART: "Facteurs d'efficacité de l'education sur les drogues", *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies* (O. P. T. A. T.), vol. 9, número 1 (1973), págs. 3-13.

(59) En Cataluña existe la tendencia reciente de situar a los centros de higiene mental como órganos básicos de la profilaxis y terapéutica de las toxicomanías, así como de otros trastornos mentales. Cfr. SECCIO DE PSIQUIATRES DEL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA: *Comissió d'higiene mental i assistència psiquiàtrica*, Congrés de Cultura Catalana, Ambit d'Estructura Sanitària, 1977. Véanse también las conclusiones del Symposium Internacional sobre Prevención de la Subnormalidad celebrado en Barcelona en 1977, Sesiones de Prevención Social.

(60) Debemos señalar también que la reivindicación de una educación preventiva de las toxicomanías aún no ha sido asumida por la generalidad del pueblo español en sus reivindicaciones. En las manifestaciones se habla de "más y mejores hospitales", pero apenas se habla todavía de una "mejor educación sanitaria". Cfr. EQUIPO DE ESTUDIOS: *La lucha de barrios en Barcelona*, Madrid: Elías Quejereta, pág. 138.

(61) Sobre el papel de los medios de información en la creación de actitudes hacia las drogas es interesante ver T. O'KEEFE: "Sometime allies: The mass media and drug abuse education", *Toxicomanies*, vol. 7, núm. 2 (1974), págs. 91-121.