

Prevención de Drogodependencias: Intervención Educativa versus Comportamental

María Caballero Blaya
Diego Macià Antón*

Universidad de Murcia

Resumen: El objetivo principal del presente trabajo de investigación fue prevenir y/o retrasar el inicio al consumo de drogas (fundamentalmente tabaco, alcohol, medicamentos y cannabis) en alumnos de 7º curso de E.G.B. aún no consumidores habituales. Para ello, se pusieron a prueba dos tipos de intervención: Educativa (formación-cambio de actitud) versus Comportamental (Aprendizaje Estructurado de Habilidades Sociales).

Las variables estudiadas fueron: la información sobre las diferentes drogas, los hábitos de consumo, las actitudes de los sujetos hacia dichas sustancias, las habilidades sociales para resolver posibles situaciones de consumo centradas en la primera oferta, y las alternativas de tiempo libre contrarias al uso de drogas.

La intervención con los alumnos demostró la mayor efectividad del programa Comportamental frente al Educativo y al Grupo Control (que no recibió ningún tipo de tratamiento) en la mayoría de variables estudiadas.

Palabras clave: Alternativas de Tiempo Libre, Cambio de actitud, Drogodependencia, Entrenamiento en Habilidades Sociales, Intervención Comportamental, Intervención Educativa, Prevención.

Title: Substance abuse prevention: Educational versus behavioral intervention.

Abstract: The main objective of the present research was to prevent and/or to postpone the start on the drug-taking (mainly tobacco, alcohol, medicines and cannabis) in non usual drug-takers seventh level of E.G.B. students. For that, two types of intervention were tested: Educational (formation-attitude change) versus Behavioral (Structured Social Skills Training).

We have studied these variables: the information about different drugs, the drug-taking habits, the subjects attitudes toward drugs, the social skills to resolve properly the first offer in drug-taking situations, and the free time alternatives contrary to drug-taking.

The intervention with the students showed to be more efficiency of Behavioral Program than the Educational Program and Control Group in the majority studied variables.

Key words: Attitude Change, Behavioral Intervention, Drugaddiction, Educational Intervention, Free Time Alternatives, Prevention, Social Skills Training.

Introducción

El uso y abuso de las drogas, tanto legales como ilegales, constituye un problema grave debido a las alteraciones físicas, psicológicas y sociales que produce en las personas. Como se ha venido comprobando a través de diferentes estudios y trabajos de investigación (Kramer y Cameron, 1975; CI-

DUR-EDIS, 1980; Grupo de Orientación de la B.C.E., 1984; Macià, 1984 y 1986; Comas, 1986; Schioler, 1991) se necesita una acción preventiva eficaz en cuanto a la prevención del inicio al consumo de drogas por muchas razones, entre las que podemos destacar: el gran descenso en la edad de inicio al consumo, el tipo de sustancias que se consumen y la frecuencia de uso, el incremento de usuarios de todo tipo de drogas, la extensión del consumo a todas las capas sociales, el aumento del número de fallecimientos relacionados con el uso

* **Dirección para correspondencia:** Diego Macià Antón. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia. Aptdo. 4021, 30080 Murcia (España).

© *Copyright* 1993. Secr. de Public. e Interc. Cient. Universidad de Murcia. Murcia (España). ISSN: 0212-9728.
Art. recibido: 14-9-92; aceptado: 20-10-92.

indebido de drogas (accidentes de tráfico, sobredosis, suicidios, etc).

Erradicar la drogadicción sería un objetivo utópico pero no lo es intentar frenar su desarrollo mediante la prevención, entendida como una auténtica promoción de la salud a todos los niveles. La O.M.S. da prioridad a la elaboración de técnicas avanzadas para actuar sobre los grupos de población que se ven más expuestos a la drogodependencia: los adolescentes. Por eso, además de poner en práctica una serie de medidas legales, sociales, policiales, etc (para limitar la oferta), las medidas educativas (para reducir la demanda) se consideran la base de la labor preventiva porque con ellas se lograría un cambio en las actitudes hacia las drogas y su consumo (Kramer y Cameron, 1975). Se trataría, entonces, de fomentar hábitos sanos apoyados por el ejemplo (no consumo de drogas en la escuela y en la familia) y ofrecer una información adecuada, objetiva y veraz sobre el tema de las drogas (Grupo de Orientación de la B.C.E., 1984).

Nos encontramos en un momento de riesgo elevado para niños, adolescentes y jóvenes, en el que la prevención debe ser una actuación prioritaria si realmente queremos un desarrollo integral de las personas. Y esta necesidad de prevención se convierte en una necesidad de educación. La escuela no puede permanecer al margen de la educación sobre drogas cuando se sabe que los niños están familiarizados con tabaco, alcohol, medicamentos, que tienen a su alcance toda una gama de drogas ilegales para su consumo, y cuando, además, el inicio al consumo tiene lugar en los últimos cursos de la E.G.B. (Vega, 1983; Comas, 1990). Por ello, debemos ayudar a los más jóvenes a tomar conciencia de las situaciones de riesgo que les rodean enseñándoles a valorar y sopesar esos riesgos, entrenándoles en una reflexión crítica de sus experiencias apoyándonos en la toma de decisiones. En este sentido, nos acogemos al Modelo de Competencia de Costa y López (1982) que afirma que toda persona puede y tiene el derecho de aprender y desarrollar una serie de habilidades que le ayuden a prevenir y a resolver problemas y a manejar adecuadamente el estrés. Así, el individuo se convierte en agente activo de su propia salud promocionándola dentro de su comunidad, siendo capaz de aplicar las habilidades aprendidas en las situaciones que lo requieran.

Sin embargo, un programa educativo no estará completo si no se facilitan a los jóvenes las estrategias que operan en los tres niveles de la conducta

(cognitivo, fisiológico-emocional y motor) para poder enfrentarse con éxito a las situaciones-problema relevantes para el inicio al consumo de una droga (Macià, 1986). Partimos de la idea de que el programa de prevención más eficaz es aquél que da prioridad al rechazo de la primera oferta de drogas, ya que es un hecho comprobado que "consumo-ocasión" están estrechamente relacionados: los jóvenes toman una determinada droga porque se les ofrece (Macià y Méndez, 1990; Funes, 1990; Hualde, 1990).

Como se refleja en el informe de la comisión especial del Senado de investigación sobre el tráfico y consumo de drogas en España (1986) "una de las actuaciones claves para la prevención primaria de la drogodependencia es la introducción de la Educación para la Salud en todos los niveles de la enseñanza obligatoria y secundaria", es decir, enseñar a los adolescentes pautas de comportamiento positivas que eviten las actitudes asociadas al consumo de drogas. Para ello se debe contar con la participación de los agentes sociales y la coordinación entre servicios escolares, juveniles, sociales y de salud (Plan Nacional Sobre Drogas, 1985).

Nuestro trabajo se halla en la línea de otros desarrollados por la O.M.S. en Europa y de autores y organismos españoles como Dirección General de Salud Pública (1981), Vega (1983), Calafat (1984,1985,1987,1988,1989), Macià (1984, 1986), Macià y Méndez (1990), Macià, Olivares y Méndez (1990), Torres (1986,1989), García-Rodríguez (1986), etc. Las hipótesis de las que partimos en la presente investigación fueron las siguientes:

- 1.- El nivel de información sobre tabaco, alcohol y otras drogas se incrementará tras la intervención en los dos grupos experimentales (Grupo I: Intervención Educativa y Grupo II: Intervención Comportamental).
- 2.- La Intervención, tanto Educativa como Comportamental, modificará el componente cognitivo de la actitud respecto a las drogas.
- 3.- El componente afectivo de la actitud respecto a las diferentes drogas se verá modificado tras la intervención en los dos grupos experimentales.
- 4.- La Intervención Comportamental modificará el componente comportamental de la actitud respecto a las drogas.
- 5.- La Intervención Comportamental facilitará el aprendizaje de conductas que ayuden a la prevención del inicio al consumo de drogas (en lo referente a competencias sociales).

6.- Los dos tipos de intervención incrementarán la intención de los sujetos de participar en mayor cantidad de actividades de ocio y de mayor implicación personal en las mismas.

Método

Sujetos

Los sujetos fueron 71 alumnos (39 varones y 32 mujeres) de 7º curso de E.G.B. pertenecientes al Colegio Público "La Paz" de Callosa del Segura (Alicante), cuyas edades oscilaban entre los 11 y los 13 años.

La intervención se llevó a cabo del 20 de noviembre al 20 de diciembre de 1990.

Se distribuyeron al azar las clases a los dos grupos experimentales y al grupo control quedando como sigue:

- *Grupo I* (Intervención Educativa): 23 alumnos.
- *Grupo II* (Intervención Comportamental): 24 alumnos.
- *Grupo Control*: 24 alumnos.

Cada grupo de tratamiento se subdividió en dos, distribuyéndose al azar los sujetos a los dos investigadores por subgrupo para que el número de sujetos a intervenir fuera lo más reducido posible y la intervención resultara más provechosa para los propios alumnos.

Procedimiento

a) Fase de Evaluación

Previamente a la aplicación de los programas se evaluó a los alumnos mediante los siguientes cuestionarios:

- * **Cuestionario de Información** para evaluar el nivel objetivo de conocimientos de los sujetos sobre tabaco, alcohol y otras drogas.
- * **Cuestionario de Hábitos de Consumo** para conocer la frecuencia de consumo de las distintas drogas.
- * **Cuestionario de Actitudes** para evaluar los tres componentes de la actitud (cognitivo, afectivo y comportamental) en relación a las distintas drogas.
- * **Cuestionario de Habilidades Sociales** para conocer la conducta más frecuente de los sujetos ante situaciones comprometidas y su habilidad para salir de ellas.

* **Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS)** de Caballo (1988), para evaluar los componentes no-verbales, paralingüísticos y verbales al poner en marcha una conducta en una situación concreta. Para ello se elaboraron una serie de situaciones de interacción ante las que los sujetos debían reaccionar.

* **Cuestionario de Alternativas de Tiempo Libre**, consistente en un listado de 23 actividades de ocio a las que cada alumno contestaba las que realizaba a diario, el fin de semana o que no realizaba pero le gustaría.

Paralelamente a los alumnos, en los padres se midieron las mismas variables incluyendo un cuestionario de conocimientos terapéuticos sobre modificación de conducta porque se tenía previsto intervenir con ellos.

b) Fase de Intervención

* Grupo I: Intervención Educativa.

A lo largo de 8 sesiones de una hora, distribuidas en cuatro semanas, se trabajaron una serie de temas con el fin de lograr los siguientes objetivos:

- Implicar al sujeto en actividades formativas elegidas por él mismo como alternativas válidas a las drogas y conseguir una actitud positiva hacia la salud.
- Fomentar la capacidad de análisis o capacidad crítica.
- Analizar las relaciones sociales para reflexionar sobre las propias responsabilidades y libertades.
- Reconocer situaciones que acaban con ofrecimiento de drogas y valorar la propia decisión independientemente de los demás.
- Comprender la importancia que tiene la presión del grupo de iguales a la hora de tomar una decisión.
- Clarificación de los valores y cooperación con los demás (solidaridad, sacrificio personal, intercambio de esfuerzos, amistad, sinceridad, etc) y ser fiel a la propia escala de valores.
- Tener conocimientos básicos sobre las diferentes drogas (preferentemente tabaco, alcohol, medicamentos y cannabis) en cuanto efectos, causas de inicio y consecuencias del consumo.

También se trabajaron las actitudes de que:

- Las drogas no perjudican la salud.
- Las drogas no generan hábito.

- Consumir drogas es una exigencia social.
- Las drogas peligrosas son las ilegales.
- Las drogas no entorpecen la práctica deportiva y el rendimiento escolar.
- Las personas se drogan por gente desconocida que les induce a ello.

* Grupo II: Aprendizaje Estructurado de Habilidades Sociales.

Los objetivos eran los mismos que en el Grupo I salvo que en el II estaban mejor operativizados y consistían en aprender, mediante la práctica, una serie de habilidades relacionadas con los sentimientos, el afrontamiento de situaciones estresantes, y alternativas a la agresión física y verbal, con las cuales el autocontrol, la toma de decisiones y la posibilidad de enfrentarse con éxito a la presión del grupo en una situación de oferta de drogas se adquirirían más fácilmente.

Se llevaron a cabo 9 sesiones de una hora, distribuidas en cuatro semanas trabajando estas habilidades sociales:

- Presentarse y presentar a otros. Iniciar una conversación y mantenerla. Escuchar al que habla.
- Formular una pregunta. Dar las gracias. Hacer un cumplido.
- Expresar los propios sentimientos y comprender los de los demás. Autorrecompensarse.
- Evitar tener problemas con los demás y autocontrolarse.
- Responder al fracaso.
- Prepararse para una conversación difícil y enfrentarse a mensajes contradictorios.
- Hacer frente a las presiones de grupo.
- Discernir la causa de un problema y resolver los problemas según su importancia.
- Tomar una decisión.

Las alternativas de tiempo libre para los dos grupos experimentales se distribuyeron en 4 sesiones de una hora, e incluían un grupo de montaña, una asociación musical, un taller de fotografía y las escuelas municipales deportivas de Callosa.

Una semana después de finalizar la intervención, se volvieron a evaluar tanto los grupos de tratamiento como el control en las mismas variables.

En cuanto a la intervención con los padres, durante 5 sesiones de una hora y media de duración, se plantearon los siguientes objetivos:

- Sensibilizarlos sobre la necesidad y conveniencia de la labor preventiva.

- Cambiar sus actitudes y conductas frente a las drogas legales.
- Aprender recursos conductuales para mejorar la educación familiar.

Finalizado el trabajo con los padres se les volvió a evaluar en las variables ya citadas.

Resultados

El procedimiento estadístico empleado para el análisis de datos consistió en un Análisis de Covarianza (ANCOVA) para cada una de las variables evaluadas. La medida del pretest es la covariante, la del posttest es la variable dependiente y el grupo de tratamiento es la variable independiente.

- a) **Información:** el incremento en información en los tres grupos difiere significativamente en favor de una mayor adquisición para el Grupo II ($F(2,49)=4.575$; $p=.015$) como muestra la Tabla 1.
- b) **Hábitos de Consumo:** realizado el ANCOVA con las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento, no se aprecian diferencias en los resultados.
- c) **Actitudes:** se obtuvieron diferencias muy significativas para el componente cognitivo de la actitud ($F(2,36)= 232.887$; $p=.000$), siendo el Grupo II el que experimenta mayor rechazo hacia las drogas (tabla 2). En cuanto al componente afectivo se obtuvieron diferencias significativas ($F(2,50)= 3.183$; $p=.05$), y el Grupo II sentía mayor aversión hacia las diferentes drogas (tabla 3). Sin embargo, para el componente comportamental el ANCOVA resultó ser marginalmente significativo ($F(2,48)= 2.578$; $p=.08$), aunque en las medias ajustadas se aprecia al Grupo II como el que menor intención de consumo manifiesta.
- d) **Habilidades Sociales:** los resultados fueron altamente significativos a nivel estadístico en esta variable ($F(2,47)=5.580$; $p=.007$) donde de nuevo es el Grupo II el que obtiene las puntuaciones más altas (tabla 4). En lo referente al Cuestionario SECHS, también resultó muy significativo el ANCOVA en la variable que recogía de forma global los componentes no-verbal, verbal y paralingüístico del comportamiento ($F(1,38)=13.523$; $p=.001$). Con ello se puede apreciar la superioridad del Grupo II para desenvolverse en situaciones interpersonales que requieren poner en práctica ciertas habilidades, principalmente de comunicación (tabla 5).

Tabla 1

FUENTE	S.C.	G.L.	M.C.	F	P
GRUPO	122.619	2	61.310	4.575	0.015
PINFT	380.575	1	380.575	28.397	0.000
ERROR	656.703	49	3.402		

S.C.: Suma de Cuadrados
G.L.: Grados de libertad
M.C.: Media Cuadrática

Tabla 2

FUENTE	S.C.	G.L.	M.C.	F	P
GRUPO	571.594	2	285.797	232.887	0.000
PTAC1	33.375	1	33.375	27.197	0.000
ERROR	44.179	36	1.227		

S.C.: Suma de Cuadrados
G.L.: Grados de libertad
M.C.: Media Cuadrática

Tabla 3

FUENTE	S.C.	G.L.	M.C.	F	P
GRUPO	558.417	2	279.208	3.183	0.050
PTAC2	2452.157	1	2452.157	27.951	0.000
ERROR	4386.497	50	87.730		

S.C.: Suma de Cuadrados
G.L.: Grados de libertad
M.C.: Media Cuadrática

Tabla 4

FUENTE	S.C.	G.L.	M.C.	F	P
GRUPO	1905.546	2	952.773	5.580	0.007
PHS	5829.635	1	5829.635	34.143	0.000
ERROR	8024.886	47	170.742		

S.C.: Suma de Cuadrados
G.L.: Grados de libertad
M.C.: Media Cuadrática

Tabla 5

FUENTE	S.C.	G.L.	M.C.	F	P
GRUPO	52.448	1	52.448	13.523	0.001
PSET	58.045	1	58.045	14.966	0.000
ERROR	147.379	38	3.878		

S.C.: Suma de Cuadrados
G.L.: Grados de libertad
M.C.: Media Cuadrática

e) **Alternativas de Tiempo Libre:** los resultados fueron marginalmente significativos para "no lo realizo pero me gustaría" relacionada con la serie de actividades de ocio propuestas

($F(2,47)=2.883$; $p=.06$). No obstante, en comparación con el Grupo I y el Control, al II le gustaría realizar muchas más actividades que antes de comenzar el tratamiento (tabla 6).

Tabla 6

FUENTE	S.C.	G.L.	M.C.	F	P
GRUPO	1605.161	2	802.580	2.883	0.066
PALC1	4254.679	1	4254.679	5.283	0.000
ERROR	13084.37	47	278.391		

S.C.: Suma de Cuadrados

G.L.: Grados de libertad

M.C.: Media Cuadrática

Discusión y conclusiones

Tras la Intervención Educativa y la Comportamental, la información sobre los diferentes tipos de drogas aumenta en ambos grupos experimentales mientras en el Control se mantiene estable. Esto significa que nuestra primera hipótesis se confirma. El hecho de que este incremento en el nivel de conocimientos se refleje mejor en el Grupo II podría deberse a que en el I la información se ofrecía de forma menos estructurada en función de los temas a tratar.

La segunda hipótesis también se confirma ya que, en ambos grupos de tratamiento, el componente cognitivo de la actitud relacionado con la opinión sobre la sustancia se ve modificado. Se incrementa la opinión negativa hacia todo tipo de drogas, siendo el Grupo II el que mayor rechazo hacia las mismas experimenta. Igualmente modificado aparece el componente afectivo de la actitud tras las dos intervenciones, lo cual confirma la tercera hipótesis. Sigue siendo el Grupo II el que expresa los sentimientos más negativos respecto al consumo. Sin embargo, no se confirma la cuarta hipótesis ya que el componente comportamental de la actitud no se modifica significativamente tras la Intervención Comportamental. Esto es así si atendemos a los análisis estadísticos de los datos. No obstante, la media más

alta la ofrece el Grupo II; con lo cual podríamos deducir que, si el programa se hubiera realizado en un período más largo de tiempo, se habrían obtenido con seguridad resultados realmente significativos. Nos aproximamos a los resultados de investigaciones como las de Macià (1983, 1984, 1986), Escámez (1990), Calafat *et al.* (1985), García-Rodríguez (1986), entre otros.

Lo que sí se aprecia claramente en este trabajo es el hecho de que la Intervención Comportamental facilita el aprendizaje de conductas socialmente competentes o habilidosas que se suponen relacionadas con las causas de inicio al consumo de drogas. Es decir, se confirma la quinta

hipótesis puesto que existe una gran diferencia respecto a la Intervención Educativa, sobre todo en habilidades de comunicación. Esto se justificaría por el Aprendizaje Estructurado de Habilidades Sociales que tuvo lugar en el Grupo II. Resultados similares son los de Calafat *et al.* (1989) y Mc Kinnon *et al.* (1991). Hay que tener en cuenta que el Cuestionario SECHS no se administró al Grupo Control por problemas técnicos que forzaron su aplicación tan sólo a los grupos de tratamiento. Este inconveniente lo solucionamos pensando que el Grupo I podía hacer de control respecto al II. En cualquier caso, somos de la opinión de que habrá una mejor labor preventiva si dotamos a los sujetos de un repertorio de conductas lo más amplio posible, es decir, que la persona pueda elegir entre diferentes posibilidades de comportamiento. Además, cuanto más agradable le sea al sujeto ese aprendizaje de habilidades (y el realizado en la Intervención Comportamental lo fue para los alumnos), habrá mayor probabilidad de que se consoliden y de que las ejecute en el momento en que necesite aplicarlas (Varela, 1986).

La sexta y última hipótesis tuvo un apoyo marginalmente significativo a nivel estadístico, debido a la imposibilidad de llevar a la práctica todas las sesiones de alternativas de tiempo libre previstas. Aún así, en los dos grupos de tratamiento se incrementó la intención de los sujetos de realizar más actividades de ocio con una mayor implicación personal en las mismas (factores considerados como protectores del consumo). Si antes de la intervención preferían ver la televisión, estar en la calle con amigos o ir a discotecas, después se decantan en gran parte por la lectura, la música, participación en actividades humanitarias y ecológicas, formar parte de alguna asociación, etc. Estos resultados coinciden con los de Calafat (1987) y Macià, Olivares y Méndez (1990).

Respecto a los hábitos de consumo, no se obtuvieron tras la intervención variaciones en las frecuencias de consumo de las distintas sustancias porque debíamos haber aplicado el posttest en un

segundo momento de evaluación, cuando hubiese transcurrido el tiempo suficiente como para que las diferencias en consumo se vieran reflejadas de forma evidente. Lo mismo se podría afirmar para las alternativas de tiempo libre, y así se hubiera podido apreciar también el cambio experimentado a nivel comportamental (no sólo a nivel actitudinal) en la cantidad y calidad de actividades llevadas a cabo en los momentos de ocio.

La experiencia de los dos grupos experimentales se suponía que se vería reforzada y que se generalizaría más fácilmente fuera de las sesiones si se intervenía con los padres de forma indirecta. Pues bien, a pesar de llevarse a término el programa establecido para ellos, los datos no fueron susceptibles de un análisis estadístico adecuado por la reducida asistencia a las sesiones.

Para finalizar, debemos tener muy claro que la adquisición de hábitos sanos no depende exclusivamente de aumentar el nivel de conocimientos o de modificar las actitudes hacia las drogas mediante programas educativos, ya que una persona está sana en función de lo que hace no de lo que sabe (Mendoza y Soler, 1981). Como bien expone Vega (1983,1986,1991), la educación sobre drogas debe contener información más formación que se oponga al abuso de drogas, es decir, un desarro-

llo individual y social que promueva la salud en la comunidad. En este sentido, la educación sobre drogas sería una educación para la salud y para la vida: llevaría al desarrollo integral de la persona. De este modo, el individuo sería capaz de actuar con actitudes y conductas positivas ante la vida. Deberíamos destacar la acción multidisciplinar y multilateral (escuela, familia, comunidad, servicios sanitarios, etc), la responsabilidad compartida por la sociedad y la toma de decisiones individuales para conseguir una conducta adecuada y sana.

Quizá los resultados de nuestra investigación no sean todo lo significativos que se esperaba de ellos pero, como afirma Torres (1990), siempre se necesita tiempo para poder medir impactos o producir resultados evidentes en un programa de prevención.

No obstante, se ha podido apreciar una superioridad de la Intervención Comportamental respecto a la Educativa en cuanto a efectividad. En cualquier caso, y tratándose de dos intervenciones complementarias, sugerimos su aplicación conjunta como dos fases del mismo programa de prevención del consumo de drogas para posteriores investigaciones.

Referencias bibliográficas

- Caballo, V.E. (1988). *Evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Calafat, A., Amengual, M., Farres, C. y Montserrat, M.(1984). Eficacia de un programa de prevención sobre drogas especialmente centrado en la toma de decisiones, según sea desarrollado por especialistas o por profesores de los alumnos. *Drogalcohol*, 9 (3), 147-169.
- Calafat, A. et al. (1985). Estilo de vida y hábitos de consumo de drogas entre los estudiantes de enseñanza media. *Boletín de Estupefacientes*, 37 (2), 121-131.
- Calafat, A. (1987). *Prevención Escolar de la droga*. Palma de Mallorca (Tesis Doctoral).
- Calafat, A. (1988). Prólogo. En J.A. Rodríguez y C. López (Eds.), *Drogodependencia en la escuela*. Sta. Pola: Ayuntamiento de Sta. Pola.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G., Borrás, M. y Palmer, A. (1989). Evaluación del programa de prevención escolar "Tú decides". *Adicciones*, 1 (2), 96-111.
- CIDUR-EDIS. (1980). *Juventud y Droga en España*. Madrid: Dirección General de la Juventud.
- Comas, D. (1986, enero). Notas para profesionales de la intervención sobre el uso de drogas por la población. *Papeles del Colegio*, 4 (24), 4-9.
- Comas, D. (1990). *El síndrome de Haddock: alcohol y drogas en enseñanzas medias*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia.
- Costa, M. y López, E. (1982). *La Psicología Comunitaria: un nuevo paradigma*. Barcelona: Fontanella.
- Dirección General de Salud Pública. (1981). *La dependencia de las drogas*. Exposición para educadores. Madrid: M.E.C.
- Escámez, J. (1990). *Drogas y Escuela: una propuesta para la prevención*. Madrid: Dykinson.
- Estrategia socialista ante las drogodependencias. (1986, enero). *Papeles del Colegio*, 4 (24), 6-11.
- Funes, J. (1990). *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- García-Rodríguez, J.A. (1986). *Modelado y Resolución de Problemas en la Prevención de la Drogodependencia*. Murcia: Universidad de Murcia (Tesis Doctoral).
- Grupo de Orientación de la Brigada Central de Estupefacientes (B.C.E.). (1984). Evolución del consumo de droga. En J. Marías (Comp.), *La droga en la juventud*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.
- Hualde, G. (1990, abril). Rasgos del contexto estructural del consumo de drogas en los jóvenes. Aspectos económicos, sociales, culturales e ideológicos asociados. *Comunidad y Drogas*, 10, 75-97.
- Informe de la comisión especial del Senado de investigación sobre el tráfico y consumo de drogas en España. (1986, enero). *Papeles del Colegio*, 4 (24), 3-5.
- Kramer, J.F. y Cameron, D.C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: O.M.S.

- Macià, D. (1983). Aplicación de la terapia de modelado en la prevención del inicio al consumo de la droga. (Tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid.
- Macià, D. (1984). Aplicación de la terapia de modelado en la prevención del inicio al consumo de la droga. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 87-94.
- Macià, D. (1986). *Método conductual de prevención de la drogodependencia*. Valencia: Promolibro.
- Macià, D. y Méndez, F.X. (1990). Prevención del consumo de drogas. II Simposium de Psicología Clínica Aplicada en Jaén.
- Macià, D., Olivares, J. y Méndez, F.X. (1990). Alternativas de tiempo libre en la prevención de las drogodependencias. VIII Congreso Nacional de Psicología en Barcelona.
- Mc Kinnon, D.P., Johnson, C.A., Pentz, M.A. et al. (1991). Mediating mechanisms in a School-Based Drug Prevention Program: First-Year Effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychology*, 10 (3), 164-172.
- Mendoza, R. y Soler, P.A. (1981). Prevención sanitaria y social de las toxicomanías por drogas no institucionalizadas. En F. Freixa et al. (Eds.), *Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario* (pp 603-634). Barcelona: Fontanella.
- Plan Nacional Sobre Drogas*. (1985). Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Schioler, P. (1991). Estrategias de prevención de los problemas de origen ético en los Estados Miembros de la Comunidad Europea. *Revista Española de Drogodependencias*, 16 (1), 45-49.
- Torres, M.A. (1986). *Las drogas entre estudiantes de bachillerato de la provincia de Valencia*. Valencia: Institució Alfons el Magnànim-Institució Valenciana d'Estudis I Investigació.
- Torres, M.A. (1990). La prevención de las drogodependencias y el alcoholismo desde el punto de vista sanitario. I Reunión Internacional de Expertos en Prevención de Drogodependencias en Sta. Pola (Alicante).
- Torres, M.A. y Llopis, J.J. (1989). Evaluación de un programa preventivo de drogadicción entre escolares de la ciudad de Torrent (Valencia). *Psiquis*, 10 (3), 20-28.
- Varela, C. (1986). El abuso de drogas y su prevención. *Estudios de Psicología*, 25, 93-101.
- Vega, A. (1983). *Los educadores ante las drogas*. Madrid: Santillana.
- Vega, A. (1986, enero). La formación del psicólogo ante las drogas: una urgencia. *Papeles del Colegio*, 4 (24), 12-14.
- Vega, A. (1991). Más allá de la escuela o la educación comunitaria. *Revista Española de Drogodependencias*, 16 (2), 103-113.

ANEXO 1

Cuestionario de Información

CLAVE

Rodea con un círculo la «V» cuando creas que el enunciado es verdadero, la «F» cuando creas que es falso y el «?» cuando creas no saber la respuesta. Si te equivocas, lo tachas (con una X) y rodeas de nuevo. Recuerda escribir tu número de clave.

Tabaco

1. El tabaco produce trastornos circulatorios y del corazón V F ?
2. Que tanta gente fume, mostraría que el tabaco no es tan perjudicial como se dice V F ?
3. Los efectos del tabaco pueden llegar a ser mortales V F ?
4. El humo del tabaco no perjudica a los no fumadores V F ?
5. La única sustancia dañina del tabaco es la nicotina V F ?
6. Si te acostumbras a fumar tabaco, es más fácil que algún día fumes «porros» V F ?
7. La primera vez que se fuma tabaco es casi siempre aceptando una invitación V F ?
8. Cuando ante un ofrecimiento, se acepta el primer cigarrillo, no se decide ser fumador, pero es el primer paso para hacer posible que se llegue a serlo V F ?
9. Para una persona adulta se considera excesivo (abuso) fumar más de 1/2 cajetilla diaria V F ?
10. Para consumir tabaco por primera vez no hace falta tener una postura favorable al consumo, es suficiente que alguien te ofrezca V F ?

Alcohol

1. El alcohol puede producir trastornos físicos y mentales V F ?
2. Una persona puede ser alcohólica bebiendo sólo cerveza V F ?
3. El abuso de alcohol produce infelicidad a largo plazo V F ?
4. Que tanta gente consuma alcohol, demostraría que no es tan perjudicial como se dice V F ?
5. El alcohol es un estimulante, no un depresor V F ?
6. La mayor parte de los alcohólicos proceden de clases sociales bajas V F ?
7. Es fácil dejar de beber una vez que uno ha tomado la decisión de hacerlo V F ?
8. No existe relación entre fumar o tomar alcohol y el consumo de otras drogas ilegales V F ?
9. Quien toma alcohol para animarse, fácilmente buscará efectos parecidos en otras drogas V F ?
10. Cualquiera persona normal puede terminar siendo alcohólico V F ?

Psicofármacos y drogas ilegales

1. Las drogas ilegales son ofrecidas generalmente por un adulto desconocido (en una discoteca, a la salida del colegio, etc.) V F ?
2. Todos los drogadictos lo son por tener una personalidad trastornada, anormal V F ?
3. El consumo de drogas ilegales empieza más fácilmente en aquellos que ya consumen drogas legales V F ?
4. Quienes no han probado el «porro» son en su mayoría jóvenes que no fuman tabaco V F ?
5. La mayoría de los jóvenes a los que se les ofreció alguna vez droga ilegal, aceptaron la oferta a pesar de ser contrarios al consumo de drogas V F ?
6. Generalmente son los amigos y compañeros los que hacen el primer ofrecimiento de las drogas V F ?
7. Cualquier persona normal puede terminar siendo drogadicto V F ?
8. Decir que no al ofrecimiento para consumir droga en un grupo de amigos y conocidos es fácil para la mayoría de la gente V F ?
9. Consumir medicinas sin prescripción médica puede acarrear serios problemas de salud V F ?
10. Hay medicinas que son drogas y crean hábito V F ?

ANEXO 2

Cuestionario sobre hábitos de consumo

CLAVE

Este cuestionario pretende obtener información precisa y cierta sobre el consumo de algunos productos entre los estudiantes. Te rogamos pues, que si contestas, lo hagas con seriedad y sinceridad.

No firmes ni escribas tu nombre. La encuesta es anónima. No olvides poner la clave de números y letras.

Toda la información recogida se considerará estrictamente confidencial y secreta, y sólo será utilizada por los psicólogos que intervienen en el programa. Esperamos tu colaboración y sinceridad.

GRACIAS.

Instrucciones

- (1) Anota en relación al último mes, para cada sustancia, el número de unidades consumidas.
 - Tabaco negro. Número de cigarrillos
 - Tabaco rubio. Número de cigarrillos
 - Cerveza. Número de tercios
 - Vino. Número de vasos (1/5)
 - Licores y destilados (coñac, whisky, manzana, etc.). Número de copas
 - Combinados (cubatas, gin-tonic, etc.). Número de copas
 - Otras Número
- (2) ¿Tomas alguna vez medicación para estimularte o levantarte el ánimo? Sí [] NO []
 En caso afirmativo indica el nombre del producto comercial así como el número de comprimidos o dosis en la casilla correspondiente.
 Nombre del producto:
 N.º de dosis en los 6 últimos meses
- (3) ¿Tomas alguna vez medicación para estudiar? Sí [] NO []
 En caso afirmativo indica el nombre del producto comercial así como el número de comprimidos o dosis en la casilla correspondiente.
 Nombre del producto:
 N.º de dosis en los 6 últimos meses
- (4) ¿Tomas alguna vez medicación para tranquilizarte o dormir? Sí [] NO []
 En caso afirmativo indica el nombre del producto comercial así como el número de comprimidos o dosis en la casilla correspondiente.
 Nombre del producto:
 N.º de dosis en los 6 últimos meses
- (5) ¿Te han ofrecido droga ilegal?
 Nunca [] Alguna vez [] Pocas veces []
 Bastantes veces [] Muchas veces []
- (6) ¿Has probado alguna droga ilegal? Sí [] NO []
 En caso afirmativo indica el nombre del producto comercial así como el número de comprimidos o dosis en la casilla correspondiente.
 Nombre del producto:
 N.º de dosis en los 6 últimos meses

ANEXO 3

Cuestionario de actitudes

CLAVE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Este cuestionario pretende obtener información precisa y cierta sobre tus opiniones respecto al consumo de algunos productos entre los estudiantes. Te rogamos pues que si contestas lo hagas con seriedad y sinceridad. No firmes ni escribas tu nombre. La encuesta es anónima. No olvides poner la clave de números y letras. Toda la información recogida se considerará estrictamente confidencial y secreta, y sólo será utilizada por los psicólogos que intervienen en el programa. Esperamos tu colaboración y sinceridad. GRACIAS

Consumo de tabaco

Instrucciones: Pon una «X» en el recuadro correspondiente a tu respuesta a las dos siguientes preguntas:

- (1) ¿En general, tienes una opinión favorable o desfavorable al consumo de tabaco?
 Muy desfavorable [] Desfavorable [] Indistinta []
 Favorable [] Muy favorable []
- (2) El consumir tabaco es:

	Muy	Bastante	Un poco	Neutro	Un poco	Muy	
BUENO							MALO
AGRADABLE							DESAGRADABLE
GRATO							PENOSO
ADMIRABLE							DESPRECIABLE
CONVENIENTE							INCONVENIENTE
INTELIGENTE							ESTÚPIDO

Instrucciones

Rodea con un círculo tu elección a las siguientes preguntas en base a:
 MA/Muy de acuerdo; A/De acuerdo; ?/Inseguro;
 D/En desacuerdo; MD/Muy en desacuerdo;

1. Estaría dispuesto a probar el tabaco por curiosidad MA/A/?/D/MD
2. Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de tabaco ... MA/A/?/D/MD
3. Estaría dispuesto a comprar tabaco para mi uso MA/A/?/D/MD
4. Estaría dispuesto a rechazar la invitación de alguien para que fume MA/A/?/D/MD
5. Estaría dispuesto a mantener mi postura contraria en un grupo sobre el consumo de tabaco MA/A/?/D/MD
6. Estaría dispuesto a resistir la insistencia de un grupo de amigos para que fumase MA/A/?/D/MD
7. Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo de fumar MA/A/?/D/MD
8. Estaría dispuesto a fumar cuantas veces fuera necesario . MA/A/?/D/MD
9. Estaría dispuesto a proporcionar tabaco a mis amigos para que lo probasen por primera vez MA/A/?/D/MD
10. Estaría dispuesto a felicitar a alguien por dejar de fumar . MA/A/?/D/MD

Consumo de alcohol

- (1) ¿En general, tienes una opinión favorable o desfavorable al consumo de alcohol?
 Muy Desfavorable [] Desfavorable [] Indistinta []
 Favorable [] Muy favorable []
- (2) El consumir alcohol es:

	Muy	Bastante	Un poco	Neutro	Un poco	Muy	
BUENO							MALO
AGRADABLE							DESAGRADABLE
GRATO							PENOSO
ADMIRABLE							DESPRECIABLE
CONVENIENTE							INCONVENIENTE
INTELIGENTE							ESTÚPIDO

Instrucciones

Rodea con un círculo tu elección a las siguientes preguntas en base a:
 MA/Muy de acuerdo; A/De acuerdo; ?/Inseguro;
 D/En desacuerdo; MD/Muy en desacuerdo;

1. Estaría dispuesto a dejar de frecuentar ambientes por ser sitios de consumo de alcohol MA/A/?/D/MD
2. Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de alcohol . MA/A/?/D/MD
3. Estaría dispuesto a comprar alcohol para mi uso MA/A/?/D/MD
4. Estaría dispuesto a rechazar la invitación de alguien para que tome alcohol MA/A/?/D/MD
5. Estaría dispuesto a mantener mi postura contraria en un grupo sobre el consumo del alcohol MA/A/?/D/MD
6. Estaría dispuesto a resistir la insistencia de un grupo de amigos para que bebiese alcohol MA/A/?/D/MD
7. Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo del alcohol MA/A/?/D/MD
8. Estaría dispuesto a tomar alcohol cuantas veces fuera necesario MA/A/?/D/MD
9. Estaría dispuesto a convencer a mis amigos para que probasen el alcohol por vez primera MA/A/?/D/MD
10. Estaría dispuesto a felicitar a alguien por dejar de beber . MA/A/?/D/MD

Consumo de psicofármacos y drogas ilegales

- (1) ¿En general, tienes una opinión favorable o desfavorable al consumo de drogas ilegales? (porros, coca, etc.)
 Muy Desfavorable [] Desfavorable [] Indistinta []
 Favorable [] Muy favorable []
- (2) El consumir droga es:

	Muy	Bastante	Un poco	Neutro	Un poco	Muy	
BUENO							MALO
AGRADABLE							DESAGRADABLE
GRATO							PENOSO
ADMIRABLE							DESPRECIABLE
CONVENIENTE							INCONVENIENTE
INTELIGENTE							ESTÚPIDO

Instrucciones

Rodea con un círculo tu elección a las siguientes preguntas en base a:
 MA/Muy de acuerdo; A/De acuerdo; ?/Inseguro;
 D/En desacuerdo; MD/Muy en desacuerdo;

1. Estaría dispuesto a probar la droga por curiosidad MA/A/?/D/MD
2. Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de droga ... MA/A/?/D/MD
3. Estaría dispuesto a rechazar la invitación de alguien a que tome droga MA/A/?/D/MD
4. Estaría dispuesto a dejar de frecuentar ambientes por ser sitios de consumo de drogas MA/A/?/D/MD
5. Estaría dispuesto a comprar droga para mi uso MA/A/?/D/MD
6. Estaría dispuesto a mantener mi postura contraria en un grupo sobre el consumo de drogas MA/A/?/D/MD
7. Estaría dispuesto a resistir la insistencia de un grupo de amigos para que tomase droga MA/A/?/D/MD
8. Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo del consumo de drogas MA/A/?/D/MD
9. Estaría dispuesto a tomar cualquier tipo de droga MA/A/?/D/MD
10. Estaría dispuesto a dejar unas compañías por consumir ellas drogas MA/A/?/D/MD

ANEXO 4

Cuestionario de habilidades sociales

CLAVE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Indica, mediante el código siguiente:

- +3 muy característico en mí, muy descriptivo.
- +2 bastante característico en mí, bastante descriptivo.
- +1 algo característico en mí, ligeramente descriptivo.
- 1 algo raro en mí, poco descriptivo.
- 2 bastante extraño en mí.
- 3 muy poco característico en mí.

Hasta qué punto te describen o caracterizan cada una de las afirmaciones de la lista.

1. Presto atención (mirando a los ojos, o al rostro) a quien me está hablando
2. Pregunto enseguida cuando algo no entiendo (a profesores, adultos, amigos) o cuando algo me resulta confuso
3. No tengo dificultad para integrarme en un grupo o en una actividad
4. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños
5. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos
6. Si alguien se me cuele en una fila, le llamo abiertamente la atención
7. Expreso ante la gente mis opiniones con facilidad
8. Si un conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi propio punto de vista
9. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto
10. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado
11. Con frecuencia no sé qué decir a personas del otro sexo
12. Defiendo mis derechos y opiniones dando a conocer a los demás cuál es mi postura sobre un tema
13. Expreso mi malestar cuando un amigo me ha hecho algo que no me ha gustado
14. Si observo que un grupo de compañeros me deja solo (me olvida, margina en una actividad) pido que me incluyan
15. Expreso a los demás mi malestar por criticar o ridiculizar a un amigo mío de forma injusta
16. Decido lo que quiero hacer cuando los demás (el grupo de amigos) quieren que haga otra cosa distinta y que sé que no me interesa realizar
17. Resuelvo la sensación de aburrimiento en el grupo, proponiendo actividades interesantes
18. Llamo la atención a alguien que dice o hace algo que me molesta íntimamente
19. Expreso con facilidad opiniones diferentes a las de las personas con las que estoy
20. Resisto la presión de gente que me incita a beber

ANEXO 5

Cuestionario de alternativas

CLAVE [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

De las actividades que se enumeran a continuación señala con una «X» en el lugar correspondiente la frecuencia con que las realizas.

	A diario	Fin de semana	No las realizo pero me gustaría.		
			A = Algo	M = Mucho	B = Bastante
1. Ver la televisión o el vídeo			A	M	B
2. Escuchar música			A	M	B
3. Leer tebeos, comics			A	M	B
4. Reunirme con amigos/as en una casa para no hacer nada			A	M	B
5. Reunirme con amigos/as fuera de casa para no hacer nada			A	M	B
6. Ir a un bar, pub o cafetería			A	M	B
7. Ir a una discoteca			A	M	B
8. Leer libros o novelas			A	M	B
9. Leer el periódico o revistas			A	M	B
10. Cultivar aficiones personales (foto, música, dibujo, etc.)			A	M	B
11. Ir al cine o teatro			A	M	B
12. Asistir a algún espectáculo deportivo			A	M	B
13. Ir a conciertos musicales			A	M	B
14. Salir de excursión con los amigos			A	M	B
15. Practicar algún deporte			A	M	B
16. Participar en actividades políticas			A	M	B
17. Participar en actividades culturales (grupo de teatro, etc.)			A	M	B
18. Participar en actividades humanitarias			A	M	B
19. Participar en actividades de ecología			A	M	B
20. Ir a reuniones de alguna asociación			A	M	B

