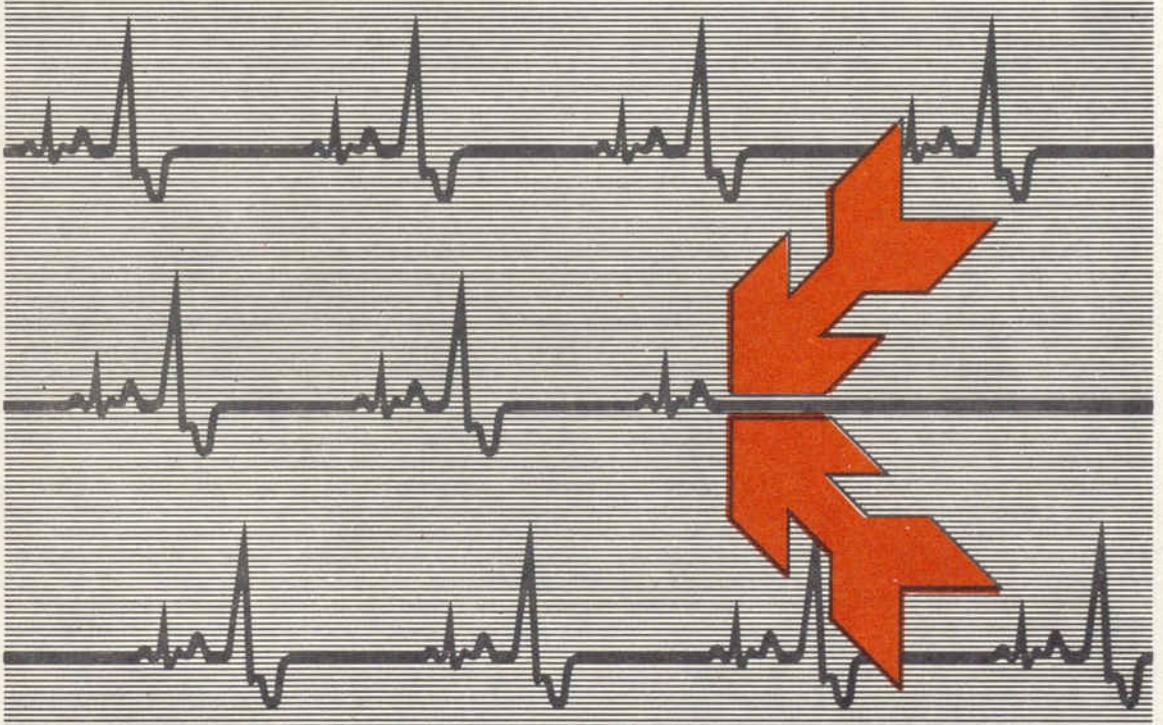




institut de ciències de l'educació  
universitat de barcelona

# el papel del educador en la prevención del abuso de las drogas

a. vega, r. mendoza, i. sagrera



col·lecció documents nº a.44  
octubre · 78





institut de ciències de l'educació  
universitat de barcelona

# el papel del educador en la prevención del abuso de las drogas

a. vega, r. mendoza, i. sagrera



<b>0. INTRODUCCION</b> .....	<b>4</b>
<b>1. APROXIMACION AL FENOMENO DEL ABUSO DE LAS DROGAS</b>	
1. 1. El abuso de las drogas en España .....	5
. Alcohol .....	5
. Tabaco .....	6
. Medicamentos .....	6
. Otras drogas .....	7
1. 2. Situación legal del toxicómano en España .....	7
1. 3. Conceptos elementales .....	8
1. 4. Características y efectos de las drogas .....	10
. Clasificación de la O. M. S. ....	10
. Factores que no modifican los efectos de las drogas .....	12
. Tabaco .....	13
. Alcohol .....	15
. Anfetaminas .....	21
. Barbitúricos .....	23
. Tranquilizantes .....	24
. Cannabis .....	24
. Alucinógenos .....	27
. Cocaína .....	29
. Khat .....	30
. Opiáceos .....	31
. Solventes volátiles .....	34
. Otras clasificaciones .....	35
1. 5. Factores etiológicos .....	37
1. 6. El significado de las drogas en la sociedad .....	38
1. 7. Soluciones generales .....	39
<b>2. LA EDUCACION SOBRE LAS DROGAS COMO FORMA DE PREVENCION</b>	
2. 1. El problema preventivo .....	41
2. 2. Necesidad de la educación .....	42
2. 3. La educación sobre drogas en España .....	42
2. 4. La educación sobre drogas en Europa .....	43
2. 5. La elección de una política educativa .....	44
2. 5. 1. Información y educación .....	44
2. 5. 2. Necesidad de una política educativa .....	45
2. 5. 3. Algunas condiciones para la puesta en marcha de la política educativa .....	45

2. 6.	Organización de los programas educativos . . . . .	46
2. 6. 1.	Sector escolar y Universitario . . . . .	47
2. 6. 2.	Formación de maestros y responsables . . . . .	48
2. 6. 3.	Sector extraescolar . . . . .	49
2. 7.	Programas y métodos de evaluación en materia de educación . . . . .	49
2. 7. 1.	Análisis de la situación . . . . .	50
2. 7. 2.	Grupos destinatarios . . . . .	50
2. 7. 3.	Investigar para aumentar la eficacia . . . . .	50
2. 7. 4.	La evaluación . . . . .	51
2. 7. 5.	Cuestiones específicas . . . . .	51
<b>3.</b>	<b>DROGAS Y ESCUELA</b>	
3. 1.	Labor actual de la escuela . . . . .	52
3. 1. 1.	La educación como preparación para la vida . . . . .	52
3. 1. 2.	Factores de eficacia en la educación . . . . .	53
3. 1. 3.	Escuela y comunidad . . . . .	54
3. 2.	Elementos para programar . . . . .	56
3. 2. 1.	Educandos . . . . .	56
3. 2. 2.	Objetivos . . . . .	57
3. 2. 3.	Contenido . . . . .	58
3. 2. 4.	Métodos . . . . .	59
3. 2. 5.	Evaluación . . . . .	60
3. 3.	Diferentes tipos de programas . . . . .	61
3. 3. 1.	Programas preventivos . . . . .	61
3. 3. 2.	Laboratorios . . . . .	61
3. 3. 3.	Liderazgo de pares . . . . .	62
3. 3. 4.	Desarrollo del curriculum . . . . .	62
3. 3. 5.	Labor comunitaria . . . . .	63
3. 3. 6.	Alternativas . . . . .	64
3. 4.	Técnicas de grupo . . . . .	64
3. 4. 1.	Principios de dinámica de grupos . . . . .	64
3. 4. 2.	El educador y las técnicas de grupo . . . . .	65
3. 4. 3.	Técnicas grupales con expertos . . . . .	66
3. 4. 4.	Técnicas con el grupo . . . . .	66
<b>4.</b>	<b>MODELO DE PROGRAMACION: UN CURSO PARA MAESTROS.</b>	
4. 1.	Asistentes . . . . .	68
4. 2.	Objetivos . . . . .	68
4. 3.	Contenido . . . . .	69
4. 4.	Métodos . . . . .	71
4. 5.	Evaluación del curso . . . . .	71
4. 6.	Conclusiones . . . . .	77

## 5. APENDICES

1. Material impreso utilizado en el curso . . . . .	79
. Cuestionario de evaluación inicial . . . . .	80
. Cuestionario de evaluación final . . . . .	83
. Cuestionario sobre el alcohol . . . . .	87
2. Centros de terapia en Barcelona . . . . .	90
3. Centros de documentación sobre las drogadependencias . . . . .	92
4. Actividades educativas concretas . . . . .	93
4. 1. Programa para la enseñanza primaria (6-9 años) . . . . .	93
4. 2. Programa de ayuda a los jóvenes y a las familias . . . . .	97
5 Bibliografía . . . . .	
. Publicaciones generales . . . . .	102
. Publicaciones sobre drogas específicas . . . . .	103
. Etiología del abuso de las drogas . . . . .	104
. Legislación sobre las drogas y marginación social . . . . .	104
. Prevención del abuso de las drogas y educación sobre las drogas . . . . .	105
. Contracultura . . . . .	107
. Terapia del abuso de las drogas . . . . .	107
. Educación sanitaria . . . . .	108

## INTRODUCCION

La educación sobre las drogas es un campo relativamente nuevo en España. Hay numerosos países de Europa y América que desde hace más de una década han dedicado grandes esfuerzos a atajar el creciente abuso de las distintas drogas mediante la educación de la población en general o de grupos especiales de ella. En España la mayor parte de los organismos sanitarios o educativos no han hecho sino comenzar a plantearse la necesidad de esta forma de prevención de las drogodependencias. Corren el riesgo de que cuando decidan ponerse en marcha sea ya demasiado tarde. En nuestro país el número de los drogodependientes (alcohólicos o de otro tipo) crece cada día a una velocidad superior a la del número de los ex-drogodependientes, es decir, de aquellos que recuperaron su libertad frente a la ingestión de una droga determinada. El problema aumenta con una rapidez mayor a su solución terapéutica. Crece imparable hasta adquirir las características de una verdadera epidemia. La terapia es insuficiente y difícil. La educación es, pues, una salida imprescindible.

Con este folleto hemos querido aportar nuestro punto de vista sobre cómo podría llevarse a cabo la educación sobre drogas en las escuelas. Ofrece también una información básica el fenómeno del abuso de las drogas y una abundante bibliografía que le permitirá al interesado seguir profundizando. Como experiencia práctica contiene el análisis de los resultados de un curso de educación sobre drogas para maestros que los autores han organizado recientemente en este Instituto de Ciencias de la Educación.

Esta pequeña publicación recoge parte de la experiencia que hemos obtenido con el estudio de diversos programas educativos relativos a las drogas llevados a cabo en otros países, y de nuestra propia acción educativa aquí en España. Por su necesaria brevedad no hemos podido aclarar todos los puntos que permanecen oscuros en esta rama de la educación sanitaria, pero creemos que lo escrito podrá servir de material de discusión para todos aquellos educadores que sientan alguna inquietud por trabajar en este campo.

## 1. APROXIMACION AL FENOMENO DEL ABUSO DE LAS DROGAS.

### 1. 1. El abuso de las drogas en España.

La magnitud del problema del abuso de las drogas en España es realmente considerable, a pesar de la dificultad de su medición. No hay datos exactos sobre el número de personas que abusan de cada droga, ya que muchas veces se trata de una actividad clandestina. Hasta ahora la mayor parte de los datos disponibles provenían de las consultas médicas y de las comisarías de policía y no podían considerarse significativos de lo que le ocurría a la población en general. Creemos que las siguientes estadísticas sí pueden ser indicadoras de la situación.

#### Alcohol

España ocupa el tercer lugar de Europa, después de Francia e Italia, en cuanto al consumo medio diario de alcohol absoluto. FREIXA y BACH<sup>1</sup> indican que es la nación del mundo con más hectáreas de terreno dedicados al cultivo de la vid y que es también la tercera o cuarta en cuanto a la producción de alcohol. CACERES<sup>2</sup> estimó que por causa del alcoholismo nuestro país perdía al año más de 20.000 millones de pesetas y que había 8.700 muertes al año relacionadas con el alcohol. A causa del alcohol se pierden anualmente 730 millones de jornadas laborales. Por otra parte, las empresas de bebidas alcohólicas se gastaron en 1970 la cantidad de 2.300 millones de pesetas, mientras que el total de lo invertido por el Estado en dispensarios antialcohólicos no pasaba de los dos millones y medio.

La comisión interministerial que estudió el problema del alcoholismo en 1974 calculó que "el 2,5 por 100 de la población general, como mínimo, son enfermos alcohólicos (850.000 aproximadamente), cifra a la que habría que añadir otro 5 por 100 que siendo bebedores habituales de gran cantidad de alcohol están también en riesgo alto de ser alcohólicos. En este riesgo están 1.700.000 personas"<sup>3</sup>. Hay dos tipos de alcoholismo, antes relativamente escasos, que ahora están aumentando considerablemente: el femenino y el juvenil. El pronóstico de la mujer alcohólica suele ser más grave que el del hombre, ya que es frecuente que haya bebido clandestinamente y que hayan pasado varios años antes de ser identificada como alcohólica por sus familiares. Entre los jóvenes, cuyo organismo puede ser dañado más fácilmente que el de los adultos, comienza a haber una plaga de alcoholismo precoz por la acción de la publicidad y por el deseo de imitación de los adultos.

- 
- (1) BACH BACH, L. y F. FREIXA SANTFELIU. *¿Qué es el alcoholismo?* Barcelona, La Gaya Ciencia, 1977, p. 9.
- (2) CACERES CORRALES, E. "El alcoholismo cuesta 20.000 millones de pesetas al año" Doblón (diciembre de 1973).
- (3) ESPAÑA. GRUPO DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL ALCOHOLISMO Y DEL TRAFICO Y CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES. "Memoria del grupo de trabajo. . .". Revista de Sanidad e Higiene Pública, Madrid, Vol. 49, N.º 5-6 (1975), pp. 409-573.

Esta situación se refleja en las escuelas barcelonesas. Un estudio realizado con 12.856 niños de entre los cuatro y los catorce años procedentes de centros estatales y privados de Barcelona y provincia por RODRIGUEZ MARTOS <sup>4</sup>, muestra que consumen alcohol el 95 por 100 de la muestra, con una media de consumo diario de unos 10 c. c. de alcohol puro (aproximadamente un vaso pequeño de vino). De ellos, únicamente el 68 por 100 no había sufrido nunca una embriaguez. Si el consumo del alcohol entre los niños es tan masivo, no es de extrañar que haya en España más de dos millones de alcohólicos.

### Tabaco

En el año 1975 Tabacalera vendió 58.330 millones de cigarrillos y los españoles se gastaron en fumar aproximadamente 36.000 millones de pesetas<sup>5</sup>. Tomando como base los datos del censo de 1970, estas cifras arrojan una media de 6,5 cigarrillos diarios por cada habitante mayor de 15 años. Dado que muchos de estos habitantes mayores de 15 años no fuman, es evidente que la media por cada fumador tiene que ser más alta.

### Medicamentos

El valor de los medicamentos adquiridos en 1975 por la Seguridad Social se elevó a 70.409 millones de pesetas, según datos del Consejo General de Médicos<sup>6</sup>. Esta cifra es indicativa de un consumo crecientemente masivo de medicamentos, en muchos casos abusivo. Debido quizás a fallos estructurales de la Seguridad Social, los médicos se han convertido de hecho en los principales promotores del abuso de medicamentos.

Según recoge la memoria de la citada comisión interministerial <sup>7</sup>, las drogas más usadas son los fármacos, generalmente analgésicos, que asocian barbitúricos y estimulantes; en segundo lugar, los estimulantes aislados y posteriormente los tranquilizantes, laxantes, etc. Las cantidades consumidas con frecuencia son enormes. El consumo habitual de anfetaminas es muy frecuente en la población juvenil, mientras que el de compuestos analgésicos y estimulantes, así como el de tranquilizantes, es más usual en la población adulta.

- 
- (4) A. RODRIGUEZ-MARTOS DAUER y J. M. FERNANDEZ HUERTAS GARCIA. "Estudio orientativo acerca del consumo alcohólico por parte de una población muestral de Barcelona y provincia". *Revista de Psicología General y Aplicada*, n.º 141 - 142 (1976), pp. 1079 - 1091.
- (5) *Cambio* 16, n.º 242 (1976), p. 30.
- (6) *La Vanguardia Española*, 28-9-76
- (7) ESPAÑA. GRUPO DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL ALCOHOLISMO Y DEL TRAFICO Y CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES. *Op. cit.*, p. 543.

## Otras drogas

No existen estadísticas fiables, ya que legalmente su uso está prohibido y por lo tanto se hace de forma clandestina. De todas formas, las crecientes cifras de detenidos por tráfico ilegal de drogas y las cantidades cada vez mayor de éstas que son aprehendidas, así como el también creciente número de drogodependientes que acuden a los centros de terapia, hacen pensar que existe un incremento notable del uso y del abuso de estas drogas (cannabis, alucinógenos y opiáceos, principalmente).

En este sentido apuntan las conclusiones del estudio realizado por SOLER INSA<sup>8</sup> con 818 estudiantes de B. U. P. de Barcelona, de una edad media de 16 años. Un 9,4 por 100 de los encuestados había tenido algún tipo de uso ilegal de drogas. La edad media del inicio del consumo fueron los 15 años y 4 meses. Las drogas más usadas eran, por este orden, los estimulantes, la cannabis, los tranquilizantes, los hipnóticos y el LSD. En este estudio se relacionó la calidad de la información que tenían los sujetos con su actitud frente al consumo de las drogas. El autor observó que los que estaban más predispuestos al consumo de este tipo de drogas era precisamente los que tenían una peor información sobre ellas.

El consumo de los opiáceos es muy minoritario, aunque hace ya algunos años que empezó a haber en Barcelona muertes por sobredosis de heroína. Aún nos queda cierto tiempo para llegar a la situación de Estados Unidos, en donde en 1974 se calculaba que había 725.000 heroínómanos<sup>9</sup>. Ojalá logremos evitarlo con una eficaz política preventiva.

### 1. 2. Situación legal del toxicómano en España

En España se empieza a considerar el problema de las toxicomanías como un hecho legal de cierta importancia a partir de la década de los 60. Concretamente en marzo de 1961, en las Naciones Unidas se establece una acción a nivel internacional que pretende garantizar el uso y la disponibilidad de los estupefacientes para aplicaciones médicas. Es la llamada **Convención Unica de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes**. España ratifica esta convención en 1966 y la empieza a poner en práctica a partir de 1970. Así se llevan a cabo una serie de medidas administrativas y penales:

- a) **Medidas administrativas:** Creación de una brigada especial de investigación de estupefacientes dependiente de la Dirección General de Seguridad.
- b) **Medidas Penales:** 1) Se modifica la Ley de Contrabando, para someter a la fiscalización nuevos productos y equiparar los alucinógenos a los productos ya prohibidos. 2) Se

(8) SOLER INSA, P. A. "La cannabis y otras drogas entre los estudiantes de grado medio: prospección y actitudes" *Comunicación presentada en las IV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Almería, 1976.*

(9) LAPORTE i SALAS, J. Les drogues. *Barcelona, Edicions 62, 1976, p. 132.*

modifica el artículo 344 del Código Penal, por el que "se penaliza el cultivo, fabricación, elaboración, tenencia, venta, donación o tráfico de drogas tóxicas o estupefacientes y a los que favorezcan, promuevan o faciliten su uso". 3) Por último, se aprueba en 1970 la *Ley de Peligrosidad Social*, que sustituye a la de Vagos y Maleantes de 1933. Esta ley fue modificada en 1974 para ampliar las conductas reveladoras de "peligrosidad social".

Antes de centrarnos en el comentario de esta ley, señalaremos que el comportamiento del toxicómano es mirado desde tres perspectivas legales distintas: la Ley de Contrabando, el artículo 344 del Código Penal y la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, con responsabilidad por cada una, por lo que pueden aplicársele penas por las tres.

Como comenta BOGANI<sup>10</sup>, esta Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social pone en el mismo cajón de sastre a los rufianes y a los toxicómanos, a los vagos habituales y a las prostitutas, a los alcohólicos y a los gamberros, cuando en realidad todos ellos requerirían medidas legales o sociales bien distintas.

En lo que se refiere concretamente a los toxicómanos, no establece ninguna diferencia entre el consumidor esporádico y el drogodependiente, ya que se considera toxicómano a todo aquél que posee cualquier droga y que la ingiere de forma más o menos continuada. Tampoco se establece diferenciación alguna entre las clases de drogas o la cantidad que se posee de ellas (se ha llegado a considerar como tráfico el tener un gramo de hachís).

En último término, esta ley es rechazable porque el abuso de las drogas es un problema sanitario más que legal. No se ayuda al drogodependiente encerrándolo en una de las inexistentes "casas de templanza" establecidas por esta ley, sino ofreciéndole la posibilidad de ayuda terapéutica voluntariamente aceptada. El toxicómano es un enfermo, no un delincuente. Más valdría que los legisladores vigilasen por el cumplimiento del artículo 584 del Código Penal, que prohíbe la distribución de bebidas alcohólicas entre los menores de 16 años.

### 1.3. Conceptos elementales

**Droga.** Cualquier sustancia farmacológicamente activa que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia psíquica, física o de ambos tipos.<sup>11</sup>

(10) BOGANI MIQUEL, E. y P. MARSET CAMPOS. "Consideraciones en torno a la Ley de Peligrosidad Social". *Los Marginados*, núm. 3 (1977), p. 8

(11) Basado en OMS, Serie de Informes Técnicos, N.º 516 (1973).

**Abuso de una droga.** Utilizamos este término como equivalente de "drogodependencia" o de "fármacodependencia". Es preferible utilizar estos términos a los de "toxicomanía" y "habitación".

**Fármacodependencia.** Estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras acciones que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos.<sup>12</sup>

La aparición en una persona determinada de dependencia respecto a una droga en particular dependerá de la acción conjugada de tres factores: 1) las características personales y los antecedentes, 2) la naturaleza de su medio sociocultural general y del más inmediato y 3) las características farmacodinámicas de la droga en cuestión, teniendo en cuenta la cantidad utilizada, la frecuencia del uso y la vía de administración (esto es, por ingestión, inhalación o inyección).

**Dependencia psíquica.** Situación en la que existe un sentimiento de insatisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar.

**Dependencia física.** Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Estos trastornos, llamados **síndromes de abstinencia** o de privación, son tanto físicos como psíquicos y son diferentes según el tipo de droga de que se trate.

**Tolerancia.** Estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico.

**Tolerancia cruzada.** Fenómeno por el que al tomar una droga aparece tolerancia no sólo a esa droga sino también a otra del mismo tipo y a veces de otro. Por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina y viceversa; en menor grado, el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos.

**Drogodependiente o drogadicto.** Persona que presenta dependencia de una o varias drogas.

(12) KRAMER, J. F. y D. C. CAMERON (comp.), Manual sobre dependencia de las drogas. Ginebra, OMS, 1975, p. 13.

**Prevención del abuso de las drogas.** Conjunto de acciones encaminadas a limitar o anular los factores etiológicos (originantes) del abuso de las drogas, con vistas a que éste no se produzca o quede reducido a su mínima expresión. Suelen distinguirse tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria. La **prevención primaria** trata de controlar la disponibilidad de la droga (su producción y distribución) y de eliminar los factores sociales y personales que llevan a su abuso. Uno de estos factores es la carencia de una información adecuada en torno a las drogas, por lo que la prevención primaria es fundamentalmente educativa. La **prevención secundaria** consiste en ayudar terapéuticamente a los afectados. La terapia será tanto más eficaz cuanto más precozmente se haga. La **prevención terciaria** pretende consolidar su curación mediante la reinserción social. Este tipo de prevención también resulta difícil, ya que, como señala YUSTE GRIJALBA, "la mayor dificultad con que nos encontramos surge del medio social que provocó la enfermedad y al que el enfermo vuelve. La modificación del medio social es, a la vez que primaria, prevención terciaria".<sup>13</sup>

#### 1.4. Características y efectos de las drogas

Trataremos de explicar brevemente las características y los efectos esenciales de cada tipo de drogas. Para tener un conocimiento más profundo el lector tendrá que consultar la bibliografía que se detalla en el último apéndice.

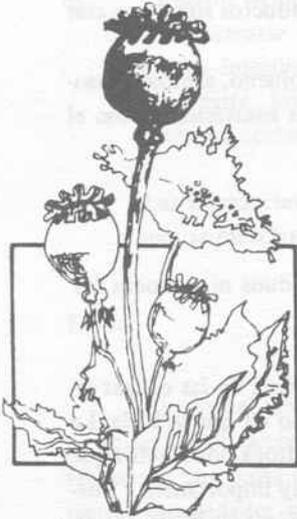
Haremos esta exposición basándonos en la clasificación que hace la O.M.S. de las drogas causantes de dependencia. En ella no está incluida el tabaco porque "es relativamente escasa su acción estimulante o depresora del sistema nervioso central"<sup>14</sup> Sin embargo, nosotros comenzaremos hablando de él, ya que es una de las drogas más extendidas en nuestro medio y con mayores consecuencias sanitarias.

#### Clasificación de la O.M.S.

- 1) Drogas del **tipo del alcohol**: bebidas alcohólicas de cualquier clase.
- 2) **Tipo de la anfetamina**: anfetaminas, dexanfetamina, metanfetamina, metilfenidato y fenmetracina.
- 3) **Tipo de los barbitúricos**: los barbitúricos y algunos otros fármacos de efectos sedantes, como el hidrato de cloral, el clordiazepóxido, el diazepam, el meprobamato y la metacualona.
- 4) **tipo de la cannabis**: preparaciones de la *cannabis sativa*, como la marijuana (*bhang, dagga, kif, maconha*), la ganja y el hachís (*charas*).
- 5) **Tipo de la cocaína**: cocaína y hojas de coca.

(13) YUSTE GRIJALBA, F. J. "Un punto de vista médico social sobre la dependencia de las drogas". *Papers. Revista de sociología*, N<sup>o</sup> 5 (1976, p. 206.

(14) KRAMER, J. F. y D. C. CAMERON, *Manual sobre dependencia de las drogas. Ginebra, O.M.S., 1975, p. 14. La clasificación que exponemos a continuación está tomada de este manual.*



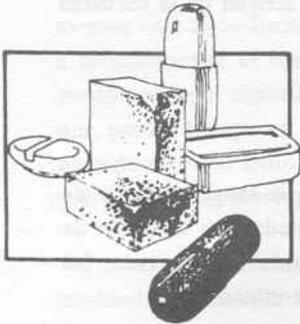
*Adormidera (opio,  
morfina, heroína)*



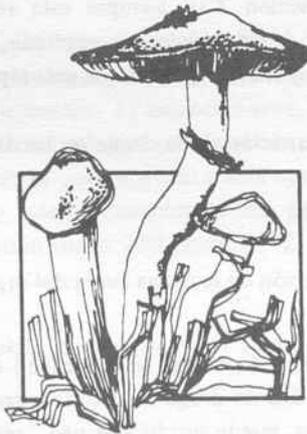
*Cannabis (hachís,  
marijuana o grifa)*



*Barbitúricos y  
tranquilizantes*



*Anfetaminas*



*Psilocibe (psilocybin)*



*Coca (cocaína)*



*Peyote (mescalina)*

**Figura 1:** Estas son algunas de las drogas. Entre paréntesis hemos puesto las sustancias más importantes que se obtienen de cada planta.

- 6) **Tipo de los alucinógenos:** dimetiltriptamina (DMT), lisérgida (LSD), mescalina, peyote y psilocibina.
- 7) **Tipo del khat:** preparaciones de *catha edulis* Forsk.
- 8) **Tipo de los opiáceos:** opio, morfina, heroína, codeína y productos sintéticos con efectos morfínicos, como la metadona y la petidina.
- 9) **Tipo de los solventes volátiles** o productos de inhalación: tolueno, acetona, gasolina y tetracloruro de carbono, e igualmente ciertos agentes anestésicos como el éter, el cloroformo y el óxido nitroso.

### Factores que modifican los efectos de las drogas

Las drogas no tienen los mismos efectos en todos los individuos ni en todas las situaciones. Hay unos factores que determinan sus efectos<sup>15</sup>:

- a) **El estado psicosociológico del sujeto.** Los efectos de la mayoría de las drogas están muy influenciados por la psicología del sujeto y el medio en que se halla. La personalidad de un individuo, su experiencia pasada con la droga, los efectos que espera de ella, los motivos que le impulsan a tomarla, son muy importantes y pueden incluso en ciertos casos alterar completamente la reacción farmacológica típica de la droga. Influyen también todas las circunstancias que rodean su uso, como pueden ser la presencia o no de otras personas y la actitud de la sociedad hacia el uso de esta determinada droga.
- b) **Los factores psicofarmacológicos son varios:**
  1. **La absorción,** es decir, la penetración de la droga en la sangre a partir de su punto de introducción. Casi siempre está relacionada con el modo de administración (una droga puede ser aspirada, ingerida o inyectada; los efectos de la inyección intravenosa son los más rápidos e intensos).
  2. **La distribución:** repartición de la droga en las diversas partes del organismo.
  3. **La metabolización.**
  4. **La excreción:** eliminación de la droga fuera del organismo.
- c) **La importancia de la dosis.** En general, la intensidad de los efectos de una droga es proporcional a la cantidad de droga absorbida, pero en algunos casos, en particular en el de los sedantes, puede producirse una "reacción en dos fases", es de-

(15) *Para una exposición más detallada, véase OUGHOURLIAN, J. M. La persona del toxicómano. Barcelona, Herder, 1977, pp. 46-50.*

cir, que dosis diferentes pueden tener efectos completamente contrarios. No puede afirmarse que una droga es segura, beneficiosa o perjudicial sin considerar la dosis.

- d) **El factor tiempo.** La intensidad y el carácter mismo del efecto de una droga pueden transformarse considerablemente en un tiempo muy corto. Así por ejemplo, un efecto inicialmente estimulante puede transformarse en un efecto sedante. Por otra parte, los efectos derivados del uso crónico pueden ser muy distintos a los efectos a corto plazo de una sola dosis.
- e) **Las interacciones con las otras drogas:** los efectos de cada droga son distintos según se mezclen con alcohol o con otras drogas.

### Tabaco

El uso del tabaco se introdujo en Europa en el siglo XVI, a raíz del descubrimiento de las Indias Occidentales. Los colonizadores españoles vieron a los indígenas fumar el tabaco en sus pipas durante sus ceremonias, como símbolo de amabilidad. Le atribuían ciertas propiedades médicas. Fue por esta última razón por lo que trajeron el tabaco a Europa, pero su uso pronto superó el ámbito estrictamente médico y empezó a generalizarse. En aquella época el tabaco era fumado en pipa o bien masticado o aspirado. Al comenzar este siglo fueron introducidos los cigarros (puros). Ya en pleno siglo XX comenzó a incrementarse el hábito de fumar cigarrillos. LAPORTE<sup>16</sup> señala las razones de este predominio del cigarrillo: bien presentado, fácil de transporte, cómodo de coger y no hay que perder tiempo en prepararlo. Esto ha llevado a que el hábito de fumar tabaco haya perdido el ritual lento que tenía cuando había que preparar la pipa y ahora se fume más y de forma más ansiosa.

¿Qué contiene el humo del cigarrillo? Si lo analizamos químicamente mediante una máquina fumadora que condensa sus componentes, vemos que el humo está formado por dos tipos de elementos: 1) **hidrocarburos**, algunos de los cuales (benzopireno y dibenzopireno) han demostrado ser cancerígenos en experimentos con animales<sup>17</sup>; el contenido medio de alquitrán por cigarrillo oscila entre 4 y 40 mg., según la clase y la envoltura del pitillo, por lo que un fumador de una paquete diario vierte al año en sus pulmones una taza de alquitrán (unos 200 gramos); 2) **nicotina**, que es el principal alcaloide del tabaco.

La cantidad de nicotina contenida en el humo de un cigarrillo es de 1 a 2 mg.

(16) LAPORTE i SALAS, J. Les drogues. *Barcelona, Edicions 62, 1976, p. 81.*

(17) STACKER, K. H. y U. BARTMANN. *Psicología del fumar. Barcelona, Herder, 1977.*

en las marcas más corrientes<sup>18</sup>. La cantidad de nicotina contenida en un solo paquete de cigarrillos sería suficiente para matar a un hombre si le fuera administrada toda de golpe. La nicotina es transformada rápidamente por el hígado en compuestos menos nocivos y se elimina de forma muy rápida, por lo que sus efectos tóxicos inmediatos son relativamente modestos. Produce un predominio del sistema nervioso simpático, con aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial. También aumenta la secreción de hormonas en la corteza adrenal, lo que puede dar lugar a un aumento de la producción de colesterol y favorecer la aparición de la arterioesclerosis<sup>19</sup>. El principal efecto inmediato de los alquitranes consiste en pegarse a los tejidos pulmonares y aumentar la resistencia de las vías respiratorias al paso del aire.

Las consecuencias fisiológicas del tabaco a largo plazo son muy peligrosas para la salud. D. C. CAMERON<sup>20</sup>, médico de la O.M.S., las resume en las siguientes conclusiones, válidas tanto para los hombres como para las mujeres:

1. La mortalidad general es más elevada entre los fumadores que entre los no fumadores.
2. La tasa de fallecimiento tras algunas enfermedades, como por ejemplo las cardíacas, el cáncer de pulmón, la bronquitis y el enfisema, es mucho mayor entre los fumadores que entre los no fumadores.
3. Los fumadores se encuentran más sujetos a las enfermedades crónicas y se ausentan con más frecuencia del trabajo que los no fumadores.
4. El peligro aumenta en función del consumo de cigarrillos, del número de años durante los que se fuma y de la cantidad de humo inhalado.
5. Al dejar de fumar, cada uno de los riesgos que provoca puede disminuir al mismo nivel que el que corresponde a los no fumadores.
6. El cáncer de pulmón no es normal entre los no fumadores. Irrefutablemente el hecho de fumar cigarrillos aumenta la frecuencia con que aparece el cáncer de pulmón.
7. Fumar predispone enormemente a la bronquitis crónica y al enfisema.
8. Fumar puede favorecer el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y especialmente al fallecimiento como consecuencia de enfermedades coronarias.
9. Existe una relación entre el hecho de fumar y la elevación de la tasa de mortalidad como consecuencia de las úlceras pépticas, sobre todo de tipo gástrico.
10. Los cánceres de boca, laringe y esófago se encuentran relacionados con el tabaco. El cáncer de vejiga es más frecuente en los fumadores que en los no fumadores.
11. El peligro de mortalidad después de una gripe o una neumonía se encuentra lige-

(18) LAPORTE, *op.cit.*, p. 85. Consúltese este libro (Les drogues) para ver la cantidad de nicotina de las diversas marcas de tabaco.

(19) STACKER, K. H. y U. BARTMANN, obra citada, p. 87-90

(20) Reproducido en "La educación relativa a la droga", Revista de Educación, Madrid, Vol. 24, núm. 244 (1976), p. 141.

ramente aumentado en los fumadores de cigarrillos.

12. El tabaco agrava la sinusitis.

Además, con relación a las mujeres:

1. El peligro de aborto es mayor en las fumadoras que en las no fumadoras.
2. El hecho de que la madre fume durante el embarazo supone una disminución del peso del niño en el momento del nacimiento y aumenta el peligro de parto prematuro, de aborto espontáneo, de mortalidad en el momento del nacimiento e inmediatamente después.

Añadiremos a esta síntesis que recientemente se ha descubierto otro efecto del hábito de fumar en la mujer<sup>21</sup>. Existe una alta relación entre el hábito de fumar y la precocidad de la aparición de la menopausia y de los restantes síntomas del climaterio femenino. Resulta paradójico que sean precisamente las mujeres fumadoras, entre las que abundan las "emancipadas" sexualmente, las que tengan antes el final de la menstruación.

Cuando los adolescentes comienzan a fumar, aún no sienten en su cuerpo los efectos que produce el tabaco a largo plazo, que son los más perjudiciales. "Más del 85 por 100 de los adolescentes que fuman *más de un cigarro* se hacen dependientes del tabaco"<sup>22</sup>. Cuando sufren las enfermedades que suele producir el tabaco serán ya adultos, pero entonces el hábito estará demasiado arraigado en ellos como para poder abandonarlo con facilidad. La única solución viable es informar a toda la población de los efectos del tabaco y suprimir su publicidad. El hábito al tabaco, aunque esté socialmente admitido, constituye el principal problema sanitario del país. El Estado lo promueve. Los educadores contribuyen también a su expansión cuando fuman delante de sus alumnos, ya que su conducta influye más en la actitud que ellos van tomando hacia el tabaco que toda la información que puedan darles. "Si por un extraño azar toda la población española dejara de fumar, se lograría un descenso de las enfermedades y defunciones superior al que podría conseguirse con cualquier otra medida de carácter sanitario", afirma J. A. Valtueña<sup>23</sup>

## Alcohol

El alcohol es la droga más aceptada por nuestra sociedad. Es la droga preferida por los adultos y por los jóvenes. Está tan asimilada a nuestra cultura que incluso tiene un simbolismo religioso en el cristianismo. Nos cuesta trabajo imaginarnos una fiesta sin alcohol o una conversación con un amigo sin "beber algo". Sin embargo, a pesar de ser la droga más antigua en nuestra sociedad, sus efectos no son bien conocidos por sus usua-

(21) VALTUEÑA, J. A. "En torno al tabaco". Triunfo, núm. 759 (1977), p. 27.

(22) YOUNG, L. A. Recreational drugs. New York, Macmillan.

(23) VALTUEÑA, J. A., *ibídem*, p. 27.

rios. Sobre el alcohol existen numerosos tópicos falsos que es necesario desterrar poco a poco por la educación<sup>24</sup>.

El alcohol **no es un alimento**, ya que sus calorías se queman inmediatamente, disminuyendo las reservas de glucosa; la energía del alcohol no se almacena. El alcohol **no calienta**, sino que refrigera el interior del cuerpo aunque dé sensación de calor en la superficie. El alcohol **no es un estimulante ni aumenta los reflejos**, sino que simplemente desinhibe y da al sujeto una sensación falsa de tener más posibilidades; en realidad, es un depresor del sistema nervioso. El alcohol **no abre el apetito, sino que produce secreciones de jugo gástrico y unas contracciones anormales de la pared del estómago que se parecen a la sensación de hambre, pero pueden terminar produciendo gastritis**. El alcohol **no previene las enfermedades del corazón**, sino que daña la musculatura cardíaca y no es dilatador coronario. El alcohol **no es un estimulante sexual**; puede despertar el interés por el sexo (por la desinhibición), pero interfiere la capacidad de sostener relaciones sexuales efectivas; frecuentemente el alcohólico termina siendo impotente. El alcohol **no hace de por sí más amables a las personas**; puede volverlas más hostiles y agresivas: gran número de los asesinatos y de los suicidios son causados por el alcohol, casi dos tercios de los alcohólicos insultan y golpean a sus cónyuges.

El alcohol es una droga peligrosa, tanto si proviene del vino como de la cerveza, de los aguardientes o de los licores. Las bebidas alcohólicas sólo se diferencian en dos cosas: la cantidad de alcohol que contienen y las sustancias (resinas, esencias) que les añade el fabricante. La sidra tiene de 2 a 8 grados de alcohol; la cerveza, de 4 a 9 grados; los vinos, de 10 a 12 grados; los vinos fortificados, de 12 a 24 grados; la quina, de 14 a 17; el vermut, de 16 a 20; el aguardiente, el licor, el anís, la ginebra, el whisky y el vodka, de 40 a 65 grados.

La dosis normal que puede tomar una persona sin riesgo de alcoholizarse es de 1 centímetro cúbico por kilo de peso y día. (1 c.c. de alcohol puro). Si la persona tiene 75 kilos de peso, por ejemplo, puede tomar 75 c.c. de alcohol diarios, que equivale a 3/4 de litro de vino de 10 grados, 3/16 de coñac de 40 grados, etc. Si la persona está ya alcoholizada, la cantidad que puede tomar es mucho menor, ya que el alcohol ingerido se añade al que tiene permanentemente en la sangre.

Alcohólico y borracho no es lo mismo. Ni todos los alcohólicos se emborrachan, ni todos los que se emborrachan son alcohólicos. La embriaguez o intoxicación aguda de alcohol empieza a producirse cuando la persona tiene más de 1 gramo de alcohol por litro

(24) *Para ver estos tópicos con más detalle, puede consultarse: BACH, L. y F. FREIXA Qué es el alcoholismo. Barcelona, La Gaya Ciencia, 1977, pp. 25 ss. También, el folleto Ideas falsas sobre el alcohol y el alcoholismo, del Departamento de Servicios contra la Adicción de Puerto Rico. Igualmente, D. FRAZIER y V. PAWLAK, Alcohol facts behind the rumors behind the myths. Phoenix, Arizona, Do It Now Foundation, 1975. 25 p.*

de sangre (esta cantidad varía si la persona ya es alcohólica). Aunque sea algo frecuente, es peligrosa. En menos de hora y media el alcohol ingerido pasa del estómago y del intestino a la sangre, que lo difunde a todos los tejidos del cuerpo, incluido el cerebro. Después de la euforia inicial, la persona empieza a manifestar cierta incoherencia verbal, movimientos torpes y lentitud de reflejos. Si la embriaguez progresa, el comportamiento se va haciendo peligroso; la persona canta o grita, discute o pelea; camina titubeando o pierde el equilibrio y cae; la vista se nubla hasta la visión doble; la sensibilidad disminuye, puede haber vómitos. Finalmente, en el mayor grado de la borrachera, la persona ebria se desploma y cae, entrando en un sueño comatoso. Si la ingestión del alcohol ha sido excesiva, la borrachera comatosa puede llevar incluso a la muerte. Además, el alcohol se elimina del organismo lentamente. Hasta las veinticuatro horas no se ha eliminado totalmente. En estas condiciones hay un gran peligro de todo tipo de accidentes: de tráfico, de trabajo, peleas, agresiones.

El alcohol suele mezclarse con otras drogas, voluntaria o involuntariamente, ya que casi todos los usuarios de las otras drogas suelen consumir también alcohol. Ahora bien, la mezcla de dos o más drogas siempre es más peligrosa que la ingestión de cada una de las dos drogas por separado. Algunas de estas mezclas son muy corrientes, como por ejemplo las de cafeína y alcohol (cubalibre, carajillo). Más adelante señalaremos las mezclas más peligrosas<sup>25</sup>.

Hay personas que han pasado de usar el alcohol a abusar de él. Han adquirido una dependencia del alcohol y no pueden prescindir de él. Entonces se les llama **alcohólicos**. En España hay más de dos millones de alcohólicos. Según BACH y FREIXA<sup>26</sup>, se es enfermo alcohólico cuando se es incapaz de dejar de ingerir esta droga a pesar de conocer los trastornos y perjuicios de todo orden que origina.

En los inicios de la enfermedad, según estos autores, suele aparecer un aumento de la **tolerancia**. El enfermo necesita beber cada día más alcohol para conseguir satisfacerse. Resiste cada vez "mejor" cantidades crecientes de esta droga. No es extraño que ingiera seis o siete litros de vino, o una o dos o más botellas de licores diariamente. Estas dosis serían mortales para cualquier persona no alcohólica. Más adelante (por desgaste del hígado) disminuye la tolerancia del alcohol. El enfermo está permanentemente alcoholizado y una sola copa puede alterarle. Pero sigue bebiendo en grandes cantidades, porque ha perdido la capacidad de abstenerse. Necesita hacerlo para mantener el nivel de alcohol en la sangre y evitar el temido síndrome de abstinencia, consistente en temblor de las manos, sensación de náuseas (con o sin vómitos), desgana creciente, diarreas esporádicas, enrojecimiento de los ojos, calambres musculares (en las pantorrillas, dorso del pie), pesadillas,

(25) Para más detalle, véase el folleto FRAZIER, D. Alcohol: simple facts about combinations with other drugs. Phoenix, Do It Now Foundation, 1976.

(26) BACH, L. y F. FREIXA, *Qué es el alcoholismo*. Barcelona, La Gaya Ciencia, 1977 pp. 35 ss.



FIGURA 2. A todos los niños que vieron la serie televisiva "MARCO" se les inculcó el error de que el alcohol produce alegría. La presión social que promueve el uso de esta peligrosa droga actúa desde la misma infancia.

inquietudes y malestar durante el sueño. En sus formas graves, el síndrome de abstinencia provoca crisis convulsivas epilépticas (reversibles). Dentro de esta situación de carencia del alcohol, es especialmente grave el *delirium tremens*, cuadro clínico grave que evoluciona en unos pocos días hacia su resolución favorable o a la muerte del paciente, especialmente si no es tratado correctamente o si incide en un organismo desnutrido.

El conjunto de hechos que acabamos de describir dura por término medio de 10 a 15 años, hasta que los trastornos son tan patentes que se procura una intervención médica. El enfermo suele llegar al médico tan deteriorado que el pronóstico de recuperación física no siempre es bueno. Desgraciadamente, el desconocimiento de la enfermedad alcohólica por parte de la sociedad en general y de los mismos profesionales sanitarios hace que no se pueda tratar a la enfermedad alcohólica en sus comienzos.

¿Cuáles son las consecuencias del alcoholismo? Expondremos primero una síntesis de las consecuencias personales, familiares, laborales y sociales de esta enfermedad, elaborada por V. SAU<sup>27</sup>. El alcohólico sufre una patología de la personalidad que a menudo se manifiesta antes que la orgánica. El trastorno de la personalidad del enfermo repercute ante todo en el seno de la familia, para más tarde, a medida que el proceso se agrava, pasar también al medio laboral e incluso al social. Además de la irritabilidad que caracteriza al enfermo alcohólico, éste pierde el sentido de la ética, primero en el ambiente más íntimo del hogar, públicamente después. Los gritos, las peleas, incluso los golpes, son moneda corriente en la casa donde hay un enfermo de este tipo. Se desconfía y sospecha de los demás, y con esta base se pueden montar las historias más fantásticas; en los hombres es frecuente la celotipia, con la que se atribuyen a la esposa amores ilícitos y amantes que sólo existen en la mente del alcohólico, pero que son el pretexto para escándalos, palizas o recriminaciones sin fin. En el ámbito laboral, el trastorno de la personalidad se manifiesta en un menor rendimiento en el trabajo—no olvidemos que hay pérdida de visión y de reflejos motores—, irritabilidad con los compañeros y por fin absentismo. En lo social, el enfermo alcohólico es solitario y no tiene o abandona a sus amigos. En todo caso se rodea de bebedores tan excesivos como él mismo. Perdido el control sobre su conducta, adopta actitudes ridículas o poco dignas en público: puede meterse con la gente por la calle, pedir dinero prestado para no devolverlo, suscitar peleas callejeras, o simplemente, yacer en la vía pública a pesar de tener sitio adonde ir.

Veamos ahora las consecuencias físicas.

1. **Enfermedades gastrointestinales:** cáncer en el suelo de la boca; esofaguitis; carcinoma esofágico; gastritis, que puede desembocar en cáncer de estómago; mala absorción de la lactosa en el intestino delgado; diarrea crónica; pancreatitis; anorexia; hepatitis alcohólica; cirrosis. Si el hígado está dañado por hepatitis o por ci-

(27) SAU, V. "El alcohol, tercera causa de muerte en España". *Vivir a dos*, núm. diciembre de 1977.

rrosis no puede funcionar bien y no puede quemar el alcohol, con lo que el individuo se emborracha antes ("aguanta menos") y el alcohol se queda más horas en la sangre. La cirrosis puede degenerar en cáncer. Además, la degeneración producida por el hígado impide a éste enfrentarse a las infecciones u otras agresiones, como es la anestesia.

2. **Enfermedades cardíacas:** cardiomiopatía alcohólica. El alcohol daña al corazón.
3. **Enfermedades neurológicas.** El cerebro, juntamente con el hígado, es la víscera más atacada por el alcohol, pero mientras que la sustancia hepática se regenera, no ocurre así con las neuronas (células nerviosas), que no se reproducen. A causa del deterioro del sistema nervioso central producido por el alcohol se originan: polineuritis (degeneración cerebelosa alcohólica), crisis convulsivas, psicosis alcohólicas y el delirium tremens.
4. **Enfermedades musculares:** miopatía alcohólica.
5. **Enfermedades de la sangre:** anemia megaloblástica.
6. **Deficiencias vitamínicas:** beriberi y pelagra, entre otras.
7. **Enfermedades metabólicas:** hipoglucemia alcohólica e hiperglucemia alcohólica.
8. **Enfermedades de la piel:** pelagra y úlceras cutáneas, entre otras.
9. **Trastornos sexuales.** En el hombre, impotencia. En la mujer pueden producirse amenorreas (falta de menstruación) y atrofia ovárica.
10. **Trastornos en el embarazo.** Parece que el alcoholismo en sí no es hereditario. Si aproximadamente la mitad de los alcohólicos son hijos de alcohólicos es sólo porque el clima familiar de sus padres y el aprendizaje del hábito de la bebida los han predisuesto también a ellos para el alcoholismo. Sin embargo, las consecuencias somáticas en el feto por la ingestión del alcohol de la embarazada sí son indudables. El alcoholismo de la madre es una de las principales causas de la deficiencia mental. Recientemente se ha descrito el **síndrome fetal del alcohol**<sup>28</sup>. Este síndrome (conjunto de signos y síntomas) es nuevo sólo de nombre, ya que la mitología griega y la romana hacían relación a los trastornos que el alcohol producía en la dependencia<sup>29</sup>. Consiste en anormalidades faciales, deficiencias en la inteligencia, retardo del crecimiento del feto en altura y en peso, un aumento de la frecuencia de malformaciones congénitas y perturbaciones psicomotoras. "Las mujeres que usan el alcohol de forma intensa tienen un 20 por 100 de probabilidades de tener niños con defectos de nacimiento"<sup>30</sup>. La alternativa para las mujeres en edad de tener hijos está clara: si se tiene que beber, no quedarse embarazada; si se está embarazada, no beber.

(28) *Hay una amplia exposición en "Fetal alcohol syndrome". Drug Survival News. Vol. 6, núm. 3 (1977), pp. 9-14.*

(29) *SENSEMAN, L. A. "The fetal alcohol syndrome". Report on the second world congress for the prevention of alcoholism and drug dependency (Acapulco, 1976). International Commission for the Prevention of Alcoholism, Washington, 1977.*

(30) *FRAZIER, D. y V. PAWLAK, op. cit. en nota (24), p. 13.*

En síntesis, puede concluirse que la dependencia alcohólica se caracteriza por una dependencia psíquica variable, una fuerte dependencia física y una tolerancia variable según lo avanzado de la enfermedad. Su consecuencia patente es la patología de los tejidos del cuerpo.

Después de esta descripción de hechos, no resulta tan demagógica la definición que algunos hacen del alcoholismo usando criterios políticos: "El alcoholismo es una enfermedad provocada por el consumo de la única droga legal que ciertos estados permiten, promocionan y protegen, para defender intereses económicos y políticos, aniquilando física y mentalmente al pueblo gobernado"<sup>31</sup>.

### Anfetaminas<sup>32</sup>

Después del alcohol y del tabaco, la droga más usada por los escolares barceloneses son las anfetaminas, como ya indicamos anteriormente. Según LAPORTE<sup>33</sup>, los antecedentes de las anfetaminas tienen más de 5.000 años, ya que los chinos usaban como planta medicinal la efedra, que tiene un alcaloide análogo químicamente a las anfetaminas.

Se llama anfetaminas a todos los derivados del grupo químico "anfetamina". Su valor terapéutico es más bien limitado, pues en la práctica sólo se emplean en dos tipos de casos: como estimulante y para el tratamiento de la obesidad. Se piensa que la pérdida del apetito proviene del efecto estimulante de estas sustancias. Las anfetaminas son capaces de elevar el ánimo y provocar un estado de bienestar subjetivo. Sus efectos son del tipo de la cafeína, pero más intensos. Aumentan la actividad psíquica, retardan la aparición de la fatiga y en dosis adecuadas pueden aumentar el rendimiento físico e intelectual.

El uso continuado de las anfetaminas es más peligroso que el de la cafeína. Comporta un grado de **tolerancia**; **dependencia psíquica variable**, con frecuencia intensa; **dependencia física también variable**; síndrome de abstinencia con temblores persistentes, somnolencia, sensación permanente de fatiga y estado de depresión física y mental producido por la interrupción de la estimulación del fármaco.

El abuso de las anfetaminas está muy extendido y adopta múltiples formas. Rela-

(31) "El alcoholismo, cuestión política". Biblioteca Rekalde, Bilbao, n.º 2.

(32) Para la descripción abreviada de este tipo de drogas y de los restantes hemos seguido parcialmente al folleto *Uso indebido de drogas*, Ginebra, Naciones Unidas, 1971. 19 p.

(33) LAPORTE, J. Op. cit. en nota (16).

taremos las más importantes:

- a) **Abuso de estimulantes para aumentar el poder de concentración mental o para eliminar la fatiga y la somnolencia.** Cuando los atletas se drogan con ocasión de las competiciones deportivas, suelen hacerlo principalmente con anfetaminas. Como el atleta no siente la fatiga, bajo el efecto de estas sustancias puede rebasar los límites de su resistencia física. Esto, sumado a un profundo agotamiento físico y a ciertas condiciones atmosféricas (calor, por ejemplo), puede ser mortal. El abuso de anfetaminas entre los conductores de vehículos de motor, en particular los conductores de camión, se ha difundido mucho en varios países. Mientras el conductor está bajo el efecto del estimulante no siente sueño, pero es víctima de una somnolencia repentina al cesar ese efecto. Esto explica que entre los responsables de accidentes graves haya un número considerable de conductores que se habían quedado dormidos al volante después de tomar estimulantes. Es frecuente también el abuso de anfetaminas por parte de los jóvenes, bien porque quieren aumentar su concentración durante los estudios y exámenes, o bien porque quieren aprovechar el sábado y el domingo sin sentir la necesidad de dormir. Las anfetaminas están contraindicadas en situaciones en que el sujeto está de por sí sobreexcitado, como suelen ser los exámenes. El agotamiento puede sobrevenir en el momento justo del examen. Este tipo de abuso puede ser el comienzo de una dependencia y su mejor prevención consiste en establecerse un plan de estudio realista a lo largo de todo el curso.
- b) **Abuso de estimulantes para producir cambios en el estado de ánimo.** Las mujeres y en muchos casos las personas obesas, que son los principales consumidores de medicamentos anorexígenos (que quitan el apetito), suelen empezar a tomarlos con regularidad y repetidamente por prescripción médica. El efecto estimulante de las anfetaminas que produce la inapetencia, es la principal razón de que muchas de estas personas aumenten gradualmente la dosis, hasta llegar a la dependencia.
- c) **Inyección intravenosa de estimulantes.** La administración de dosis excesivas de anfetaminas por vía intravenosa se está difundiendo entre la juventud de ciertos países. Los preparados farmacéuticos suelen contener entre 10 y 20 miligramos del elemento constitutivo activo por ampolla o comprimido, mientras que los dependientes toman varios gramos (esto es, un centenar de veces más) por vía intravenosa (la forma de administración que produce efectos más fuertes). Se produce una sensación brutal de placer instantáneo, sobreexcitación y sensación de poder. Los dependientes pueden inyectarse durante días enteros, con abolición continuada del sueño pero cuando éste viene, invencible, hace caer al individuo en un estado de agotamiento psíquico con una depresión y una angustia tremenda. De este estado intenta liberarse con los barbitúricos, por lo que puede terminar con habituaciones múltiples. La administración intravenosa es la forma más peligrosa del abuso de anfetaminas y con frecuencia es causa de psicosis. Algunos heroinómanos tratan de sustituir a veces la heroína por anfetaminas, o se administran una combinación de ambas.

## Barbitúricos

Son sustancias derivadas del ácido barbitúrico. Las más comunes son el barbital ("Veronal"), el fenobarbital ("Luminal"), el ciclobarbital ("Fanodormo"), el heptobarbital ("Medomina") y el pentobarbital ("Nembutal"). Interesa que el educador conozca cuáles son estos productos para saber cómo actuar en caso de emergencia, pero puede ser contraproducente el dar estos nombres a los alumnos que estén predisuestos a experimentar con todo tipo de sustancias.

Los efectos de los barbitúricos son en muchos aspectos opuestos a los de las amfetaminas. Los barbitúricos producen una depresión del sistema nervioso que se traduce en relajación, disminución de la actividad mental y sueño. Por ello se usan como pastillas para dormir. Este suele ser su uso médico: en pequeñas dosis se usan como hipnóticos y en grandes dosis como anestesia. Pero, aparte de este uso médico controlado inicialmente, está muy extendida la automedicación e incluso la ingestión de barbitúricos fabricados clandestinamente (en los países donde hay un fuerte control de su venta farmacéutica).

El **uso prolongado** de los barbitúricos, tanto si es legal como ilegal, médico o extramédico, es extremadamente peligroso. Se puede crear **dependencia física** con el uso diario de varias cápsulas. Al cabo de una semana de uso continuado empieza a aparecer la **tolerancia**, que lleva a aumentar la dosis para conseguir el mismo efecto. La dosis final puede estar muy cerca de la mortal, que es la misma tanto para los sujetos dependientes como para los no dependientes. Se produce también **dependencia psíquica**. Al cabo de varios días de usarlos ya cuesta dormir sin recurrir a ellos. Una vez establecida la dependencia, si la droga se suprime, aparece el **síndrome de abstinencia**, que puede poner en peligro la vida si no se está bajo observación médica. Este síndrome consiste en una fuerte excitación nerviosa, con vómitos, náuseas, convulsiones y manifestaciones de terror. Es más grave que el de la supresión de la morfina.

El **uso corto pero intenso** también es muy peligroso. Puede sobrevenir una **sobredosis**, bien intencionadamente o bien porque el sujeto ha perdido la noción del tiempo e ingiere demasiado pronto la dosis siguiente, con lo que los efectos se acumulan en el tiempo. La sobredosis también puede estar originada por la **mezcla de los barbitúricos con el alcohol**. Los barbitúricos de por sí deprimen el sistema nervioso central, encargado no sólo de recibir las sensaciones y elaborar el pensamiento, sino también de funciones vitales como son la respiración y el funcionamiento del corazón. Si se lentifica la acción del sistema nervioso más allá de un cierto límite, la muerte es inevitable. Ahora bien, el alcohol es también un depresor del sistema nervioso central y potencia el efecto tóxico de los barbitúricos dando lugar a un cúmulo de reacciones imprevisibles. El resultado puede ser la muerte. **Nunca en ninguna circunstancia deben mezclarse el alcohol y los barbitúricos**. Esto no significa únicamente que no se deban tomar juntos el alcohol y las pastillas de dormir. Significa también que se corre el riesgo de una sobredosis si primero se bebe y después se toma uno, como siempre, las pastillas para dormir. Si nos encontramos a una persona con sobredosis de barbitúrico, debe llamarse a una ambulancia inmediatamente. Si está todavía consciente, hacerle vomitar metiendo un dedo en la boca o dando-

le a beber agua salada. Nunca debe dársele café. Hay que mantenerla despierta dando vueltas con ella alrededor de la habitación. No permitir que se quede dormida, ni darle tampoco anfetaminas. La única solución es que vaya a un hospital, aunque pueda tener después complicaciones legales. En último término, es mejor ir a un juicio que al cementerio. Si la persona está ya inconsciente, no hacerla vomitar ni darle nada para beber.

Existen otras mezclas usuales de los barbitúricos con otras drogas. La "caza del dragón", practicada en Asia y en el Lejano Oriente, es el uso de la **heroína mezclada con los barbitúricos**. Por otra parte, numerosos informes indican que los productos utilizados más comúnmente para adulterar la heroína son los barbitúricos, especialmente en Asia. Finalmente, entre los toxicómanos que se inyectan la heroína por vía intravenosa, muchos son también dependientes de los barbitúricos. Otra mezcla es la de los **barbitúricos usados conjuntamente con los estimulantes**. En el mercado hay medicamentos que contienen ambos tipos de ingredientes.

### Tranquilizantes

Hay un gran número de medicamentos denominados tranquilizantes que aunque no son hipnóticos, se supone que eliminan la ansiedad y el nerviosismo. Entre ellos están los tranquilizantes menores, que son compuestos a base de meprobramato o de benzodiazepinas. Algunos de estos últimos son el clordiazepóxido o Librium, el diazepam o Valium, el oxacepam o Adumbram y el medacepam o Nobrium. Los diversos tranquilizantes tienen diferentes ingredientes y actúan en distintas partes del cuerpo. Algunos influyen en el sistema nervioso central, otros relajan los músculos y otros actúan en algunas zonas del cerebro.

Durante muchos años la gente ha creído que los tranquilizantes eran seguros y que con ellos no se corría el riesgo de adquirir una dependencia. El origen de este error está probablemente en que los tranquilizantes suelen recetarse por periodos cortos de tiempo. Pero son causantes de dependencia cuando se toman durante periodos largos. La dependencia a los tranquilizantes es del mismo tipo que la de los barbitúricos, aunque con un grado de dependencia menor. El síndrome de abstinencia es el mismo.

El mayor peligro de las benzodiazepinas radica en la frecuencia con que son recetadas. Aunque tienen un potencial de sobredosis bajo, de hecho las sobredosis son frecuentes por la gran facilidad con que se consiguen y se usan. Los efectos a largo plazo del uso continuado de dosis altas de estos tranquilizantes son importantes: somnolencia, descoordinación muscular, confusión mental (especialmente en los viejos y en las personas débiles), erupciones en la piel, irregularidades menstruales, náuseas, constipado y alteraciones del impulso sexual.

### Cannabis

Tanto la marihuana como el hachís se obtienen de la misma planta, la **cannabis sativa**. La marihuana es una preparación a base de hojas y el hachís es un preparado de la

resina. Las propiedades psicoactivas de esta planta se atribuyen fundamentalmente al principio activo llamado tetrahidrocannabinol (THC), contenido sobre todo en la resina.

Se cuentan por millones las personas que han usado los productos de esta planta como agente embriagador durante los cuatro o cinco mil últimos años. En ciertos países el consumo de la cannabis es costumbre tradicional desde hace siglos. Esto sucede en particular en los países islámicos, donde está prohibido el consumo del alcohol. Los árabes extendieron en la Edad Media el consumo de la cannabis desde la India hasta el norte de Africa. Cabe pensar que quizás el consumo tradicional de la cannabis llegue a desaparecer en estos países a medida que cambie su antigua estructura social, por la influencia de países más industrializados con preferencia por otras drogas. Mientras que en algunos países de Africa y Asia se da este uso tradicional de la cannabis, el fenómeno es nuevo en Norteamérica y parte de Europa. El uso de esta droga se ha difundido durante los dos últimos decenios entre los jóvenes de sus grandes metrópolis.

Los efectos de la cannabis son muy variables. Al igual que ocurre con cualquier otra droga, los efectos varían según la cantidad de droga y la forma en que se ingiere, las experiencias previas del sujeto y sus sentimientos, de si se mezcla o no con otras drogas y de todas las circunstancias que rodean su uso. También varían según la concentración de THC que tenga el preparado que se tome. En la cantidad de material psicoactivo contenida en una preparación de cannabis influyen: 1) las características de la planta; 2) el lugar y las circunstancias de su crecimiento; 3) la naturaleza de la preparación; 4) la edad y los métodos de conservación de los productos cosechados.

¿Cuáles son los efectos a corto y a largo plazo de la cannabis? La Addiction Research Foundation de Ontario <sup>34</sup>, entidad colaboradora de la O.M.S., nos ofrece una buena síntesis.

Los **efectos a corto plazo** son los que aparecen con rapidez después de tomar una dosis y desaparecen al cabo de varias horas o varios días. Si la dosis es pequeña, los efectos más corrientes son: a) Sensación de euforia y tendencia a hablar y reír más de lo normal. b) Aumento de las pulsaciones cardíacas. c) Enrojecimiento de los ojos. d) Posteriormente, el sujeto se queda tranquilo y somnoliento. Este conjunto de hechos dura algunas horas. Si la dosis es mayor, estos efectos se aumentan y el usuario puede fallar en la percepción del tiempo, por lo que unos minutos pueden parecerle horas. También pueden agudizarse o distorsionarse la percepción del sonido, del color y de otras sensaciones. La cannabis puede deteriorar la memoria inmediata, el pensamiento lógico y la capacidad de conducir un coche o de realizar otras tareas complejas. Cuando la cannabis se mezcla con el alcohol, los barbitúricos o algunas otras drogas, se aumentan sus efectos sobre la conducta y sobre el pensamiento. Por otra parte, si la dosis es muy alta, los efectos de la cannabis son similares a los del L.S.D. y otros alucinógenos. El usuario puede

(34) "Factsheet: cannabis". The Journal, Toronto, vol. 7, N<sup>o</sup> 1 (1978) p. 13.

experimentar confusión mental, fatiga, excitación y alucinaciones, que pueden causarle ansiedad o pánico e incluso precipitarlo a un episodio psicótico verdadero.

Los efectos a largo plazo son los que están provocados por el uso de la cannabis durante un periodo largo de tiempo. Dado que su uso en nuestra sociedad es reciente, es difícil establecer cuales son estos efectos. En algunos sujetos se han observado los siguientes:

- a) Se desarrolla una **tolerancia moderada**. Hace falta más cantidad de droga para producir el mismo efecto.
- b) El THC es soluble en las grasas y se concentra en los tejidos del cuerpo que contienen grasas, incluso en el cerebro, en donde hay un alto porcentaje de grasa. El uso continuado hace que se acumule en el cuerpo.
- c) Aproximadamente uno de cada 20 usuarios habituales de la cannabis adquieren **dependencia psicológica**. La droga se convierte en el centro de sus pensamientos, emociones y actividades y les resulta extremadamente duro dejar de usarla. No puede excluirse la dependencia física, ya que a la interrupción brusca de su ingestión sobreviene un estado con síntomas de abstinencia.
- d) Los fumadores empedernidos de la cannabis tienden a serlo también del tabaco. El contenido de alquitrán del humo de la cannabis es al menos un 50 por 100 mayor que el del humo del tabaco. Por ello los fumadores crónicos de cannabis corren un riesgo adicional de contraer cáncer de pulmón, bronquitis crónica y otras enfermedades pulmonares.
- e) El uso regular e intenso puede producir, especialmente en los adolescentes y en los jóvenes, pérdida de la energía, pensamiento lentificado y confuso, debilitamiento de la memoria y falta de interés por cualquier actividad que requiera planificación. Este es el llamado "síndrome motivacional", que es difícil de comprobar de forma fiable. (Puede haber un cambio ideológico paralelo al uso de la cannabis que explique el desinterés por planificar las actividades socialmente propuestas).
- f) En algunos casos se han atribuido al uso de la cannabis trastornos físicos, tales como diarreas, calambres, aumento o disminución del peso, obstrucción de los vasos sanguíneos y pérdida del impulso sexual. Finalmente añadiremos que no está debidamente comprobado que el uso de la marihuana vaya asociado a un daño en los cromosomas, niveles reducidos de la hormona sexual masculina en el cuerpo, menos defensas del cuerpo contra las infecciones ni perjuicios en el cerebro y en el hígado.

¿Quién usa la cannabis en nuestra sociedad? Según una encuesta reciente<sup>35</sup>, la cuarta parte de los jóvenes españoles están dispuestos a fumar marihuana. Los que ya la

(35) "Encuesta en Europa: jóvenes españoles, más progres que nadie" Cambio 16, núm. 311 (1977), pp. 61-69

fuman describen una amplia gama de razones para hacerlo. Pueden haber comenzado por la curiosidad o la presión social, y muchos dejan de usarla una vez que su curiosidad ha sido satisfecha. Los que continúan usándola relatan que les satisface la sensación de bienestar y de alivio de la tensión. Algunos la toman para aliviar su aburrimiento, frustración o depresión. Las personas que hacen un uso intenso y regular de la cannabis tienden también a ser usuarios de otras drogas, tales como el alcohol, el LSD o las anfetaminas.

J. E. AXTON<sup>36</sup> relata un estudio llevado a cabo por el National Institute of Mental Health con las necesarias garantías metodológicas. En él se investigó que efectos había producido el uso continuado de la cannabis durante un mínimo de 7 años y un máximo de 37 en treinta jamaicanos. Los únicos hallazgos significativos se referían más al hecho de fumar en sí que al uso de la cannabis sola. El humo de la cannabis potencia los efectos del tabaco sobre el aparato respiratorio. La mezcla de los humos de la cannabis y del tabaco es más peligrosa que la ingestión de ambos por separado. Por otra parte, respecto a los efectos psicológicos de la marihuana, este autor concluye que el uso de pequeñas dosis no interfiere el funcionamiento mental. "Hay alguna evidencia, sin embargo, de que los usuarios crónicos de dosis diarias muy altas parecen mostrar más signos de deterioro mental y de conductas anormales que la población general. Hace falta probar si el uso de dosis extremadamente altas es la causa o es sólo un posible síntoma de estas perturbaciones mentales o emocionales. Cualquier droga -cualquier sustancia- es susceptible de ser abusada. Un caso de abuso de marihuana dice mucho más acerca de las características de la persona en cuestión que del peligro de la droga".

Añadiremos que recientemente el gobierno de los Estados Unidos ha propuesto la despenalización de la marihuana (del uso, no de la comercialización), al comprobar que los daños causados por la detención y el encarcelamiento de los usuarios eran superiores a los trastornos originados por la droga en sí.

## Alucinógenos

Los alucinógenos constituyen una clase heterogénea de sustancias que pertenecen a una gran variedad de grupos químicos y que son usadas para provocar alucinaciones (percepciones sin objeto real) y ensueño. Entre las muchas sustancias que se usan actualmente, el L. S. D. es la principal. "LSD" es la abreviatura de la denominación alemana de la dietilamida del ácido lisérgico. El LSD es un compuesto sintético, o más bien semi-sintético, puesto que no se encuentra en ninguna sustancia natural, pero el ácido lisérgico, o sea, la materia prima necesaria para su producción, es un producto natural que se halla en el cornezuelo del centeno. Para un "viaje sicodélico" se usa entre 100 y 250 microgra-

(36) AXTON, J. E. *New facts about marijuana (Folleto) Do It Now Foundation, Phoenix, 1976*

mos de LSD diluido o en cápsula. Por regla general la forma diluida se toma sobre un terrón de azúcar.

Algunas personas consumen STP, o una mezcla de LSD y STP. Con las letras STP (serenidad, tranquilidad, paz) se designa un compuesto sintético que sólo se produce en laboratorios clandestinos. Otros alucinógenos muy extendidos se derivan de la triptamina, especialmente la dimetiltriptamina (DMT) y la dietiltriptamina (DET). Además de estas sustancias "clásicas" con frecuencia se usan otras "nuevas" sustancias tóxicas y estos experimentos muchas veces llevan a sus adeptos al hospital.

Entre las tribus indias de América Central y del Sur se da un uso tradicional de alucinógenos. Se trata de ciertas plantas que se utilizan en los ritos religiosos de estos pueblos. Son concretamente la psilocibina, proveniente de la seta sagrada psilocibe mejicana, y la mescalina, alcaloide muy activo del cactus peyote.

Según KRAMER y CAMERON<sup>37</sup>, los fármacos del tipo LSD provocan un estado de excitación del sistema nervioso central e hiperactividad vegetativa que se manifiestan por cambios del estado de ánimo (usualmente eufórico, pero a veces depresivo), ansiedad, deformación de la percepción sensorial (principalmente visual), alucinaciones visuales, ideas delirantes, despersonalización, dilatación de las pupilas y aumento de la temperatura corporal y de la presión arterial. La dependencia psíquica de las drogas de tipo alucinógeno varía considerablemente, pero no suele ser intensa. No pueden detectarse indicios de dependencia física cuando se suprime bruscamente el uso de las drogas. Los usuarios del LSD y de la psilocibina adquieren rápidamente un alto grado de tolerancia que desaparece con la misma rapidez. La tolerancia a la mescalina se produce con más lentitud. Las personas que son tolerantes a una de estas drogas presentan tolerancia cruzada a las otras dos. Los principales peligros para el individuo provienen de los efectos psicológicos de los alucinógenos. El grave menoscabo del juicio ha ocasionado decisiones peligrosas y accidentes, mientras que un "mal viaje" con una reacción de pánico asociada puede ser una experiencia pavorosa.

En torno al LSD se han difundido muchas ideas falsas. Es necesario conocerlas para no quedar desprestigiados como educadores ante sus usuarios.<sup>38</sup> El LSD no hace que la gente se tire por la ventana, aunque pueda haberse dado algún caso de accidente en pleno "viaje". Tampoco parece que cause daños en la descendencia. Sí puede causar problemas psíquicos en personas que ya estén predispuestas a ello. Puede incluso levantar una esquizofrenia que hasta ese momento permaneciera velada. Lo que hace realmente peligroso al LSD es el hecho de que se fabrique y se distribuya ilegalmente. El vendedor puede decir

(37) KRAMER, J. F. y D. C. CAMERON. Manual sobre dependencia de las drogas. Ginebra, O. M. S. 1975, p. 39.

(38) Para más detalle sobre estos tópicos, véase *Chemical survival: a primer for western man and woman*. Phoenix, Do It Now Foundation, p. 19.

que "aquello" sirve para cuatro viajes y en realidad servir para ocho, o al revés. Esto no es controlable, dado que la cantidad de LSD puro contenida en cada dosis es mínima y el resto de ella es una sustancia desconocida. Una sola gota de LSD puro podría hacer "viajar" a 500 personas. Lo que hace más peligroso al LSD es no saber qué es lo que se toma ni si se toma demasiado.

Es muy fácil tener un "mal viaje" de LSD u otro alucinógeno cuando se está extremadamente tenso o preocupado. Puede sobrevenir también cuando se está en un sitio extraño, o con gente que no se conoce, o en medio de una multitud (en un concierto, por ejemplo). Ocurren con menos frecuencia cuando se está en la propia casa o en la de unos amigos de confianza. Es imposible garantizar una dosis segura ni establecer de antemano que están a prueba de una reacción desfavorable al LSD, porque hasta el "viajero" más experimentado puede tener un "mal viaje". ¿Qué hacer cuando uno está con alguien que está teniendo un "mal viaje"?<sup>39</sup> Hay que permanecer con calma. Sin ponerse nervioso, porque el otro tendrá más miedo todavía. Recordarle que está en ácido y que lo que siente no es real, pero no discutir con él sobre esto. Si se está en una habitación oscura, deben encenderse las luces. Si la música está alta, bajarla. Si la habitación está llena de gente, llevarlo a otra habitación, encender la televisión, tratar de distraerlo, y acompañarlo. Decirle que lo que siente se le pasará al cabo de un rato. Ofrecerle algo para comer, o un libro para hojear o cualquier otra cosa que pueda interesarle. Intentar que deje de pensar en su sensación de miedo. No debe llamarse al hospital ni a una ambulancia porque las sirenas y los médicos o la policía lo pueden asustar.

## Cocaína

La hoja de coca proviene del *Erythroxylon coca*, arbusto perenne que crece en la zona occidental de América del Sur. Los habitantes de la zona montañosa de ciertas partes de Latinoamérica mastican la hoja de coca desde hace siglos. Esta hoja constituye la materia prima en la fabricación de la cocaína. Como reduce la sensación de hambre, la coca produce un estado de desnutrición en el masticador habitual, pese a la afirmación errónea de que la masticación de coca sustituye en cierta forma a la ingestión de alimentos. Entre los masticadores de coca son más frecuentes los casos de nutrición deficiente y de carencias alimenticias que entre quienes no la mastican. Esta masticación produce un estado de relativa indiferencia y contrariamente a lo que algunos creen, la capacidad de trabajo del masticador de coca es inferior a la del que no mastica.

La cocaína, una droga muy estimulante, es el principal alcaloide de la hoja de coca y puede extraerse de ésta o fabricarse por síntesis química. Aunque empezó a emplearse con fines de anestesia local hace un siglo, perdió su importancia con la aparición

(39) *Las orientaciones siguientes están tomadas de* Drugs: a primer for young people, Phoenix, Do It Now Foundation, p. 19.

de otras drogas anestésicas. A pesar de sus propiedades vasoconstrictoras, la cocaína es absorbida con facilidad por las mucosas, por lo cual puede autoadministrarse aspirando por la nariz cristales de cocaína. Este método es una forma de administración concentrada que ocasiona efectos psíquicos intensos, muy similares a los obtenidos por la administración intravenosa. Parece que ha aumentado la ingestión de cocaína por vía intravenosa, práctica muy peligrosa, cuya forma más marcada es la administración frecuente a intervalos de hasta diez minutos.

La cocaína es el prototipo de las drogas estimulantes que son capaces, en altas dosis, de provocar una excitación eufórica y experiencias alucinatorias. El efecto estimulante de la cocaína provoca excitabilidad y locuacidad, y reduce la sensación de la fatiga. Puede producir ansiedad, miedo y alucinaciones. La excitación va seguida de un período de depresión. En dosis muy altas el efecto deprimente de la cocaína en las funciones respiratorias y cardíacas puede ser mortal. La cocaína provoca a veces sensaciones de gran fuerza muscular y viveza mental, lo que conduce al individuo al sobrestimar sus capacidades. Este hecho, asociado con delirios paranoides y las alucinaciones auditivas, visuales y táctiles, convierte con frecuencia al usuario en un sujeto muy peligroso y capaz de actos antisociales graves. Las personas que usan cocaína en grandes cantidades presentan comúnmente trastornos digestivos, náuseas, pérdida del apetito, insomnio, y convulsiones ocasionales. No obstante, es raro el uso duradero y continuado de cocaína sola a dosis elevadas. El usuario llega a un estado tan intenso de excitación que busca involuntariamente la relajación. Una práctica frecuente es contrarrestar los efectos excitantes por la administración alternativa de morfina o de alguna otra droga depresora, o por la inyección de los dos tipos de droga en combinación, por ejemplo, una mezcla de cocaína y heroína.

Las sobredosis con cocaína son raras y suelen estar asociadas con el uso intravenoso (menos de 1 por 100 de los usuarios lo practican normalmente). Incluso entonces, parece que la sobredosis viene causada más por los adulterantes que le hayan sido añadidos que por la cocaína en sí. Otro problema que puede aparecer con uso continuado de la cocaína, esta vez por inhalación ("snifándola"), es la perforación del cartílago de la nariz, acompañada de hemorragia no dolorosa (la cocaína tiene efectos anestésicos locales). Esto último rara vez es mortal.

En la cocainomanía no se produce dependencia física, ni síndrome de abstinencia, ni tolerancia. Puede producir dependencia psíquica fuerte. Si la administración es intravenosa, suele haber una fuerte tendencia a continuar la ingestión de la droga. La cocaína, a pesar de no producir dependencia física ni tolerancia, puede provocar un tipo peligroso y profundo de farmacodependencia.

## Khat

El khat se cultiva y se consume en zonas circunscritas de Africa Oriental y de la península de Arabia. Química y farmacológicamente los principios activos de la hoja del

khat están relacionados con las sustancias del grupo anfetamínico, hasta el punto de que sus efectos pueden considerarse cualitativamente idénticos a los de las enfetaminas. Entre dichos efectos se encuentran un grado moderado de estimulación del sistema nervioso central, con un sentimiento consecutivo de bienestar, y la eliminación de las sensaciones subjetivas de fatiga, supresión del hambre y a veces del impulso sexual.

La farmacodependencia del tipo khat se caracteriza por una dependencia psíquica moderada, pero a menudo persistente, falta de dependencia física y falta de tolerancia.

## Opiáceos

El opio se obtiene de la adormidera, cuyo nombre científico es *papaver somniferum*. El opio ha sido una droga de suma importancia desde el punto de vista médico, administrado para la tos y la diarrea, así como para aliviar el dolor y provocar el sueño, pero en terapéutica han cobrado mayor importancia sus alcaloides aislados (por ejemplo, morfina y codeína) y sus estupefacientes sintéticos (por ejemplo, petidina y metadona). El opio ha pasado a ser la materia prima para la obtención de la morfina y la codeína. El opio primitivamente se consumía en infusión. El hábito de fumar opio es relativamente reciente y data de hace sólo unos siglos. El uso del opio pervive hoy sólo en algunos países asiáticos y los casos de opiomanía en otras partes del mundo son relativamente raros.

La morfina, obtenida a partir del opio o extraída directamente de la paja de la adormidera, es un valioso analgésico. Ha sido ampliamente utilizada para combatir dolores agudos de corta duración resultantes de intervenciones quirúrgicas, fracturas, quemaduras, etc. y en las fases finales de ciertas enfermedades como el cáncer. La introducción de los estupefacientes sintéticos y de otros analgésicos se ha traducido en una considerable disminución del empleo terapéutico de la morfina, pero sigue siendo el analgésico típico con el que se comparan los otros estupefacientes. La mayoría de los morfínomanos han adquirido su dependencia durante un tratamiento prolongado con morfina ("dependientes terapéuticos"), pero también la usan los heroínomanos, especialmente cuando la heroína es difícil de obtener.

Como el resto de los opiáceos, el uso continuado de la morfina da lugar a una fuerte dependencia física y al síndrome de abstinencia cuando se interrumpe bruscamente su administración. La característica singular del síndrome de abstinencia de la morfina es que origina cambios en todas las áreas principales de la actividad nerviosa, inclusive alteraciones del comportamiento, excitación de ambas partes simultáneamente del sistema vegetativo (simpático y parasimpático) y trastornos generales en todo el sistema nervioso. El síndrome (síntomas y signos) comprende ansiedad, inquietud, dolores corporales generalizados, insomnio, bostezos, lagrimeo, rinorrea, sudoración, midriasis, carne de gallina, enrojecimiento del rostro, náuseas, vómitos, diarrea, elevación de la temperatura corporal, de la frecuencia respiratoria y la presión arterial sistólica, calambres abdomina-

les y de otros músculos, deshidratación, anorexia (falta de apetito) y pérdida de peso.

La heroína es un derivado de la morfina por acetilación (diacetilmorfina). Sobre ella se han dicho cosas horribles. Casi todas ellas son verdad. ¿Por qué hay entonces personas que empiezan a utilizarla? Porque hay personas que prefieren creer sólo aquello que les permita hacer lo que desean. Otros comenzaron a usarla para no sentirse marginados por sus amigos. Es difícil resistirse a la proposición de un amigo que ya la está usando y que asegura que merece la pena. Su opinión puede tener más influencia que la de los maestros o los médicos. Sin embargo, casi todos los que hablan de la heroína como algo maravilloso, o bien hace poco tiempo que están usándola, o bien son vendedores que necesitan ampliar su mercado para poder mantener su propia dependencia. Ser heroinómano termina resultando muy caro (varios miles de pesetas diarias) y cualquier medio es bueno para conseguir el dinero para la siguiente dosis y evitar así el temido síndrome de abstinencia.

Este tipo de argumentos, acompañados de una descripción veraz de los efectos de esta droga, puede ser útil para informar a los jóvenes que viven en zonas donde ya se consume heroína. No es necesario insistir en la heroína si es una droga desconocida en el medio. Lo que sí es imprescindible es estar muy documentado a la hora de hablar de las otras drogas y mantener así la credibilidad ante los alumnos. Asustarse por un "porro" es la mejor forma de conseguir que el alumno piense que el maestro tampoco sabía lo que decía cuando hablaba de la heroína o de los barbitúricos. Las consecuencias de hablar a la ligera de todas las drogas, mezclándolas en la misma etiqueta ("la droga"), pueden ser funestas.

La heroína es de dos a diez veces más potente que la morfina, según la técnica de medición. De todos los opiáceos conocidos, la heroína es quizás el que produce mayor dependencia. Es el derivado de la morfina más popular entre los dependientes de algunos países, por la intensa euforia que produce. Después de una inyección, el sujeto entra en un trance semejante a un sueño en el que la realidad parece alejada. La tolerancia a los efectos eufóricos aumenta rápidamente, por lo que el heroinómano debe administrarse cantidades cada vez mayores para conseguir el mismo efecto.

La inyección intravenosa de la heroína está muy extendida en Norteamérica y en algunos países europeos. Normalmente, las primeras experiencias se hacen por inhalación (es falso que la heroína no produce dependencia física si uno no se la inyecta); la segunda fase es la inyección subcutánea; y en la tercera fase el dependiente procede a la inyección intravenosa de la heroína. Una de las razones de la propagación de esta última forma ha sido la adulteración de la heroína. La adulteración de la heroína con lactosa, quinina y otras sustancias, es el procedimiento más fácil que tienen los vendedores de aumentar sus beneficios. En el largo proceso que va desde el contrabandista hasta el dependiente callejero que la revende, la droga originaria y relativamente pura ha sido disuelta tantas veces que lo que se vende no contiene más de un 3 a un 5 por 100 de heroína. La droga así adulterada sólo produce la ansiada euforia si el sujeto se la inyecta intravenosamente. Por otro lado, una dosis excesiva de heroína puede provocar la muerte del heroinómano

cuando el producto comprado en la calle tiene un porcentaje de heroína mayor del acostumbrado.

Las complicaciones médicas que suelen aparecer en esta dependencia se deben, en muchos casos, a las sustancias utilizadas para adulterar la heroína y al empleo de agujas sin esterilizar para inyectar la droga. Es frecuente la transmisión de la hepatitis (para prevenirla no basta con hervir la aguja o limpiarla con alcohol). A estas complicaciones hay que añadir el debilitamiento físico producido por la heroína y por el modo de vida de los que dependen de ella. Una vez que uno se ha convertido en heroínomano, es indispensable tenerla cada día para sentirse normal. Cada día hay que conseguir el dinero para comprarla. Lo que al principio pudo ser una vida ordenada y sana puede terminar convirtiéndose en un trágico vivir únicamente para conseguir la droga. A medida que aumenta la dependencia, las actividades del dependiente se centran cada vez más en torno a la droga. El usuario, si está bajo la influencia de la heroína, se halla normalmente en un estado letárgico e indiferente a lo que le rodea. En general, los consumidores crónicos de heroína se encuentran en pésimas condiciones de salud debido a la interrupción del proceso digestivo (disminuye el funcionamiento del tubo digestivo, con estreñimiento).

El fumar o el inhalar la heroína, mezclada o no con barbitúricos, es un método que suele usarse sólo en Asia, ya que se requiere mayor cantidad que inyectándola y allí la heroína es más barata.

La **codeína** (metilmorfina) se encuentra en el opio en baja concentración, pero, para el mercado, se obtiene principalmente por conversión de la morfina. Siendo un derivado de la morfina, participa de sus propiedades, pero su efecto analgésico es diez veces menor a igualdad de dosis. La codeína es un antitusivo eficaz y constituye uno de los medicamentos más corriente. Los casos de dependencia de ella son relativamente raro, ya que deben consumirse grandes cantidades sin interrupción durante un período de tiempo considerable para que se produzca dependencia.

Los efectos subjetivos del consumo de **drogas del tipo opiáceo** pueden variar de una persona a otra y en la misma persona según los diferentes momentos. Estos efectos dependen de la dosis, la vía de administración, las características físicas y mentales del usuario y sus esperanzas respecto a la droga. En resumen, parece que producen un estado de saciedad total de los impulsos. Para ciertos tipos de personalidades, este estado es extremadamente placentero. Son asombrosas la variedad y la naturaleza paradójica de los efectos de los narcóticos. Para el hombre que desea permanecer despierto, los narcóticos le dan respuesta. Para quien desea irse a dormir, los narcóticos inducen un sueño ligero y tranquilo. Los opiáceos tienen efectos euforígenos y sedantes. Alivian el dolor, el miedo, la ansiedad e incluso la pasividad excesiva. A menudo se asocian a su uso estos trastornos: apatía, letargia, depresión respiratoria, hipotensión ortostática, vasodilatación, constricción de las pupilas y disminución de la movilidad del tubo digestivo.

En los opiáceos la **dependencia psíquica** es fuerte; se manifiesta como un impulso irreprímible a seguir consumiendo la droga por placer o para evitar el malestar, y a obtenerla a cualquier precio. Hay un establecimiento temprano de **dependencia física**, que

aumenta en intensidad paralelamente al aumento de dosificación. Tanto la supresión de la droga como la aplicación de un antagonista específico precipita la aparición del **síndrome de abstinencia** característico. Se produce una **tolerancia**, que lleva a ingerir más droga para tener el mismo efecto.

### Solventes volátiles

La inhalación de disolventes comerciales parece constituir un fenómeno creciente, en especial entre los adolescentes de algunas ciudades. En parte puede haberse extendido por la publicidad que dieron los medios de comunicación social a los primeros casos conocidos; es difícil explicarse de otra forma la extensión del consumo de productos tan tóxicos con esta finalidad. Los niños y los adolescentes pueden conseguir fácilmente estas sustancias y experimentar con ellas hasta "coger un ciego" que les atonte, aunque su acción intoxicadora va acompañada normalmente de desagradables efectos secundarios (dolores de cabeza, vómitos, irritaciones en la piel y otros). La práctica más frecuente de ingestión es la "inhalación". Una forma consiste en verter la sustancia en una bolsa de papel o de plástico, colocarla frente a la cara e inhalar los vapores. Otro método consiste en rociar un pañuelo con cola y aplicarlo a la boca; puede también verterse cola en un recipiente y calentarla. Normalmente, los vapores de gasolina se inhalan directamente.

Entre los productos usados de esta manera figuran el éter dietílico, el cloroformo y el óxido nitroso (gas hilarante). Más recientemente, ciertos solventes volátiles, como la acetona, el tolueno (contenido en una gran cantidad de productos) y también el petróleo (gasolina).

Estas sustancias estimulan y engendran en primer término una euforia, pero todos ellos son deprimentes del sistema nervioso central. Producen efectos comparables a los del alcohol, aunque con distintos síntomas. Puede haber en un principio euforia ligera y regocijo, seguidos de confusión, desorientación y ataxia. El sujeto puede comportarse como un borracho. Algunas de estas sustancias pueden producir también bastantes síntomas parecidos a los provocados por los alucinógenos, es decir, una euforia marcada, sensación de grandiosidad, inquietud, delirio, alucinaciones y una pérdida importante de autodominio. Las dosis crecientes pueden provocar convulsiones, coma y muerte. Numerosos disolventes pueden afectar adversamente a los riñones, hígado, corazón y sistemas circulatorio y nervioso.

Los solventes hacen "subir" (marean) porque al aspirarlos el cerebro no recibe el oxígeno necesario. Afortunadamente esto suele acabar en un estado de inconsciencia, con lo que el sujeto ya no puede sostener la bolsa pegada a la cara. A pesar de la inconsciencia se continúa respirando, por lo que el cerebro tiene la oportunidad de recibir oxígeno de nuevo. Ahora bien, si el sujeto pierde el conocimiento y la mascarilla no se le separa del rostro, puede sobrevenir la muerte por asfixia. Aunque no se llegue a este extremo, la falta de oxígeno en el cerebro puede causar daño a las células nerviosas (neurosas). Como es sabido,

a diferencia de las demás células de cualquier parte del cuerpo, estas células no se regeneran, por lo que los daños cerebrales suelen ser irreversibles. La persona que abuse de estas sustancias durante largo tiempo puede terminar perdiendo alguna de sus facultades por este deterioro cerebral.

El daño cerebral que puedan provocar los solventes es algo que está todavía en fase de investigación. Lo que sí es indudable es el riesgo de sufrir un ataque al corazón. ¿Cómo? La mayor parte de estos vapores sensibilizan el corazón a la adrenalina, que es un producto (neurotransmisor) natural del cuerpo. Si una persona que está inhalando es descubierta de pronto, su corazón puede sufrir un sobresalto repentino. Con ello se produce una liberación de adrenalina que resulta venenosa para el corazón. El corazón no podrá latir con la fuerza que le requiere el susto y se parará. Algo análogo ocurre cuando se toman anfetaminas después de haber aspirado vapores. Por la misma razón, nunca se debe correr o hacer un juego movido ni nada de este estilo después de haber inhalado solventes. Es imprescindible permanecer sentado o tumbado con tranquilidad y sin riesgos de sobresaltos ni sustos.

Otro hecho extremadamente peligroso es la inhalación de "sprays" o aerosoles. Se suman la toxicidad proveniente del gas disolvente y la del producto disuelto (pintura, líquido de limpiar, insecticida, desodorante, laca o cualquier cosa). Es imposible aspirar sólo el gas disolvente sin aspirar también el producto disuelto. En los años 60 murieron en Estados Unidos 110 personas por esta causa<sup>40</sup>. Estos productos químicos pueden impedir que los pulmones transmitan el oxígeno a la sangre y al resto del cuerpo. En concreto, son particularmente peligrosos tres tipos de aerosoles: el pegamento en spray, porque puede taponar las vías respiratorias; los aceites de cocina en spray, por la misma razón; los aerosoles conteniendo el gas freón, porque éste puede congelar la laringe y los pulmones.

Respecto a la inhalación de los vapores de gasolina, lo más peligroso es el plomo que contienen. El plomo se acumula en el cuerpo y es un veneno poderoso.

### Otras clasificaciones

Atendiendo al tipo de dependencia que producen, las drogas pueden clasificarse esquemáticamente de la siguiente manera:

---

(40) *DO IT NOW FOUNDATION*, "Drugs: a primer for young people". Phoenix, Arizona, 1976, p. 25.

## DEPENDENCIA FISICA Y PSIQUICA

1. Alcohol
2. Barbitúricos
3. Tranquilizantes
4. Opiáceos
5. Anfetaminas

## SOLO DEPENDENCIA PSIQUICA:

1. Tabaco (con indicios de dependencia física)
2. Cannabis (con indicios de dependencia física)
3. Alucinógenos
4. Cocaína
5. Khat
6. Solventes (quizás también dependencia física)

Si atendemos al tipo de acción que ejercen sobre el sistema nervioso, podemos hacer esta otra clasificación<sup>41</sup>:

### 1. DROGAS DEPRESORAS:

1. Opiáceos
2. Barbitúricos y tranquilizantes
3. Alcohol

### 2. DROGAS ESTIMULANTES:

1. Coca y cocaína
2. Cafeína y las bebidas que la contienen
3. Anfetaminas y derivados
4. Tabaco

### 3. DROGAS PSICODELICAS (transforman la actividad psíquica produciendo ciertos trastornos de la percepción, como las alucinaciones):

1. LSD
2. Peyote y mescalina
3. Psilocibe y psilocibina
4. Compuestos sintéticos alucinógenos
5. Cáñamo y sus derivados.

---

(41) Tomada de LAPORTE, J. *Les drogues*. Barcelona, Edicions 62, 1976.

Esta clasificación está basada únicamente en el efecto principal que suelen ejercer estas drogas sobre el sistema nervioso. Anteriormente ya vimos que estos efectos principales podían ser modificados según las diversas circunstancias sociales, personales y del modo de administración que moldeen el uso concreto de una droga determinada.

### 1.5. Factores etiológicos

No todas las personas que prueban o utilizan las drogas terminan dependiendo de ellas; al menos, no de todas las que utilizan. Hay sujetos que son más fuertes que otros con relación a la dependencia, y algunas drogas son más aptas que otras para crear esa dependencia. Existe dependencia psicológica cuando el hábito de administrarse una determinada droga se convierte en el centro en torno al cual se organiza la vida del sujeto: la persona dedica una gran parte de su tiempo y de su energía a la obtención de la droga, a hacer uso de ella, a hablar y a pensar en ella; para estar a gusto necesita a la droga. Puede haber además dependencia física si la acción farmacológica de la droga la propicia, como hemos visto.

¿Cuál es el motivo por el que las personas se convierten en dependientes de una o más drogas? No existe una teoría coherente que agrupe todos los datos referentes a los factores etiológicos de las drogodependencias. Cada droga tiene unas características de consumo propias según la zona y cada consumidor tiene sus peculiaridades. Esto hace difícil generalizar cuáles son los factores etiológicos que determinan el abuso de cualquier droga.

Los distintos autores<sup>42</sup> señalan una gama muy amplia de factores originantes de la predisposición, comienzo y perseverancia del abuso de las drogas:

- Trastornos previos de la personalidad.
- Conflictos familiares.
- Pertenencia a un grupo de marginados o atracción hacia una determinada subcultura.
- Relaciones sociales o laborales insatisfactorias.
- La creciente aceptación de los valores de la "sociedad de consumo", principalmente el hedonismo, la evasión y la búsqueda del provecho individual, que llevan a la alienación.
- Curiosidad por experimentar con algo nuevo o prohibido.

(42) Pueden ser consultadas las síntesis ofrecidas por KRAMER, J. F. y CAMERON, D. C., obra citada en nota 37, cap. 4 y por GLASSCOTE, R. M. et alii, Tratamiento del abuso de las drogas, El Ateneo, Buenos Aires, 1975, cap. 3.

- Presiones sociales para su consumo (medios de información, médicos o compañeros). Coacción por parte del grupo.
- Fácil disponibilidad en el mercado legal o clandestino.
- Alteraciones metabólicas causadas por la misma droga.
- Anomalías somáticas del propio consumidor.
- Sensación de bienestar producida por la droga.

Estos son algunos de los tipos de factores que se suelen citar para tratar de explicar los orígenes del creciente abuso de las drogas en el mundo. El incidir más sobre unos aspectos u otros depende de la ideología del autor y del punto de vista que adopte: psicológico, fisiológico, sociológico, económico o criminológico.

Un factor al que damos gran importancia es a la carencia de una información objetiva en materia de drogas por parte de la mayoría de los consumidores potenciales o actuales. A menudo el conocimiento de las verdaderas características de la droga es posterior a la creación de un vínculo de dependencia hacia ella.

## 1. 6. El significado de las drogas en la sociedad.

Antes de seguir adelante conviene que nos detengamos en ver cuál es el significado sociológico del uso de las drogas, muy bien resumido por YUSTE GRIJALBA<sup>43</sup>. En todas las sociedades encontramos alguna sustancia para evitar el dolor o la fatiga o para provocar la euforia. En nuestra sociedad el alcohol es sin duda la más extendida de ellas. En las sociedades donde no existe el alcohol, el opio, la cocaína o el peyote ejercen un papel similar. Podríamos decir que cada cultura elige su droga y la regula limitando su utilización a ciertas situaciones sociales conocidas y predeterminadas.

La elección de un tipo u otro de droga es también un hecho cultural vinculado a su disponibilidad, a la capacidad técnica de obtener el producto activo y a la transmisión de las técnicas de obtención. Por ello pueden delimitarse zonas de mayor influencia de un tóxico coincidiendo con los lugares geográficos en que la producción permite el fácil acceso al producto.

La sociedad facilita la disponibilidad de las drogas a la vez que delimita, regula y dictamina su utilización. El consumo de unas determinadas drogas se aprende —e incluso se impulsa a su consumo— en las situaciones previstas socialmente; en ellas se conocen los efectos farmacológicos en un proceso de iniciación.

(43) YUSTE GRIJALBA, F. J. "Un punto de vista médico social sobre la dependencia de las drogas". Papers. Revista de Sociología, núm. 5 (1976), pp. 198 y 199.

Las drogas pueden utilizarse para fomentar un sentimiento de tranquilidad, libertad o relajación. En algunas culturas esto puede significar tomar una copa antes de cenar y en otras una pipa de kif (cannabis) al terminar la cena. Estrechamente ligado con esto está el uso de la droga como parte de un rito social; por ejemplo, tomar una copa o fumar una pipa juntos como prueba de amistad. El uso cultural de las drogas es más amplio que el meramente religioso, en cuyas ceremonias la utilización de estos productos es obvia.

La función primaria de las drogas en la sociedad es reducir la ansiedad; unas veces de modo manifiesto, como en el caso de las sociedades primitivas; otras de modo latente, como en las que utilizan este medio para manifestar la solidaridad. Las drogas cumplirían así el papel de ansiolítico social en un doble sentido: de solucionador neurótico de tensiones y de mecanismo tolerado en el medio en el que actúa. La sociedad fomenta que se use la droga más disponible para disminuir la ansiedad o para evadirse de situaciones que se viven como problemáticas. La apelación mayoritaria a un tóxico para liberar las tensiones viene también determinada por la falta de otros mecanismos alternativos de idéntica finalidad. En el caso concreto del alcoholismo, nuestra cultura lo fomenta de tres modos: creando la tensión, tolerando el consumo para aliviarlo y no suministrando alternativas válidas de solución. Está claro que si el mecanismo ofrecido no es el alcohol, sino otro tóxico, la dependencia que se creará será otra.

## I. 7. Soluciones generales

A continuación vamos a situar a la prevención dentro del contexto de las distintas medidas que se pueden adoptar para disminuir el fenómeno del abuso de las drogas, aunque este trabajo se refiere sólo a la prevención a través de la educación.

Una de estas medidas es la **investigación** sobre los numerosos aspectos que aún permanecen oscuros, que son, entre otros, los siguientes: disponibilidad de cada droga; pautas de consumo en la población y actitudes de ésta; consecuencias somáticas, psíquicas y sociales de su uso y abuso; etiología de la drogodependencia; métodos terapéuticos y preventivos.

Otra medida es la **ayuda al drogodependiente**, terapéutica y posterapéutica. Si el tratamiento no es precoz, el diagnóstico suele ser poco favorable. La asistencia posterapéutica debe ayudar a los ex-drogodependientes de forma satisfactoria para ellos. Su recuperación definitiva no podrán lograrla hasta que no tengan una total aceptación por parte del medio social que provocó la enfermedad. Esto suele resultar difícil, ya que los mecanismos de marginación pueden seguir actuando contra ellos.

El tercer tipo de medidas es la **prevención**. Es necesaria una actuación coordinada en los siguientes campos: 1) Acciones encaminadas a disminuir la disponibilidad de las drogas mediante la supervisión administrativa de su producción, distribución, publicidad y venta. 2) Cambio de los factores sociales que contribuyen directa o indirectamente al desarrollo del problema. 3) Disminución de los conflictos familiares y personales que pue-

den estar en el origen de una drogodependencia, mediante la psicología y la psiquiatría preventivas o por la psicoterapia precoz. 4) Educación de la población o de grupos concretos de ella, que es el punto que desarrollaremos en los siguientes capítulos. Dado que resulta muy difícil reducir a corto o medio plazo los factores sociales e individuales que motivan las dependencias a las drogas, vemos necesario recurrir a la educación como el medio quizás más importante de prevención.

## 2. LA EDUCACION SOBRE DROGAS COMO FORMA DE PREVENCION

### 2.1. El problema preventivo

¿Podremos conseguir con la educación lo que no hemos podido obtener por otros medios? Esta es la primera pregunta que debemos hacernos antes de dar algo por supuesto.

De toda la exposición anterior podemos descubrir la tremenda complejidad del abuso de la droga. Sería una simplificación ridícula pensar que la tarea educativa puede resolver totalmente el problema. Al contrario, en principio, debemos reconocer que "sólo la educación goza del dudoso privilegio de poder empeorar las cosas"<sup>44</sup>. Si no existe un programa educativo adecuado, la información puede llevar a un aumento en el abuso de la droga.

Tres son los aspectos fundamentales a tener en cuenta en el problema de la droga: la producción, el tráfico y el consumo. Los órganos especializados del Estado controlan la producción y el tráfico tanto legal como ilegal. Poco puede hacer también el educador cara a la asistencia del dependiente en sus tres fases: desintoxicación, reeducación y rehabilitación.

¿Dónde puede actuar entonces el educador?. Tenemos que reconocer también que no es fácil dar una respuesta. El abuso de la droga tiene hoy caracteres de epidemia <sup>45</sup> con un ritmo extremadamente rápido de propagación y una profunda penetración que llega hasta los jóvenes y niños. Por otra parte aumenta continuamente el número de sustancias utilizadas como droga, al mismo tiempo que su control resulta cada día más difícil. A esto debemos sumar el fenómeno nuevo de las politoxicomanías: se mezclan todo tipo de droga en las combinaciones más extrañas.

¿Qué puede conseguir la educación en este campo? Podrá llegar ella más allá de los resultados obtenidos por la represión policial y la terapia?

(44) BIRWOOD, G. *Ocho escollos que deben evitarse*. El Correo de la Unesco, Mayo, 1973, pp. 11, 31, 32.

(45) UNESCO. *Reunion sur l'education, destinee a prevenir l'abus des estupefiants notamment dans les pays developpes*. Paris, 1972, pag. 2.

## 2. 2. Necesidad de la educación

La realidad de la droga está más cerca de nosotros de lo que ordinariamente pensamos. Los graves resultados del abuso podemos descubrirlos en la calle, en la escuela y hasta en nuestra propia casa, aunque no podamos calibrar perfectamente su alcance tanto individual como social.

Ante estos hechos evidentes la educación tiene que dar una respuesta. El abuso de la droga es un hecho de vida y la educación trata de la vida, al menos parcialmente. Es el porvenir del hombre quien está en juego.

Entendemos por educación "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"<sup>46</sup>.

Comprendemos así que la mayor parte de los países esperen mucho de una política educativa, sobre todo de cara a los jóvenes. Así la DRUG ABUSE EDUCATION ACT adoptada por el Congreso de los EE.UU. en el año 1970 acentúa la necesidad vital de desarrollar o crear programas de educación tanto para los padres y estudiantes como para la comunidad entera.

"Educar para prevenir" es la mejor respuesta ante el problema del abuso de las drogas. Nos referimos sobre todo a la prevención primaria. Es aquí donde puede y debe intervenir el educador de una forma inteligente. El educador debe dar la respuesta más adecuada a cada contexto sin olvidar que un plan de prevención puede variar según que la dependencia de la droga se considere como síntoma de patología social o una serie de casos individuales.

## 2. 3. La educación sobre drogas en España.

La única política preventiva realizada hasta ahora en España ha sido la represión policial frente a las drogas ilegales y la promoción descarada de las drogas legales. No hay que olvidar los intereses políticos y económicos que están en juego. Por supuesto que la investigación en este campo es prácticamente nula.

No llama la atención, pues, que la droga sea un tema "olvidado" en nuestros programas educativos. Sin embargo tenemos que recordar que la Ley General de Educación

---

(46) OFFICE DE LA PREVENTION DE L'ALCOOLISME ET DES AUTRES TOXICOMANIES (OPTAT). Etude comparative de diverses experiences et methodes mises en oeuvre au Canada pour prevenir par l'education, l'abus des drogues. Paris, Unesco, 1974 (fotocopia)

señala entre sus objetivos: "la formación integral, el desarrollo armónico de la personalidad y la preparación para el ejercicio responsable de la libertad"<sup>47</sup>.

Además la falta de información sobre el tema es admirable tanto en médicos como en educadores<sup>48</sup>. ¿Qué podemos esperar entonces de unos educadores carentes de la formación más elemental, sin otros conocimientos que los recibidos por la prensa? ¿O es que los periodistas tienen que ser los educadores de las nuevas generaciones?

Entendemos también que la única respuesta dada, en general, por padres y educadores haya sido el castigo. Las conclusiones obtenidas a partir de una encuesta de actitudes ante las toxicomanías, por el Seminario de Drogas del Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid<sup>49</sup> pueden ser representativas de nuestra posición educativa. Ante la pregunta: ¿qué haría usted si su hijo llegara un día drogado a casa?, los porcentajes de respuesta fueron los siguientes:

- 14 0/o Trataría de hablar con él . . .
- 63 0/o Le doy una paliza que lo mato, lo echaría de casa, lo denunciaría, . . .
- 23 0/o No aceptaron la posibilidad de que su hijo se drogara

No creemos que esta postura varíe mucho en otros educadores. El profesor piensa que estos problemas no le incumben y que su tarea no es otra que enseñar.

#### 2. 4. La Educación sobre drogas en Europa.

Hace tiempo que varios países europeos trabajan en la educación sobre drogas. Por la encuesta realizada por la Unesco en 1971 y 1972 podemos conocer el alcance de la educación sobre drogas en el mundo<sup>50</sup>.

En esta misma línea, bajo los auspicios de la Unesco, se organizó en Sèvres (Francia), en el año 1973, un seminario<sup>51</sup> sobre los jóvenes y el uso de las drogas en las pobla-

(47) *Ley General de Educación*. Madrid, Ed. Magisterio, 1976, pág. 16.

(48) RODRIGUEZ MARTOS, D. A. "Nivel de información que en materia de alcoholismo poseen diversas poblaciones muestrales". *Drogalcohol*, Octubre, 1977, pp. 51-62.

(49) QUINTANILLA PARDO, I. "En torno a las toxicomanías". *Drogalcohol*, Octubre, 1977, pág. 38.

(50) UNESCO. *Reunion sur l'education destinee a prevenir l'abus des stupefiants notamment dans les pays developpes*. Paris, 1972.

(51) UNESCO. *Seminaire sur les jeunes et l'usage des drogues dans les pays industrialises*, Paris, 1974.

ciones industrializadas. Entre sus conclusiones podemos señalar, por su interés, las siguientes:

- necesidad de una diversidad de principios y programas piloto.
- inevitabilidad de la educación sobre drogas legales e ilegales.
- necesidad de seleccionar unos objetivos.
- métodos adecuados a los objetivos.
- urgencia de una formación de los educadores
- necesidad de evaluar todos los programas educativos

Los proyectos educativos llevados a cabo en Europa son varios. Todo educador debiera conocerlos. Ellos nos pueden servir de guía para elaborar nuestros propios programas. Conocer sus objetivos, su planificación, sus resultados, nos permitirá no caer en los mismos errores.

## 2. 5. Elección de una política educativa

### 2. 5. 1. Información y educación

La encuesta de la Unesco nos revela cómo la mayor parte de los países que contestaron habían tomado conciencia de la necesidad de una política de prevención. Incluye ésta tanto programas de educación destinados a los jóvenes, escolarizados no, como campañas de información destinadas a toda la comunidad a través de los medios de comunicación de masas.

Los límites entre los dos modelos de intervención son difíciles de señalar y se confunden muchas veces. Por esto conviene precisar lo que queremos decir al referirnos a la educación, que es bien distinto de la información sobre drogas.

La información no es otra cosa que la simple transmisión de conocimientos sobre determinados hechos o enseñar una técnica para la adquisición de éstos. Sus principales elementos son generalmente, datos sobre las drogas y sus efectos (poniendo de relieve los nefastos), informaciones sobre la legislación y otras formas de control social. Esta es la información que ordinariamente recibimos a través del periódico, la radio o la TV.

La educación, en cambio, tiene como objetivo el desarrollo de las facultades físicas, intelectuales y morales. La educación relativa a las drogas incluye un conjunto de actividades, en la relación educador-educando, que busca el pleno desarrollo intelectual, emotivo, psicológico y físico de los jóvenes sobre todo.

Descubrimos, así, la fuerza que la escuela puede tener en este sentido. Si quiere educar para la vida, no puede dejar de incluir la droga en sus programas. Los padres, por esta misma razón, tampoco pueden permanecer al margen. Ellos, como primeros educadores, tienen que estar integrados en estos programas educativos.

### 2. 5. 2. Necesidad de una política educativa

Nueve de los catorce estados que contestaron a la encuesta de la Unesco se manifestaron favorables a una política educativa dentro del sistema escolar y universitario y en el marco extraescolar: República Federal Alemana, Dinamarca, Inglaterra, Suecia, Suiza y otros países. Todos éstos ya han puesto en marcha, en diversos grados, distintos proyectos educativos.

Nigeria y Senegal no se pronunciaron. Costa Rica dió una doble respuesta: la del Ministerio de Jóvenes y Cultura que indica no haber tomado posición alguna a parte de la parte de la distribución de folletos en las escuelas secundarias; y la del Ministerio de Salud Pública que se declara favorable a la puesta en marcha de una política educativa y su inclusión en el sistema escolar.

Irán y Francia eran opuestos a la introducción de cursos específicos sobre el abuso y características de las diferentes drogas dentro del programa escolar. Irán explica que es "para no despertar la atención de los jóvenes". Por su parte el ministro de Educación Nacional de Francia en una circular de 1971 invita a los directores de los establecimientos a la "vigilancia" y al "discernimiento". La acción se desarrollará en tres niveles: acción preventiva, ayuda a los intoxicados y defensa de la escuela contra el tráfico. Sin embargo la respuesta de Francia habla de un proyecto con información sobre drogas integrado dentro del programa escolar.

Las razones señaladas para una política educativa suelen ser entre otras, la mala información recibida muchas veces por los jóvenes, el crecimiento continuo del número de jóvenes dependientes de alguna droga, el deseo de nuevas experiencias y la mayor posibilidad de incidir en el abuso de las drogas. Al mismo tiempo se recuerda el peligro de informar demasiado o informar mal. Se advierte también en estos programas un deseo de romper con el mito de la droga desdramatizando el problema.

### 2. 5. 3. Algunas condiciones para la puesta en marcha de la política educativa.

Los gobiernos, a través de sus organismos respectivos, son los encargados de llevar a cabo las campañas educativas tal como aparece en el informe de la Unesco<sup>52</sup>.

(52) UNESCO "La educación y la droga. Resultados de una primera encuesta. El Correo de la Unesco, Mayo 1973 - pp. 6-12.

Aunque no sea el momento para extenderse en su explicación, sí nos pueden interesar algunos de sus principios básicos:

- En general se rechaza la táctica tradicional de la intimidación; al adolescente ordinariamente le atrae el riesgo.
- Se apoya una presentación de hechos y datos lo más objetiva posible, frente a todo moralismo y juicio normativo propio de la educación autoritaria; los adolescentes son por naturaleza rebeldes a las normas.
- En cuanto a una práctica educativa sistemática, unos países se muestran reticentes, mientras otros ya la tienen en marcha.
- El objetivo principal de la educación es la salud física y mental de jóvenes y adultos.

Frente a las declaraciones teóricas a nivel internacional se nota la falta de planteamientos concretos para una situación bien delimitada.

Se ha comprobado la necesidad de preparar la acogida de la comunidad si se quiere tener éxito en el programa educativo. Conviene que la comunidad esté integrada en todos y cada uno de los pasos del programa: planificación, desarrollo y evaluación.

Se ha podido comprobar también que una acción de conjunto llevada a cabo por organizaciones no gubernamentales, permite en ciertos casos mejorar los resultados. Aumenta, así, la eficacia de los programas dirigidos por el personal docente.

Otro capítulo importante en la tarea educativa es el conocimiento de las actitudes tanto de los dependientes de la droga como de la población en general. A partir de aquí podremos utilizar las técnicas educativas más apropiadas a cada situación.

Como enfoque general en la tarea preventiva la misma Unesco recomienda el enfoque psicosociológico.

## 2. 6. La organización de programas educativos

El problema de las drogas es ante todo un problema social. Por esto habrá que buscar soluciones apropiadas a cada contexto social. A la hora de organizar un programa tendremos en cuenta los diferentes factores de influencia y su mutua interrelación: la familia, la escuela, la región, los compañeros ("el grupo de amigos"), los medios de información, la disponibilidad de las drogas y los valores aceptados por la comunidad.

Urge, pues, un esfuerzo colectivo e interdisciplinario con la participación de la familia, la escuela y la comunidad. Sólo así podremos llegar a las causas más profundas y dar la respuesta educativa más adecuada.

Parece conveniente un enfoque psicosociológico, ya que permite la participación directa de las personas a las que va dirigido el programa. Así también la atención se enfoca sobre el individuo en su totalidad y sobre el contexto sociocultural en el que se desenvuelve.

Los campos de aplicación de estos programas pueden ser muy variados. Señalamos aquí los más importantes desde nuestro punto de vista.

### 2. 6. 1. Sector escolar y universitario

#### Enseñanza preescolar.

La educación sobre drogas debería empezar desde la más temprana edad, primero en el hogar, después en la escuela, de acuerdo siempre con el desarrollo del niño. No debe tratarse de una simple información. Esta debe estar integrada en todo el proceso educativo y el desarrollo de la persona. Hay que tener en cuenta también todas las repercusiones sociales de esta información. Al mismo tiempo son necesarios servicios de prevención y de tratamiento psico-médico-social.

El material básico tiene que estar adaptado también a los educandos. Así, por ejemplo, en los EE.UU. un álbum para colorear sirve de soporte para un diálogo con los niños sobre el uso de los medicamentos. La idea principal es: sólo los enfermos tienen necesidad de medicamentos<sup>53</sup>.

Como objetivos generales para esta etapa educativa podríamos señalar:

- que los niños pidan permiso a sus padres para comer o beber cualquier cosa nueva.
- hacer que los niños tomen conciencia de que un mal uso de los objetos corrientes puede hacer daño.

#### Enseñanza primaria y secundaria

En esta etapa cabe la posibilidad de organizar un programa de enseñanza escolar más apropiado a cada edad y cada contexto. Su preparación estaría a cargo de especialistas competentes y se apoyará en los datos científicos más recientes y más seguros. Caben distintos tipos de métodos como después expondremos.

Hay que notar que muchas personas dependientes de las drogas muestran a veces

(53) SECRETARIA DE JUSTICIA DE LOS EE. UU. OFICINA DE NARCOTICOS Y DROGAS PELIGROSAS. *Katy's. Libro para colorear tocante a Drogas y La Salud*

un mal desarrollo de personalidad y muchas veces la escuela es responsable de la inadaptación de no pocos niños.

Conviene tener en cuenta la formación de los padres tanto en este campo de la droga como en el del desarrollo psicológico del niño. No olvidemos que sin la mutua colaboración de padres y educadores difícilmente se puede llevar adelante una acción educativa seria.

Durante este período puede ser propicia la educación sobre el alcohol, el tabaco y las drogas de uso más corriente. No insistimos en este campo, ya que trataremos más a fondo la tarea escolar.<sup>54</sup>

### Enseñanza universitaria

Cada día se da más importancia dentro de las grandes universidades del mundo a las ciencias humanas y sociales en la formación de científicos, ingenieros, médicos y otros titulados, para poder enfrentarse así con los problemas de la sociedad actual. Sin embargo, en muchos casos los servicios de asistencia a los estudiantes con problemas personales o no existen o son insuficientes.

Se descubre así también la necesidad de una educación sobre drogas para los universitarios. En la reunión de París en el 1972 sobre la educación destinada a prevenir el abuso de estupefacientes<sup>55</sup> se formularon las siguientes proposiciones:

- la educación acerca de la droga debería formar parte de todo programa de formación que prepare individuos para un papel a favor del bienestar físico, mental y social de otras personas;
- todos los estudiantes deberían tener la posibilidad de cursar estudios sobre drogas;
- los estudiantes mismos y las organizaciones juveniles deberían desempeñar un papel activo y positivo en la lucha contra el abuso de drogas.

#### 2. 6. 2. Formación de maestros y responsables

Todos los programas anteriores no podrán llevarse a cabo de una forma positiva sin unos educadores bien preparados tanto a nivel humano como a nivel intelectual. Serán necesarios en ellos un equilibrio personal, una gran apertura a los problemas humanos

(54) Cfr. cap. 3

(55) UNESCO. *Reunión sobre educación destinada a prevenir el abuso de estupefacientes especialmente en los países desarrollados. París. 1976. pág. 13.*

y una gran sensibilidad para conectar con los individuos o grupos afectados por el abuso de las drogas o predispuestos a él.

Esta formación de los educadores se ha de traducir después en instituciones que respeten los más elementales fundamentos de las relaciones humanas. La eficacia de la educación viene marcada por todo el contexto institucional.

Además, como la escuela es una de las instituciones responsables de la tarea educativa, todo el personal con alguna labor educativa debiera tener una formación apropiada. Esta incluiría conocimientos básicos sobre los efectos fisiológicos, psicológicos y sociales del uso y abuso de las drogas así como de las técnicas pedagógicas más adecuadas.

### 2. 6. 3. Sector extraescolar

La mayor parte de las realizaciones llevadas a cabo hasta ahora en este campo son más una campaña de información que un verdadero programa educativo.

Las actividades propias de educación pueden dirigirse a la población adulta o directamente a los jóvenes. Los métodos varían según la edad y la categoría de las poblaciones.

Muchas veces se trata de formar a los adultos para que actúen después con los jóvenes. Sin embargo no faltan tampoco programas dedicados a la comunidad de base.

En la población adulta encontramos distintos grupos a los que educar. Tendríamos en primer lugar a los padres, incapaces muchas veces de tomar posturas educativas ante la problemática de su hijo. Otro grupo importante a educar en la droga sería el de las personas con puestos de dirección. Entre estos podemos señalar, entre otros: los médicos y psiquiatras, los trabajadores sociales, el personal hospitalario, los policías, los juristas, los responsables de movimientos juveniles, los responsables de las comunidades locales y de las asociaciones familiares.

### 2. 7. Programas y métodos de evaluación en materia de educación

Si queremos una educación eficaz es imprescindible la investigación y la evaluación en cada etapa del planteamiento y de la ejecución de los programas, para conocer así los resultados. De lo contrario pueden producirse efectos negativos no controlados.

Las dificultades para llevar adelante esta tarea no son pocas. Aquí nos limitaremos a indicar una serie de consideraciones generales y ciertos principios directores que podrían ser útiles para la educación.

### 2. 7. 1 Análisis de la situación

El primer paso para elaborar un programa es definir el problema. Habrá que tener en cuenta gran número de cuestiones. Ante todo habrá que determinar casos tipo del uso de droga y hacer el perfil de los grupos particularmente expuestos. Es necesaria una colaboración entre especialistas de distintos campos, tanto en ciencias humanas y sociales como técnicos en investigación práctica.

Habrá que tener en cuenta las distintas drogas y el uso y abuso propio de cada grupo o subgrupo. Importa conocer también las motivaciones tanto de los adictos como de los no adictos a la droga.

La investigación nos tiene que llevar a conocer los factores que determinan el abuso de drogas, aunque la sociedad no siempre esté dispuesta a poner soluciones en todos los casos, como pasa con el alcohol. Sólo conociendo la situación real podremos establecer un programa adecuado.

### 2. 7. 2. Grupos destinatarios.

Un segundo paso será llegar hasta las personas de influencia sobre la formación de la opinión pública y la adopción de una política, los que poseen un poder real en la comunidad. A partir de aquí nos acercaremos a los distintos tipos de grupos.

En el marco escolar es muy fácil identificar el grupo destinatario. Comprende a las autoridades educacionales, al personal docen y a los alumnos mismos.

Otro grupo importante a tener en cuenta es el grupo "de pares". Según el grupo tendremos que escoger unos modelos educativos y los objetivos. No es lo mismo un grupo de usuarios que un grupo predispuesto por condicionamientos psicosociales, un grupo de adolescentes de barrio urbano que de chicos que viven en una cultura rural.

### 2. 7. 3. Investigar para aumentar la eficacia

Para aumentar la eficacia de los programas tendremos que utilizar los resultados de investigaciones psicológicas y sociológicas. Ellas nos aportan la influencia de los grupos en la formación de opinión y su influencia en el cambio de actitudes y comportamientos individuales. En este sentido existen ya numerosas obras.

Sin embargo son necesarios nuevos estudios para determinar la eficacia relativa de los diferentes medios y tipos de comunicación y los efectos de la publicidad, sobre todo, en los jóvenes. Una de las tareas más importantes de la educación sería dar un sentido crítico ante la publicidad.

#### 2. 7. 4. La evaluación

Todos vemos la necesidad de evaluar los programas educativos para poder calibrar sus ventajas e inconvenientes. Pero la evaluación no es tan simple como a primera vista parece. Algunos problemas hasta parecen insolubles. ¿Cómo podremos evaluar con alguna certeza los efectos a largo plazo de un programa sobre las actitudes y el comportamiento?

Sin embargo, esto no quiere decir que no se pueda hacer nada. El tipo de evaluación dependerá de los objetivos señalados al programa. Para ello los objetivos deben estar claramente definidos. Así, de no poder llegar a medir los efectos a largo plazo, podremos en cambio evaluar el progreso realizado cara a determinados objetivos intermedios. Podremos verificar la comprensión y la aceptación del mensaje.

Habrá que tener en cuenta que las medidas indirectas del fenómeno del abuso de la droga, como pueden ser las variaciones estadísticas del consumo, detenciones, hospitalizaciones y fallecimientos no constituyen índices seguros para evaluar la eficacia, ya que intervienen otros factores, por ejemplo, el mayor control policial. Por otra parte los datos relativos a detenciones y accidentes rara vez se refieren a los alumnos de las escuelas, por lo que no pueden utilizarse con este propósito.

Utilizaremos con precaución el modelo epidemiológico en el análisis de la situación y en la evaluación de resultados, ya que este modelo pertenece a la ciencia médica.

#### 2. 7. 5. Cuestiones específicas.

Aparte de todo lo anteriormente expuesto conviene antes de elaborar el programa plantearse una serie de cuestiones relativas a la educación de la droga. Estas cuestiones podrían ser las siguientes:

- ¿Es necesario recurrir a especialistas altamente calificados o pueden realizar esta labor los mismos educadores y los animadores de juventud?
- ¿Es preferible concebir esta educación en la programación escolar con una enseñanza autónoma o convendría integrarla en los demás cursos del programa?
- ¿La educación sobre drogas tendrá efectos positivos o negativos?
- ¿Cree la comunidad que ya se ha hecho bastante en materia de educación o no lo suficiente?

Los resultados de estas y otras muchas preguntas deberán ser formulados primeramente de forma hipotética, para pasar en un segundo paso a confirmarlos mediante la experimentación <sup>56</sup>.

(56) UNESCO, *Reunión sobre la educación. . . , París, 1972. pp. 19-20.*

### 3. DROGAS Y ESCUELA

#### 3. 1. Labor actual de la escuela.

Nos centraremos ahora de forma especial en las posibilidades educativas de la escuela en el campo de la droga. La razón es bien clara. La escuela, a pesar de la crisis que actualmente sufre, no deja de ser uno de los mejores medios para llevar adelante la tarea educativa. La crítica no hace otra cosa que poner al descubierto los fallos propios de unos modelos que no responden a la época en que vivimos. Los educadores tienen en sus manos el construir la nueva escuela capaz de responder a las necesidades del hombre nuevo.

La escuela tiene que ser un centro de coordinación y sistematización del aprendizaje. Una civilización en continuo progreso no puede abandonar la instrucción al azar, a la circunstancia favorable, al interés superficial y fugaz. Por otra parte el papel de la escuela se acrecienta aún más con el cambio de la familia, que aunque dispone de más tiempo libre, no aumenta el espacio y la responsabilidad consagrados a la educación del niño<sup>57</sup>.

La droga como problema será un tema cada vez más inquietante para la escuela. Tendrá, pues, que enfrentarse con él de una forma educativa. Hasta ahora es muy poco lo que se ha hecho. Toda programación se ha reducido, en general, a unas charlas espontáneas dentro de la clase o a unas conferencias o montajes audiovisuales más o menos alarmistas sin control ni evaluación alguna.

Los estudios llevados a cabo son también mínimos. Sin embargo no dejan de ser expresivos para los educadores. Así en el estudio de Soler Insa realizado en Barcelona con 818 estudiantes de BUP aparece que la calidad de información es baja y que los estudiantes con mayor calidad de información presentan una actitud más sana hacia las drogas<sup>58</sup>.

#### 3. 1. 1. La educación como preparación para la vida.

¿Por qué se drogan los niños y los jóvenes? No hay respuestas fáciles, aunque sean las más corrientes. Las razones dadas deben entenderse como parte de un complejo modelo de conducta que produce diferentes tipos de usuarios.

(57) LANDSHEERE, G. *DE y otros*. La formación de los enseñantes de mañana. Madrid, Narcea, 1977. pag. 15.

(58) MENDOZA, R.; VEGA, A. "La educación sobre drogas en el centro escolar", *Drogalcohol*, Vol. 3, n.º 1 (1975)

Aquí nos interesa, sobre todo, examinar las respuestas dadas por la escuela a las diferentes motivaciones. A veces la droga puede ser un medio de enfrentarse con la inseguridad personal. Pero la realidad es que el niño solitario, deprimido, ordinariamente es olvidado por los educadores. El alumno ideal de la escuela tradicional es el niño que no plantea problemas. Cuando surge el problema de la droga, la mayor parte de los educadores niegan sus responsabilidades en estos casos.

Si el estudiante defiende el uso de la droga, enseguida aparece el pánico y la histeria en los educadores. Entonces la posición normal y corriente es el castigo, el desprecio y finalmente la expulsión del centro. El educador no quiere problemas ni en su clase ni en su centro.

Menos mal que cada día aparece un mayor rechazo ante estas falsas soluciones. La escuela tiene como meta educar tanto en lo intelectual como en lo afectivo. El objetivo es preparar para la vida. Y es, precisamente, en el periodo escolar cuando surgen las primeras experiencias del estudiante con la droga, sea tabaco, alcohol o marijuana.

La escuela es el lugar natural donde se proporciona al estudiante la ocasión de examinar su propia conducta. Aquí aprende a tomar las decisiones precisas para el propio crecimiento y, a la larga, para el desarrollo de la sociedad,

### 3. 1. 2. Factores de eficacia en la educación.

No son pocos los estudios que demuestran aspectos negativos de la educación sobre drogas. Un estudio de Stuart con 935 sujetos demuestra que al recibir una adecuada educación sobre drogas se aumentan considerablemente los conocimientos sobre las mismas. Sin embargo, no está clara la relación entre el mejor conocimiento y un cambio de actitud hacia las drogas. La evaluación hecha por Kinder de varios programas educativos manifiesta el poco efecto en la inducción de cambios actitudinales. Idénticas conclusiones han obtenido Brow y Klein en otro trabajo. Son abundantes los programas que tiene como consecuencia un incremento del consumo y no su disminución.

La postura más general, sin embargo, es la del Instituto para el estudio de la drogodependencia de Londres. Este centro, después de un estudio con más de 5000 escolares, afirma que la educación tiene algunos efectos preventivos y otros contra-preventivos<sup>59</sup>.

Nosotros preferimos hablar de programas educativos concretos con el fin de

---

(59) MENDOZA, R.; VEGA, A. *op. cit.* pág. 17

evaluar su eficacia. La educación es un concepto muy amplio.

La investigación nos ayudará a descubrir los elementos positivos y negativos de cada programa. Sin embargo, hasta ahora son muy pocas las evaluaciones realizadas con cierto rigor científico.<sup>60</sup>

Son muchos y varios los elementos a tener en cuenta. No podemos hablar de escuela "average". Cada escuela es un mundo diferente en sus educadores, en sus alumnos, en su contexto sociocultural. Las normas de conducta tanto de consumidores como de los opuestos a la droga son datos importantes a tener en cuenta para educar. Importa también conocer los diferentes tipos de actitudes.

### 3. 1. 3. Escuela y comunidad.

Una educación profunda sobre la droga sólo tiene cabida dentro de una escuela integrada en la comunidad a partir de una toma de conciencia crítica de la realidad y un compromiso de cambio. De esta forma tendremos una educación en la vida y para la vida.

"Es sólo a través de una educación apegada a la realidad, y por tanto apegada hacia la vida, como de un modo permanente puede salvarse este gran abismo entre el pensamiento y la acción, entre la escuela y la comunidad"<sup>61</sup>.

Podemos señalar los siguientes principios básicos de actuación:

- extraer los objetivos de los intereses y necesidades de la gente;
- utilizar todos los recursos de la comunidad y sus instituciones;
- practicar y fomentar la convivencia sana tanto fuera como dentro de la escuela;
- incluir jóvenes y adultos en proyectos de cooperación que sean de interés común.

Hay que tener en cuenta la posición estratégica de la escuela. Quizás es la única institución que puede ser apoyada por toda la gente y que está al servicio de todos los niños. Así la escuela debería contar con la confianza de la comunidad y a partir de aquí la escuela mejor que nadie podría apoyar la coordinación de toda tarea educativa sobre la droga.

(60) GOODSTADT M. Research on methode and programs of drug education. Toronto. Addiction Research Foundation of Ontario, 1974, pp. 144.

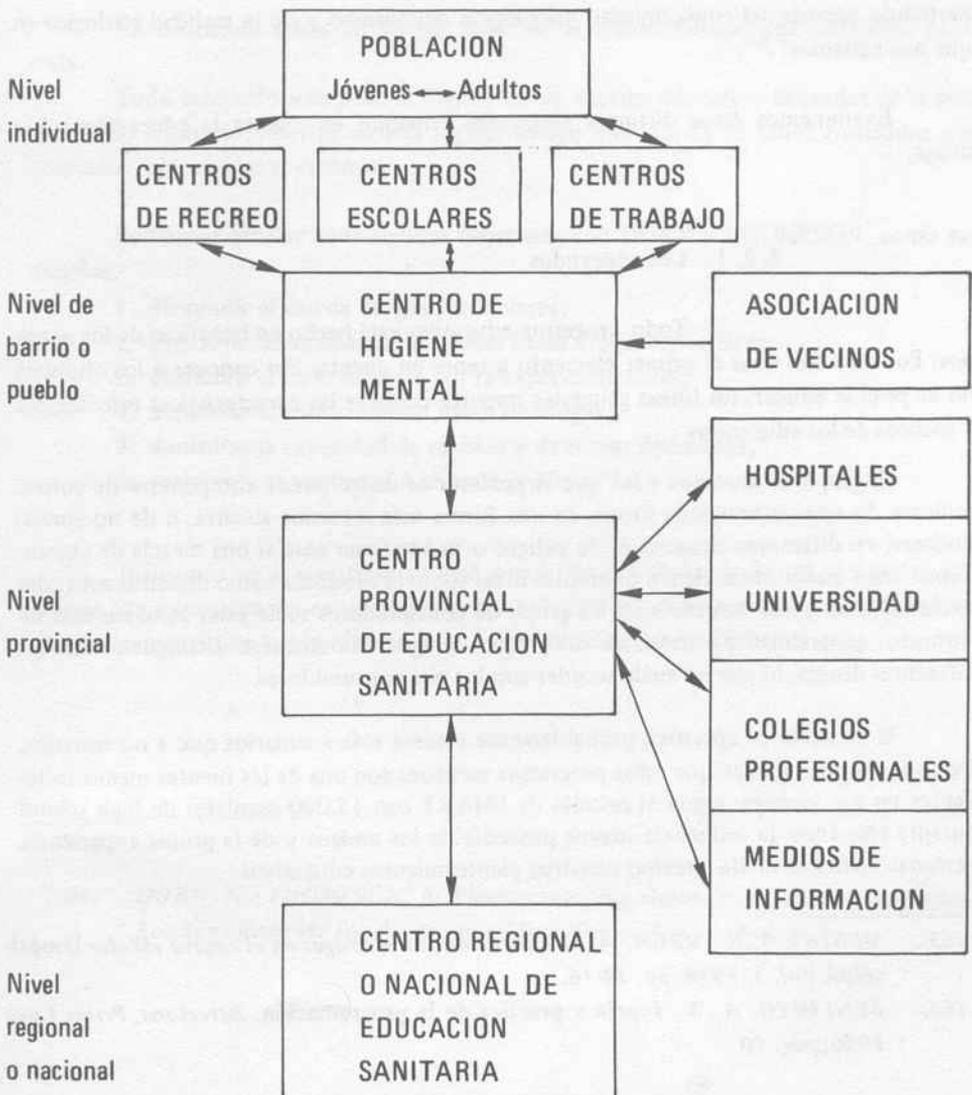
(61) OLSEN, G. E. La escuela y la comunidad. Méjico, Hispanoamericana - 1951, pág. 23.

Para esto vemos la necesidad de una escuela abierta a los intereses y necesidades del barrio, en perfecta comunicación con las demás instituciones y con unos objetivos muy claros: concienciar al barrio, cara a una liberación de las persona, y potenciar todas las aptitudes de cada individuo utilizando los recursos pedagógicos convenientes.

Esta escuela debe estar coordinada también con los otros centros escolares de la zona cara a una programación y evaluación conjunta. Esta coordinación puede ser llevada a cabo por el centro de higiene mental, que al mismo tiempo se preocuparía de mantener el necesario nivel científico.

Nuestra propuesta de acción sería la siguiente:<sup>62</sup>

### COORDINACION EN LA EDUCACION SOBRE DROGAS



### 3. 2. Elementos para programar

La escuela no puede llevar adelante la tarea educativa sin recurrir a una planificación. Entendemos por planificación educativa la aplicación de un análisis sistemático y racional al proceso de desenvolvimiento de la educación. Tenemos que saber a dónde queremos ir y con qué medios.

Cada escuela tiene también su pequeña planificación educativa. Dentro de ésta aparece la programación como elemento esencial y central.

¿Qué entendemos por programación educativa? "Programar -escribe el profesor Vicente Benedito- es un proceso, actividad, operación, consiste en dar unidad, estructurar la labor educativa, teniendo en cuenta los contenidos principales, de acuerdo con la metodología, medios y material disponible y en función de unos objetivos a alcanzar, partiendo además del conocimiento psicológico del alumno y de la realidad ecológica en que nos hallamos".<sup>63</sup>

Examinemos estos distintos elementos teniendo en cuenta la educación sobre droga.

#### 3. 2. 1. Los educandos

Todo programa educativo está hecho en beneficio de los alumnos. Por esto son ellos el primer elemento a tener en cuenta. Sin conocer a los alumnos no es posible educar. En líneas generales importa conocer las características psicológicas y sociales de los educandos.

El grupo de alumnos a los que el profesor se dirige puede componerse de consumidores de una determinada droga, de una forma más o menos abusiva, o de no consumidores, en diferentes situaciones de peligro o puede tener ante sí una mezcla de ambos. Tanto unos como otros tienen diferentes ideas sobre la droga así como distintas actitudes hacia las fuentes de información. El grupo de consumidores suele estar también mal informado, generalmente a través de sus propios amigos. Sin embargo distinguen entre las diferentes drogas, lo que no suele suceder con los no consumidores.

Si el curso es optativo, probablemente atraerá más a usuarios que a no usuarios. De todas formas parece que estos programas escolares son una de las fuentes menos influyentes en los jóvenes, según el estudio de SMART con 15.000 escolares de high school durante tres años; la influencia mayor procedía de los amigos y de la propia experiencia personal. Esto nos invita a revisar nuestros planteamientos educativos.

(63) MENDOZA, R.; VEGA, A. *La educación sobre drogas en el centro escolar Drogalcohol Vol. 3, 1978, pp. 14-16.*

(63) BENEDITO, A., V. *Teoría y práctica de la programación. Barcelona, Prima Luce 1976, pág. 10.*

No hay que olvidar aquí la importancia de los padres en el proceso educativo. El educador actuará con ellos en mutua colaboración.

### 3. 2. 2. Objetivos

Estamos aquí ante el problema fundamental de toda programación. Tanto la evaluación como el contenido y los métodos estarán en función de los objetivos. Conviene, sobre todo tratándose de programación escolar, que delimitemos unos objetivos operativos, para conseguir la evaluación posterior.

En la educación sobre la droga debe proponerse al mismo tiempo objetivos que alcancen a toda la persona. Si importa el conocimiento, no menos importante es la madurez afectiva, la capacidad de enfrentarse con los problemas y el desarrollo creativos de las propias facultades.

La educación sobre las drogas debe ser al mismo tiempo una educación para la vida.

Todo esto sólo será posible dentro de un sistema educativo liberador de la persona. De lo contrario, nuestra escuela seguirá siendo una fábrica de niños frustrados e inadaptados, potenciales toxicómanos.

Podíamos señalar aquí algunos objetivos, con DORN y THOMPSON, como prioritarios:

1. disminuir el uso de drogas particulares;
2. promover determinadas actitudes hacia drogas específicas;
3. disminuir el caño causado por la experimentación;
4. aumentar el conocimiento sobre las drogas;
5. aumentar la capacidad de razonar y de tomar decisiones;
6. mejorar la comunicación alumno-profesor<sup>64</sup>.

Insistimos en el 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 entre el contexto de la sociedad en la que el hombre está radicado"

---

(64) DORN, N.; THOMPSON, A. *Planing teaching about drugs, alcohol and cigarettes. London: Institute for the Study of Drug Dependence, 1974, p. 3.*

### 3. 2. 3. Contenidos

La elección del contenido debe estar en función de las necesidades de los destinatarios. No hay que dar prioridad a una u otra droga 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 las drogas que en este momento requieren mayor atención.

Es necesario que toda la información aportada se apoye en datos científicos y evitar todo tipo de prejuicio. Para conseguirlo puede ayudar la perspectiva psicosocial, más que el enfoque legal o médico. La UNESCO, a través de un grupo de sus expertos, nos ha recomendado este enfoque psicosocial.

BIRWOOD nos 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<sup>65</sup>.

---

(65) BIRWOOD, G. "Ocho escollos que deben evitarse" *El Correo de la UNESCO* (mayo 1973), p. 11.

### 3. 2. 4. Métodos

Necesitamos un camino, una vía para llegar hasta los objetivos. Los métodos que se pueden poner en marcha son numerosos. Pero conviene que sean eficaces, ajustados y motivados.

Los métodos de enseñanza según el tipo de objetivo escogido están todavía en proceso de desarrollo. Es posible que estén en continuo cambio a partir de la experiencia e innovaciones. Aquí nos limitamos a señalar diferentes tipos con algunas sugerencias de acción:

1. Métodos para entrar en tema. Puede haber muchos, como la discusión exploratoria con uno o dos alumnos para saber lo que ellos piensan o qué tipo de programa les gustaría; discusiones de pequeño grupo o de clase sobre la salud o vida social; la utilización de películas parece desaconsejable dadas sus desventajas, pero cabe el uso de algunas partes.
2. Métodos para disminuir el uso de una droga particular. No es fácil conseguir el cambio de conducta. Conocer los daños de la droga no impide el abuso. Sí podemos afirmar, en cambio, la mayor influencia de las promesas de premio que el castigo. Podemos influir en la conducta tanto de forma directa como ofreciendo alternativas.
3. Métodos para minimizar las consecuencias: Se trata de reducir el número de alumnos que lleguen a la droga por accidente. El alumno recibe información de las posibilidades de caer en la dependencia de la droga, por ejemplo, al estar deprimido, o sobre técnicas para enfrentarse con situaciones adversas o sobre posibilidades de recibir ayuda en distintos centros.
4. Métodos para promover actitudes particulares. A pesar de la dificultad de conseguir el cambio de actitudes no faltan técnicas útiles como el rol playing y el grupo de discusión.
5. Métodos para aumentar los conocimientos. Aquí cabe todos los métodos utilizados ordinariamente en la escuela. Conviene que haya una presentación clara y objetiva, lo más neutral posible, sin tono moralista y con la meta de facilitar la toma de decisiones maduras.
6. Métodos para aprender a tomar decisiones. Un modo puede ser hacer una lista de ventajas e inconvenientes para ayudar a tomar decisiones.
7. Métodos para facilitar la comunicación alumno-profesor. Podemos señalar la charla directa con el profesor a nivel individual o en pequeños grupos. Estos métodos tienen la desventaja de exigir mucho tiempo<sup>66</sup>.

### 3. 2. 5. Evaluación

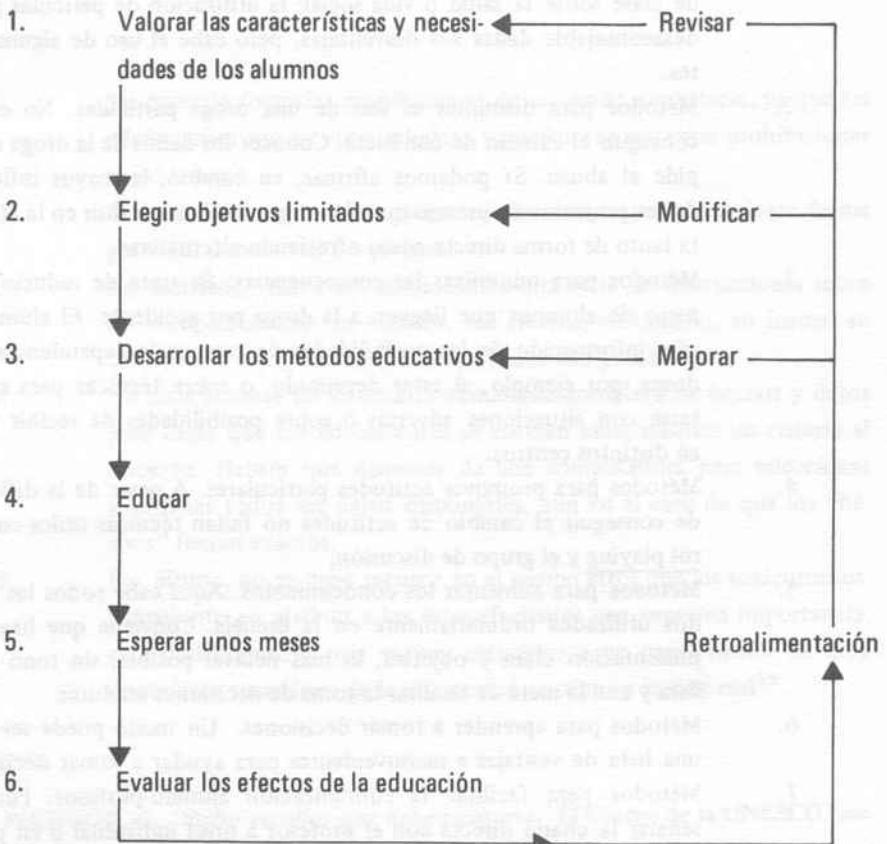
No hace falta insistir sobre su necesidad. Un buen planteamiento de todos los elementos anteriores permitirá que éstos puedan valorarse con precisión.

La evaluación de un programa educativo nos permitirá diseñar con mayor acierto el siguiente. El gráfico que exponemos a continuación lo expresa con claridad.

Además, para esta evaluación pueden utilizarse todos los sistemas corrientemente utilizados dentro de la enseñanza escolar: observaciones, diarios, redacciones, cuestionarios, entrevistas, etc.

La evaluación inmediata tiene un valor muy relativo. Es recomendable esperar unos meses para tener la evaluación definitiva.

#### LOS PASOS DE UN PROGRAMA



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

### 3. 3. Diferentes tipos de programa

Para conseguir el éxito de un programa debemos movilizar todos los recursos de la escuela y la comunidad. Por esto, la experiencia aconseja tener en cuenta diferentes criterios de actuación:

- debe estar implicada y participar la administración;
- el programa debe tener carácter innovativo, no tradicional y ser percibido así por los alumnos;
- los estudiantes deben sentirse responsables de la preparación y desarrollo del programa;
- la comunidad debe apoyar y facilitar el programa;
- el personal responsable del mismo debe tener cierta estabilidad para facilitar la continuidad.

#### 3. 3. 1. Programas preventivos

Son muchos los elementos que se pueden utilizar en estos programas. La selección viene determinada por diferentes factores como las necesidades de los estudiantes, la preparación, número y destreza de los educadores, los fondos económicos y el apoyo y participación de la escuela y la comunidad.

Los modelos de programa se adaptarán a los objetivos propuestos. Señalamos aquí los elementos más utilizados de ordinario.

**6. 1. 1. Counseling individual.** Su propósito es propiamente terapéutico. Esta tarea pueden realizarla dentro de la escuela el psicólogo o el pedagogo orientador y fuera, los centros de higiene mental.

**6. 1. 2. Grupos libres:** un grupo abierto discute sobre un tópico. Un monitor dirige el debate. Caben los temas más variados y de interés para los adolescentes. No hace falta una comisión ni se pide una continuidad de asistencia.

**6. 1. 3. Counseling de grupo.** Son grupos de crecimiento y de solución de problemas, con objetivos concretos. Cada participante examina sus actitudes y valores; comparte sus alegrías, sus miedos, sus problemas y expectativas. Suele ser una experiencia más intensa que el grupo anterior. Un adulto es el facilitador del grupo. Hay un compromiso de continuidad.

#### 3. 3. 2. Laboratorios

No puede haber educación si no existen personas capaces de organizar y dirigir los diferentes programas. Es evidente que los mejores laboratorios de

entrenamiento son aquellos que preparan para las técnicas de discusión, se centran en las motivaciones, actitudes y conducta de los participantes que quieren desarrollar un trabajo de ayuda y proporcionan un desarrollo de habilidades.

Estos laboratorios pueden dirigirse tanto a profesores como a padres y estudiantes. En este último caso se intenta la preparación de líderes, su colaboración en las campañas, mejorar la comunicación entre profesores y alumnos, etc.

Otra posibilidad es la participación conjunta de profesores, padres, estudiantes y otros miembros de la comunidad.

### 3. 3. 3. Liderazgo de pares.

El liderazgo de un compañero puede tener diferentes estilos. Este sistema pone el énfasis en la responsabilidad del estudiante para planificar, tomar decisiones e implantar programas bajo la supervisión de personas aultas. Estos estudiantes sirven de intermediarios entre estudiantes, administración escolar y comunidad.

Los líderes deben ser cuidadosamente escogidos teniendo en cuenta su capacidad de trabajo coordinado por el facilitador. Tiene que ser al mismo tiempo elemento representativo de todos los miembros de la escuela. Una vez elegidos deben ser entrenados para las tareas específicas.

Entre sus ventajas está que ayuda a los individuos responsables tanto o más que a los otros participantes.

Entre los diferentes sistemas han tenido más éxito los siguientes:

- **Hermano mayor / hermana mayor:** Los estudiantes mayores actúan como modelos para los más pequeños compartiendo con ellos sus conocimientos y experiencias.
- **Hot Line:** Los mismos estudiantes proporcionan asistencia a compañeros con problemas durante las 24 horas de un día señalado. El principal propósito es proporcionar información.

### 3. 3. 4. Desarrollo del curriculum

Los especialistas en educación sobre la droga elaboran su programa en colaboración con representantes de las diferentes disciplinas y departamentos. Según Stratemeyer y sus colaboradores, existen cuatro sistemas básicos para organizar

ganizar el curriculum:

- organizar asignaturas por separado. Este sistema es el más tradicional;
- organizar amplias esferas o grupos de asignaturas relacionadas entre sí. La educación para la salud, que incluye el tema droga, es parte del curriculum de estudios sociales o de ciencias;
- organizar el curriculum mediante amplias secciones que atraviesan los campos de las asignaturas;
- sistemas emanados de las necesidades y problemas del grupo, sin dar mayor importancia al alcance, organización y secuencia, y sin estar planteados de antemano, grado por grado. Cada maestro actúa libremente.<sup>67</sup>

El equipo formula un curriculum y determina el tiempo dedicado a cada unidad, los niveles de presentación y el lugar de enseñanza. Los especialistas en droga coordinan el trabajo y periódicamente revisan las unidades. Al mismo tiempo procuran información, colaboran con los profesores y dirigen excursiones de campo.

Este sistema, aunque exige tiempo, evita duplicaciones de esfuerzos y proporciona un continuo desarrollo de profesorado y estudiantes.

### 3.3.5. Servicios comunitarios

Aunque muchos son los programas que utilizan los servicios de la comunidad, las diferencias son notables en el método.

Uno de estos sistemas engloba profesorado de diferentes instituciones de la comunidad que trabajan en el programa de la escuela. En vez de actuar dentro de los límites de la propia institución, ellos dedican su tiempo a la información, al counseling individual, a la dirección de grupos y a laboratorios de entrenamiento.

El reclutamiento de estudiantes con problemas es realizado mejor por compañeros líderes; entran más fácilmente en contacto con ello y apenas necesitan presionar para que participen en el programa.

Una vez que estos jóvenes líderes han ganado cierta credibilidad se suman otros estudiantes creándose un clima muy positivo dentro de las escuelas.

(67) MOSS, R. B. y otros Educación para la salud. Mexico, Trillas. 1965

### 3. 3. 6. Alternativas

Proponer otras alternativas ante la droga sería una de las mejores tareas para un educador en el campo de la droga. Pueden ser actividades de recreo, vocacionales, creativas o de contemplación de la naturaleza: el deporte, la danza, la pintura. Lo importante es hacer siempre algo constructivo, no destructivo.

La clave en estos programas es que, dentro y fuera de la escuela, el estudiante tiene algo significativo que hacer como alternativa al uso de la droga.

### 3. 4. Técnicas de grupo

La actividad del educador se desarrolla ordinariamente en un medio constituido por varios individuos que forman un grupo. Pero el grupo es algo más que la suma de los individuos. Es verdad que cada individuo es un ser único y diferente de los demás. Sin embargo no podemos olvidar las implicaciones, positivas o negativas, que el grupo conlleva. Todo educador debe conocerlas.

Los distintos factores que actúan en el grupo dificultan la definición de metas y objetivos. Tenemos aquí un factor negativo para enfrentarnos con acierto al complejo fenómeno de las drogas.

Las técnicas de grupo tiene, en cambio la ventaja, de facilitar la receptividad del grupo y conseguir un análisis objetivo del problema. Se pueden obtener con ellas también una mayor participación de los alumnos y a través de la variedad de técnicas despertar mejor su interés.

#### 3. 4. 1. Principios de dinámica de grupos

Podemos señalar ocho principios aplicables al aprendizaje de la dinámica de grupo y a la aplicación de las diferentes técnicas de grupo:

- **Ambiente.** El grupo desarrolla su actividad en un ambiente favorable a la orientación del problema. El aula ha de permitir obtener la máxima experiencia, la máxima participación y la mínima intimidación.
- **Reducción de intimidación.** Las buenas relaciones interpersonales reducen la intimidación y disminuyen las tensiones. Las relaciones interpersonales pasan a ser un objetivo del grupo.
- **Liderazgo distribuido.** Este lleva a la máxima dedicación al problema y desarrollo de las capacidades de los participantes.
- **Formulación de objetivos.** La formulación de objetivos y su explicación aumenta la cohesión en el grupo y facilita la toma de decisiones.

- **Flexibilidad.** El programa fijado debe cumplirse hasta que se formulen nuevos objetivos, al surgir nuevas situaciones.
- **Consenso.** El proceso de toma de decisiones debe continuar hasta que el grupo formule una solución aceptada por acuerdo general.
- **Comprensión del problema.** Esta comprensión por parte del grupo aumenta la orientación hacia el objetivo y permite una más rápida modificación de los objetivos y sub-objetivos.
- **Evaluación continua.** La evaluación continua de objetivos y actividades permite una modificación inteligente del proceso de resolución de problemas.<sup>68</sup>

### 3. 4. 2. El educador y las técnicas de grupo.

Son muchas las técnicas que se pueden utilizar. Unas sirven para modificar la dinámica del grupo, otras para crear nuevas actitudes, otras para transmitir información, otras para buscar soluciones ante problemas planteados en el grupo.

La técnica en sí no es buena ni mala. Es el educador quien con su responsabilidad da un sentido a la técnica. Podríamos señalar aquí una serie de criterios de evaluación.

- Coherencia con los objetivos, con los participantes, con las actitudes del formador, con las otras técnicas utilizadas, con los materiales de que se disponen, con el contenido de la formación y las normas de la institución.
- Eficacia.
- Preferencia personal, ya que el sentimiento de seguridad personal en el educador es muy importante.

Como normas generales podrían indicarse:

- 1.º Antes de aplicar una técnica es preciso conocer el grupo y su estructura así como sus problemas.
- 2.º Es necesario tener un conocimiento teórico previo sobre la dinámica de grupos.
- 3.º Las técnicas de grupo requieren un ambiente cordial, democrático y precisan de una actitud cooperante. No pueden imponerse<sup>69</sup>

(68) GIBB, J. R. Manual de dinámica de equipos. Buenos Aires. Humanitas. 1964.

(69) BENEDITO, A. V. Temas didácticos: Dinámica de Grupos. Barcelona. Círculo Editor Universo, 1977.

### 3. 4. 3. Técnicas grupales con expertos

Estas técnicas, aunque no permiten la participación activa del alumno, son eficaces para conseguir un conocimiento más profundo en determinados temas. Sin embargo, con algunas adaptaciones podemos conseguir distintos niveles de participación. A continuación describimos las más importantes.

- Simposio:** un equipo de expertos desarrolla diferentes aspectos de un tema o problema en forma sucesiva ante el grupo.
- Mesa Redonda:** un grupo de expertos, que sostienen puntos de vista divergentes o contradictorios sobre un mismo tema, exponen ante el grupo en forma sucesiva.
- Panel o Mesa redonda con interrogatorio:** un grupo de 4 a 6 personas discuten entre sí un tema propuesto, exponiendo sus particulares puntos de vista; la conversación es básicamente informal.
- Entrevista:** un entrevistador, que representa al grupo, interroga al experto.
- Entrevista colectiva:** la entrevista con un interrogador se convierte en entrevista colectiva cuando son varios los que interrogan al experto.
- Conferencia:** sería también una de las técnicas posibles a utilizar, a ser posible seguida de un diálogo abierto.

### 3. 4. 4. Técnicas con el grupo

- Pequeño grupo de discusión:** intercambio de opiniones de un grupo reducido de personas que tienen interés para discutir un tema.
- Phillips 66:** método de reunión en corrillos. El tema se discute en subgrupos de 6 miembros como máximo durante 6 minutos. Sigue una puesta en común a través de los secretarios de cada grupo.
- Diálogos simultáneos:** el gran grupo se descompone en parejas para intercambiar opiniones.
- Foro:** el grupo en su totalidad discute informalmente un tema, hecho o problema, conducido por un coordinador.
- Clínica del rumor:** una noticia es transmitida de un individuo a otro para demostrar cómo se crean los rumores y se distorsiona la realidad.
- Comisión:** un pequeño grupo, tras discutir un tema, prepara un informe que después presenta al gran grupo.
- Seminario:** un grupo reducido se reúne para estudiar en profundidad un determinado tema.
- Brainstorming o torbellino de ideas:** método para la búsqueda de nuevas ideas.
- Técnicas del riesgo:** el grupo expresa los posibles riesgos que podrían derivarse de una situación y discute la realidad de los mismos.
- Estudio de casos:** el grupo analiza un problema real o supuesto y trata de lle-

gar a la mejor solución

**Role-playing:** dos o más personas representan una situación de la vida real con objeto de que sea mejor comprendida y tratada por el grupo.

Existen otras muchas técnicas de grupo que pueden ser útiles para la educación sobre la droga. Podemos encontrarlas en los manuales de dinámica de grupos.

#### 4. MODELO DE PROGRAMACION: UN CURSO PARA MAESTROS

Creemos interesante analizar la experiencia de un curso para maestros que organizamos en el Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Barcelona en el otoño de 1977. El título del curso fue "La educación sobre drogas en el centro escolar". Tuvo lugar en siete sábados consecutivos, con un total de 28 horas de clase.

##### 4.1. Asistentes

Asistieron al curso catorce maestros, procedentes de diversos barrios y pueblos de Barcelona. Gran parte de ellos trabajaban en barrios extremos de la ciudad donde el uso de los derivados de la cannabis era corriente tanto en los jóvenes como en los adultos. Este consumo se manifestaba abiertamente en sus escuelas y no sabían como abordarlo, por lo que vinieron al curso en busca de una información seria—son palabras de ellos mismos—y de ideas prácticas sobre cómo tratar el tema de las drogas con sus alumnos. Los restantes asistentes al curso tenían planteamientos parecidos, aunque trabajaban en zonas donde el uso de este tipo de drogas era más encubierto y a ellos el "problema" les parecía un poco más lejano.

Todos los asistentes, excepto tres, tenían una edad comprendida entre los veinte y los treinta años. Once de ellos eran mujeres. Sólo dos de los catorce habían asistido previamente a algún otro curso o conferencia sobre el tema de las drogas, por lo que en gran parte lo desconocían. En ese aspecto su situación era análoga probablemente a la de la mayoría de los educadores del país, que no han estudiado esta parcela de la educación sanitaria en la Escuela Normal o en las facultades respectivas, ni han recibido una información seria sobre las drogas a través de los medios de comunicación social. Sin embargo, a diferencia de la mayor parte de ellos, estos educadores asistentes al curso mostraban la inquietud de formarse en este campo. A pesar de que la información sobre el curso había llegado a todas las escuelas de Barcelona y había sido anunciada por la prensa, la radio y por carteles colocados en la Universidad, sólo se matricularon catorce personas. Esto puede interpretarse, en parte, como signo de la actitud general de los educadores hacia el tema de la educación sobre las drogas: ni están capacitados para ella ni sienten la necesidad de hacerlo, por ahora.

##### 4.2. Objetivos

Los objetivos que nos propusimos para los asistentes al curso fueron estos tres: a) Obtener una información básica y objetiva en torno al abuso de las drogas. 2) Adquirir orientaciones sobre cómo solventar los problemas de drogodependencias que se planteen en su centro escolar. 3) Conseguir ideas prácticas para la prevención del abuso de las drogas en su medio escolar y social.

Con el primer objetivo queríamos contrarrestar la acción desinformativa que hasta ahora han venido ejerciendo gran parte de los medios de información social; también, posibilitar que los asistentes obtuvieran los elementos de juicio necesarios para sa-

ber reaccionar adecuadamente ante el problema del abuso de las drogas en su medio. Con el segundo objetivo, erradicar la actitud alarmista o de inhibición que suele adoptar el educador cuando descubre un presunto "drogadicto" en su clase; por otra parte, centrar su atención en aquellas drogas que eran probablemente abusadas en su escuela por un número considerable de personas no identificadas como "drogadictos"—nos referimos al alcohol, al tabaco y a ciertos medicamentos—. Finalmente, con el tercer objetivo pretendíamos facilitar la adquisición de unos planteamientos globales de cómo y por qué llevar adelante la educación sobre las drogas, además de aportarnos unos a otros ideas didácticas concretas.

Estos objetivos generales no fueron sometidos a la discusión de los asistentes, aunque sí lo fue el programa concreto del curso. En la evaluación final podremos ver hasta qué punto se alcanzaron estos objetivos propuestos.

#### 4. 3. Contenido

Después de las modificaciones sufridas por el programa del curso cuando se sometió a la discusión del primer día, éste quedó configurado de la forma que se expone a continuación.

##### Primer día: TENDENCIAS ACTUALES

- 9.30: Presentación de los participantes y de sus actividades.
- 10.00: Cuestionario inicial sobre las drogas.
- 10.30: Discusión del programa del curso. Establecimiento del programa definitivo.
- 11.00: Exposición sobre las **tendencias actuales en el enfoque del fenómeno de las drogas.**
- 12.00: Trabajo en grupo a partir de un cuestionario sobre el alcoholismo, con puesta en común.

##### Segundo día: CONCEPTOS BASICOS Y CLASIFICACIONES

- 9.30: Exposición con diapositivas sobre los **conceptos básicos para el estudio de las dependencias.** Presentación de diversos objetos utilizados por los consumidores de drogas.
- 11.00: Análisis en pequeños grupos de un artículo contracultural. Puesta en común. Relación del vocabulario popular de los drogadictos.
- 12.30: Exposición sobre las **clasificaciones de las drogas y de los consumidores de drogas.**

##### Tercer día: CARACTERISTICAS Y EFECTOS DE LAS DROGAS

- 9.30: Discusión en grupo de diversos tópicos y puesta en

común posterior.

- 11.30: Exposición con diapositivas sobre las **características y efectos de cada tipo de droga.**

**Cuarto día: CAUSAS DEL USO Y DEL ABUSO. LEGISLACION**

- 9.30: Análisis en grupo de un caso. Puesta en común sobre las **causas del uso y del abuso de las drogas.**
- 10.45: Exposición con diapositivas sobre el mismo tema: factores etiológicos de las drogodependencias.
- 12.30: Exposición sobre la situación legal del toxicómano en España.

**Quinto día: VIAS DE SOLUCION AL PROBLEMA. LA EDUCACION.**

- 9.30: Exposición sobre las **vías de solución al problema del abuso de las drogas.**
- 10.00: Análisis crítico de un montaje audiovisual elaborado con fines didácticos.
- 11.00: Exposición: **La prevención como tarea primordial. La educación como mecanismo de prevención. Tipos de programas.**
- 1.00: Trabajos de grupo: **¿Qué podemos hacer en nuestros barrios?**

**Sexto día: POSIBILIDADES CONCRETAS DE ACTUACION EN LA ESCUELA**

- 9.30: Exposición sobre el **papel de la comunidad y de la escuela en la ayuda al drogodependiente.**
- 10.00: **Brainstorming** sobre el tema "¿Qué podemos hacer en clase?"
- 11.00 Conclusiones.
- 12.30: **Normas y métodos prácticos para actuar como educador en clase.** (exposición).

**Séptimo día: TRABAJO CON LOS PADRES. CONCLUSIONES GENERALES.**

- 9.30 Exposición sobre la **educación de los padres de alumnos en materia de drogas.**
- 10.30: Entrega de documentación sobre los centros de información y de terapia existentes en Barcelona, Cataluña, España y el extranjero.
- 11.00 Cuestionario de evaluación del curso.

- 11.30: Discusión sobre el curso y conclusiones generales.  
 13.15: Entrega de bibliografía detallada sobre cada uno de los temas tratados en el curso.

El curso se desarrollo según el programa establecido, con pequeñas variaciones. Para ello hubo que sintetizar mucho la información dada en algunos temas y cortar las discusiones de grupo cuando finalizaba el tiempo previsto para cada una de ellas. El programa fue realmente apretado. Se tocaron una gama variada de temas sin tiempo para profundizar en ninguno de ellos. Esto tiene sus ventajas en un curso de introducción que quiera despertar el interés de los asistentes por todos los aspectos y darles los medios para un trabajo individualizado de profundización posterior. La reacción de los asistentes ante la premura del tiempo quedará reflejada más adelante cuando veamos la evaluación que hicieron del curso.

#### 4. 4. Métodos

En el programa puede observarse que en el curso se conjugaron una gran cantidad de métodos didácticos. Se alternaron sesiones teóricas con discusiones en pequeño grupo y puestas en común en gran grupo. Hubo análisis de artículos y folletos, estudio de libros, discusión de casos, discusión de partir de un cuestionario y proyección de diapositivas. Procuramos que hubiera esta variedad metodológica para que los participantes conocieran las ventajas e inconvenientes de los métodos que ellos mismos podían usar para llevar a cabo la educación sobre las drogas en sus respectivos centros escolares.

Para facilitar el trabajo individual complementario de las clases, se repartió fotocopiado diverso material impreso. La relación de este material viene dada en el apéndice 1.

#### 4. 5. Evaluación del curso

La evaluación del curso podemos hacerla con los datos provenientes de estas cuatro fuentes: las observaciones directas hechas por los monitores, el cuestionario inicial relleno por los participantes antes de comenzar ninguna actividad del curso (ver apéndice 1), el cuestionario de evaluación final (ver también el mismo apéndice) y la sesión abierta de discusión del curso que tuvo lugar el último día.

Del análisis de los cuestionarios iniciales se desprende que el nivel de conocimientos con que comenzaron el curso los participantes era insuficiente para llevar a cabo adecuadamente la educación sobre las drogas en sus escuelas respectivas. En la primera pregunta ("Cita todas las drogas que conoces o de las que has oído hablar") sólo un 10<sup>o</sup>/o hace referencia al tabaco, un 20<sup>o</sup>/o al alcohol y otro 20<sup>o</sup>/o a diversos tipos de medicamentos. En cambio, el 100<sup>o</sup>/o de los encuestados citan al LSD u otros alucinógenos, el 80<sup>o</sup>/o a los derivados de la cannabis y otro 80<sup>o</sup>/o a los opiáceos. Como puede verse,

los participantes comenzaron el curso conociendo sobre las drogas prácticamente los mismos tópicos falsos que cree la población general: sólo identificaban como drogas a aquellas que los medios de comunicación les habían mostrado como tales.

En la pregunta segunda ("¿Cuáles piensas que son las drogas que más se consumen en Barcelona?") se confirma esta falta de información veraz. Un 40 % de los encuestados dicen que no lo saben y un 50 % escriben que la cannabis, en sus diversos derivados, es la droga más usada en Barcelona. Ninguno de ellos cita al tabaco en primer o segundo lugar y sólo un 10 % habla del alcohol como la droga más extendida.

La misma línea se confirma en la pregunta cuarta ("¿Cuáles piensas que son las drogas que tienen efectos más peligrosos?"). El 60 % afirma que no lo sabe. El resto (40 %) habla de los opiáceos y del LSD como las más peligrosas. Sólo uno de ellos cita además al alcohol y a algunos medicamentos que pueden llevar a la dependencia física. Como se ve, los futuros participantes en el curso tienen una idea muy vaga de los efectos del uso y del abuso de las diversas drogas, incluso de aquellas que ellos consideran que son las más extendidas. Así por ejemplo, en las preguntas quinta y sexta, que interroga sobre los efectos que producen el hachís y la marihuana en el consumidor, todos los encuestados excepto uno (que estaba haciendo una tesis doctoral sobre el tema) contestan que no lo saben. En otras palabras, habían recibido una multitud de mensajes por los medios de información sobre el uso de la cannabis entre los jóvenes, pero apenas les había llegado una explicación clara de cuáles eran sus efectos. Estaban alarmados, pero mal informados.

Los resultados del cuestionario de evaluación final, pasado también de forma anónima, contrastan con los de este cuestionario inicial. Los participantes en el curso muestran un nivel de conocimientos muy superior al del comienzo, aunque todavía existen en ellos importantes lagunas. En nuestra opinión, se dio un grado de asimilación satisfactorio de las materias del programa y, lo que es más importante, terminaron el curso enormemente motivados por seguir trabajando en este tema. Prueba de ello es el acuerdo que hubo de llevar a la práctica las conclusiones obtenidas del cursillo y evaluar periódicamente un equipo, cada varios meses, las experiencias obtenidas por cada uno en su medio. Veremos a continuación con cierto detalle las respuestas que nos parecen más importantes del cuestionario de evaluación final.

En la pregunta segunda ("¿Cuáles crees que son las drogas que más se consumen en Barcelona? Contestar por orden de importancia en cuanto a la extensión de su consumo"), prácticamente todos los participantes citan a las drogas por este orden: tabaco, alcohol, diversos medicamentos (tranquilizantes, barbitúricos, analgésicos, anfetaminas), cannabis, LSD y otros alucinógenos y opiáceos. Es decir, se aproximaron bastante a la realidad epidemiológica del abuso de las drogas en Barcelona.

En la siguiente pregunta ("Señala los aspectos que consideras más importantes para conocer la realidad de la droga"), las respuestas son también significativas del

cambio de conocimientos y de actitudes operado en ellos, a pesar de que la redacción de la pregunta sea ambigua. El aspecto más señalado \* (82<sup>o</sup>/o) fue "las características de la persona que la toma", lo que hace referencia a que una droga puede producir diferentes efectos según quién la tome y las circunstancias en que se encuentre. Otra variable muy señalada (64<sup>o</sup>/o) es "el tipo de droga que se consume", ya que los encuestados, felizmente, distinguían a unas drogas de otras y no hablaban de "la droga" en general. Algunos (36<sup>o</sup>/o) señalaron "la forma del consumo" como un parámetro menos importante para determinar el efecto de las drogas. Muy pocos (27<sup>o</sup>/o) hicieron referencia a "la opinión de la gente", quizás porque ellos habían comprobado personalmente cuantos errores suele haber en los estereotipos sociales respecto a las drogas y a los drogadictos. Finalmente, ninguno hizo mención a "los castigos que imponen las leyes", lo que puede indicar que piensan que la actual legislación española sobre las drogas refleja más los prejuicios y temores de los legisladores que las verdaderas necesidades de los afectados y de la sociedad en general.

Por las respuestas a la pregunta cuarta ("¿Cómo definirías el alcoholismo?"), puede deducirse que el 91<sup>o</sup>/o de los encuestados tienen claro este concepto. Dan definiciones que describen al alcohol como un tóxico socialmente aceptado y causante de dependencia; al alcohólico, como una persona que ha perdido la capacidad de abstenerse de seguir bebiendo alcohol. Nos parece un logro importante el que los asistentes al curso hayan conseguido una idea clara de en qué consiste la drogodependencia más grave en Cataluña y en el resto de España.

Igualmente el 91<sup>o</sup>/o de los encuestados dan una respuesta que puede considerarse correcta al contestar la pregunta sexta ("¿A quién consideras toxicómano o drogadicto?"). Reproducimos dos de ellas a título de muestra: "A quien, desde el abuso de una droga, llega a vivir una fuerte dependencia de ella". "Toda persona dependiente de sustancias que le afectan física o psíquicamente y le producen alteraciones". No son definiciones de libro de texto, pero sí indican que se ha captado correctamente la idea.

Los encuestados tienen claras en general las nociones básicas de las dependencias, pero en cambio tienen importantes lagunas en el conocimiento de los efectos concretos de las drogas. En la pregunta quinta, en la que se nombran ocho drogas para que se señale cuáles producen dependencia física, la media del número de errores por encuestado es 2,2, es decir, que por término medio se equivocaron en lo que se refiere a dos de las ocho drogas de la lista. En el cuadro 4 exponemos los <sup>o</sup>/o de errores en las respuestas relativas a cada droga.

\* La suma de los porcentajes es superior a 100 porque se podían señalar simultáneamente varias respuestas.

CUADRO 4

DROGAS	¿PRODUCE DEPENDENCIA FISICA?		
	SI 0/0	NO 0/0	ERROR 0/0
Opio	73	27	27
Alcohol	100	0	0
Anfetaminas	36	64	64
Hachís	0	100	0
LSD	55	45	55
Barbitúricos	64	36	36
Heroína	55	45	45
Tabaco	27	73	27

Como puede observarse, el alcohol y el hachís fueron las dos únicas drogas en las que no hubo ninguna respuesta errónea. En cambio, las anfetaminas, el LSD y la heroína fueron las más erradas. Parte de los errores en el tabaco pueden deberse a que en el curso se hizo referencia estudios en los que se señalaban que esta droga producía indicios de dependencia física. Sin duda alguna los asistentes no obtuvieron una idea clara de los efectos de cada droga, en parte porque apenas leyeron el material informativo que les fotocopiámos (lo que parece que es normal en este tipo de cursos), y en parte porque la exposición de estos efectos se hizo de forma bastante precipitada.

En otras dos preguntas (séptima y octava) los encuestados se muestran en general conocedores de la amplitud de factores etiológicos que determina el abuso de las drogas y de las correspondientes medidas preventivas y terapéuticas. Proponen acciones de este tipo:

- "Alterar las situaciones políticas que originan las drogodependencias".
- "Luchas contra los intereses de unos pocos, contra la publicidad".

- "Mejorar las relaciones ambientales".
- "Promoción de centros juveniles y de ocio en general".
- "El control de la producción y la distribución".
- "Mejorar el nivel de formación e información".
- "La rehabilitación, tratando de insertar a la persona en la sociedad y que ésta la acoja".

En cuanto a las soluciones más concretas, ya a nivel de la propia clase, las respuestas a la pregunta novena ("¿Qué haría si un alumno llegara un día drogado a clase?") aclaran cómo estos educadores piensan enfocar el uso o el abuso de las drogas en sus escuelas. La respuesta más escogida (100 %) es "trataría de hablar con él", lo que indica que todos se sienten con alguna base para abordar el presunto problema. Le sigue "consultaría a un especialista" (46 %), lo que refleja que no se consideran totalmente capacitados o que creen que es un cuestión de trabajo en equipo. Ninguno "llamaría a la policía" y sólo un 9 % "no diría nada". En las reuniones posteriores que mantengamos con los asistentes a este curso podremos ver cómo han ido concretando en la práctica estas respuestas generales.

Por último, vemos qué piensan del curso en el que han participado y de sus monitores. En el cuadro 5 hemos sintetizado las respuestas a la pregunta once. En él se observa cómo la media de las respuestas oscila entre "satisfactorio" y "bien" en casi todos los aspectos. Sobrepasan la puntuación 4 ("bien") las puntuaciones otorgadas a estos dos aspectos: el contenido del programa y la organización en general. Los peores puntuados son la duración del curso y el grado de asimilación de lo expuesto.

## CUADRO 5

## OPINION PERSONAL DEL CURSO

	Mal 1	Deficiente 2	Satisfactorio 3	Bien 4	Excelente 5
<b>1. Monitores</b>					
a) Claridad de expresión.				3,7	
b) Preparación demostrada				3,9	
c) Experiencia personal demostrada			3,4		
d) Comunicación conseguida con los asistentes			3,5		
<b>2. Programa</b>					
a) Contenido				4,2	
b) Nivel de la exposición			3,8		
c) Aplicabilidad			3,5		
d) Duración			3,3		
<b>3. Otros</b>					
a) Grados de asimilación de lo expuesto			3,3		
b) Organización en general				4,1	
c) Horario			3,7		
d) Duración de las sesiones			3,9		
<b>MEDIA GLOBAL</b>				3,7	

A continuación exponemos algunos de los comentarios cualitativos que acompañaban a estas respuestas numéricas. Los reproducimos literalmente porque, a pesar de que podamos pecar de demasiado concretos, creemos que así podemos ayudar mejor a otros a evitar los mismos errores.

- **Sobre el contenido del programa:** “Falta el estudio de algún caso concreto, en lo referente a la droga en la escuela”. “Ha faltado algo práctico para la escuela, como por ejemplo la preparación de una clase concreta donde se incluya el tema de las drogas”. “Falta incluir un programa para un nivel determinado en la escuela”. “Falta crear un modelo de actuación para diferentes niveles sociales, según el barrio”. “Que los objetivos del próximo curso los establezcamos nosotros”.
- **Sobre la aplicabilidad de lo tratado:** “No tengo nada a nivel práctico para hacer en mi clase y el problema que tengo es urgente”. “Sí tengo más información, pero no me veo más capacitada para abordar el tema directamente”. “Esto es positivo. Se ha dado información y se han lanzado pistas. Es mejor que profundizar sólo en un tema. ¡No se puede salir especializado de aquí!”. “Me ha ayudado para no tener miedo al tema”.
- **Grado de asimilación de lo expuesto:** “Ayudaría a un mejor asimilación y el planteamiento de interrogantes el que la información teórica corriera un poco más a cargo del participante en lugar de hacerlo el monitor”. “Sobre el alcoholismo he sacado ideas más claras que sobre el resto de las drogas. Tengo que hacer mi propia síntesis”.
- **Organización:** “Respetar el ritmo de participación y tratar de dar respuesta a los intereses de los asistentes al cursillo”. “Se cortaba mucho a la gente por tener en cuenta el programa”. “Permitir más el diálogo y no cortar a la gente”. “Tener más en cuenta el grupo y sus necesidades que el programa”. “Las experiencias de trabajo en grupo deberían ser más completas aunque se pierda tiempo”. “Procurar emplear más medio audiovisual”.
- **Sobre la duración de curso y de las sesiones:** “Mucha materia en poco tiempo, lo cual no permite la asimilación”. Varios de los participantes piden una mayor duración en el curso y sesiones más cortas.

#### 4. 6. Conclusiones

¿Se consiguieron los objetivos propuestos para el curso? Por las respuestas de los asistentes a este primer cuestionario de evaluación, parece que sólo a medias. Quedaron bastante satisfechos del curso, pero lo terminaron echando de menos el no disponer desde ese momento de ideas prácticas sobre cómo afrontar la educación sobre las drogas en su centro escolar. Sin embargo, parece que sí obtuvieron los conocimientos teóricos necesarios para poder imaginar y crear acertadamente los métodos educativos

más adecuados a cada situación. Es decir, parece que no obtuvieron soluciones concretas para la situación que había en cada unas de sus clases (algo extremadamente difícil de hallar en un curso introductorio de 28 horas), pero sí la posibilidad de hallarlas por sí mismos con su trabajo posterior.

Para nosotros el principal logro del curso fue que estos educadores acabaron más motivados por el tema que al principio y con deseos de continuar investigando. El que puedan plasmar o no su actual inquietud en realizaciones concretas depende en gran parte de los medios educativos que se pongan a su disposición. Es urgente la creación de centros de documentación sobre las drogodependencias, como ellos mismos pidieron, que ofrezcan el material y el asesoramiento necesario.

## Apéndice 1

### MATERIAL IMPRESO UTILIZADO EN EL CURSO

Además del material que reproducimos a continuación en este y en los siguientes apéndices, en el curso de educación sobre drogas para maestros se repartieron fotocopiadas estas publicaciones:

- NACIONES UNIDAS, **Uso indebido de drogas**. Ginebra, 1971. 19 p. Es un folleto que contiene información básica sobre varios tipos de drogas.
- WILLIAMS, L. “¿Por dónde se sale?”, en HOPKINS, J. (comp.), **El libro hippie**. Buenos Aires, Brújula, 1969. pp. 16-18. Este artículo sirvió de base para la discusión en grupo sobre la contracultura.
- RUBIO, E. “Drogas en Barcelona”. Por qué, 31-1-73. Este artículo se utilizó para comentar la actitud de cierta prensa hacia las drogas.
- BOGANI MIQUEL, E. **Conceptos básicos sobre el alcoholismo**. Valencia, Laboratorios Lefa. 8 p.
- ANTO, J. M. y J. MARTI. “Algunas posibilidades de actuación sanitaria en la escuela”. **Perspectivas pedagógicas**, núm. 31-32 (1977), pp. 66-69.
- “Ley 43/1974, de 28 de noviembre, sobre modificación de determinados artículos de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social” **Boletín Oficial del Estado**. núm. 237 (1974), pp. 24369-24372.
- YUSTE GRIJALBA, F. J. “Un punto de vista médico social sobre la dependencia de las drogas”. **Papers. Revista de Sociología**, núm. 5 (1976), pp. 183-208.

## CUESTIONARIO DE EVALUACION INICIAL

Con este cuestionario pretendemos tener una idea aproximada de la información que posees en torno a las drogas. Nos basaremos en sus resultados para terminar de programar este curso. Responde por favor con el mayor interés posible.

1. Cita todas las drogas que conoces o de las que has oído hablar.
2. ¿Cuáles crees que son las drogas que más se consumen en Barcelona? Cítalas por orden de importancia en cuanto a la extensión de su consumo

1.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 6.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

2.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 7.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

3.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 8.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

4.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 9.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

5.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 10.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

3. ¿Puede constituir un problema el uso de drogas? Razona la respuesta.

4. ¿Cuáles piensas que son las drogas que tienen efectos más peligrosos? Cítalas por orden de importancia en cuanto a sus efectos.

1.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 6.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

2.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 7.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

3.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 8.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

4.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 9.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

5.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 10.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

5. ¿Cuáles son los efectos que produce el hachís en el consumidor?
6. ¿Cuáles son los efectos de la marihuana?
7. ¿El alcohol es una droga? Aclara la respuesta.
8. ¿El tabaco es una droga? ¿Por qué?
9. ¿Qué sabes de la actual legislación española en torno a las drogas?
10. ¿Todos los que consumen drogas son drogadictos o toxicómanos? Razona la respuesta.
11. Señala una cruz en la respuesta que te parezca más apropiada. Los toxicómanos son:
- |                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| – preferentemente jóvenes           | ( ) |
| – preferentemente adultos           | ( ) |
| – preferentemente viejos            | ( ) |
| – de cualquier edad indistintamente | ( ) |
12. De la lista siguiente de palabras, señala aquéllas que crees que mejor definen a la mayor parte de los drogadictos:
- |                     |     |                             |     |
|---------------------|-----|-----------------------------|-----|
| – personas normales | ( ) | – creativos                 | ( ) |
| – revolucionarios   | ( ) | – delincuentes              | ( ) |
| – snobistas         | ( ) | – enfermos                  | ( ) |
| – inconformistas    | ( ) | – trastornados psicológica- |     |
| – alienados         | ( ) | – mente                     | ( ) |
| – hippies           | ( ) | – proselitistas             | ( ) |
| – degenerados       | ( ) | – otras:                    |     |

13. ¿Qué harías si observases que un alumno de tu clase está tomando drogas?
14. ¿Cuáles son, a tu juicio, las principales causas de las toxicomanías?
15. ¿Cómo crees que se podría solucionar el problema de las toxicomanías?
16. ¿Qué es una droga?
17. ¿Qué aspectos del tema de las drogas te parecen los más interesantes para ser tratados en este cursillo?

## CUESTIONARIO DE EVALUACION FINAL

Tu experiencia y sugerencias nos pueden ayudar a perfeccionar nuestra tarea. Te agradeceremos tu evaluación sobre el cursillo y te rogamos que nos contestes a las siguientes preguntas:

1.<sup>o</sup> ¿Cómo conocistes la existencia de este cursillo?:

- Recibí una carta del ICE (directamente o a través del centro de trabajo) . . . . . ( )
- Lo ví anunciado en las Facultades de Psicología y Pedagogía y/o en la Escuela de Magisterio . . . . . ( )
- Por un amigo . . . . . ( )
- A través de la radio . . . . . ( )
- Anunciado en la prensa . . . . . ( )
- Otros: . . . . . ( )
- . . . . .
- . . . . .

2.<sup>a</sup> ¿Cuáles crees que son las drogas que más se consumen en Barcelona?. Contesta por orden de importancia en extensión de consumo.

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  |
| 2. _____ | 7. _____  |
| 3. _____ | 8. _____  |
| 4. _____ | 9. _____  |
| 5. _____ | 10. _____ |

3.<sup>a</sup> Señala los aspectos que consideras más importantes para conocer la realidad de la droga:

- el tipo de droga que se consume . . . . . ( )
- las características de la persona que la toma . . . . . ( )
- la forma de consumo . . . . . ( )
- los castigos que imponen las leyes . . . . . ( )
- la opinión de la gente . . . . . ( )

4.<sup>a</sup> ¿Cómo definirías el alcoholismo?:

5.<sup>a</sup> De las siguientes sustancias, indica cuales producen dependencia física:

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| - opio . . . . . ( )        | - L. S. D. . . . . ( )       |
| - alcohol . . . . . ( )     | - barbitúricos . . . . . ( ) |
| - anfetaminas . . . . . ( ) | - heroína . . . . . ( )      |
| - hachis . . . . . ( )      | - tabaco . . . . . ( )       |

6.<sup>a</sup> ¿A quién consideras toxicómano o drogadicto?:

7.<sup>a</sup> ¿Piensas que se pueden establecer fácilmente los factores que influyen en el abuso de drogas? ¿Por qué?

8.<sup>a</sup> ¿Existen medidas que permitan abordar el fenómeno del abuso de drogas con eficacia? Indica las que consideres más importantes.

9.<sup>a</sup> ¿Qué harías, si un alumno llegara algún día drogado a clase?:

- Trataría de hablar con él . . . . . ( )
- Consultaría a un especialista . . . . . ( )
- Lo echaría de clase . . . . . ( )
- Llevaría el problema al claustro de profesores . . . . . ( )
- Llamaría a la policía . . . . . ( )
- No diría nada . . . . . ( )
- Otros: . . . . .

10.<sup>a</sup> ¿Piensas que es posible llevar a cabo la educación sobre drogas dentro del centro escolar? ¿Cómo?

11.<sup>a</sup> ¿Cuál es tu opinión personal del cursillo?

Monitores:	Excelente	Bien	Satis- factorio	Defi- ciente	Malo
1. Claridad de expresión . . . . .	4	3	2	1	0
2. Preparación demostrada . . . . .	4	3	2	1	0
3. Experiencia personal demostrada . . . . .	4	3	2	1	0
4. Comunicación conseguida con los asistentes . . . . .	4	3	2	1	0
<b>Programa:</b>					
1. Contenido . . . . .	4	3	2	1	0
2. Nivel de la exposición . . . . .	4	3	2	1	0
3. Aplicabilidad . . . . .	4	3	2	1	0
4. Duración . . . . .	4	3	2	1	0
<b>Otros:</b>					
1. Grado de asimilación de lo que se ha expuesto . . . . .	4	3	2	1	0
2. Organización en general . . . . .	4	3	2	1	0
3. Horario . . . . .	4	3	2	1	0
4. Duración de las sesiones . . . . .	4	3	2	1	0

— Añade tu comentario personal a otros aspectos que desees destacar:

- 12.<sup>a</sup> En tu opinión, ¿qué modificaciones introducirías al cursillo, tanto a nivel de monitores, contenido y metodología?

- 13.<sup>a</sup> ¿Qué has obtenido de la asistencia al cursillo?

- una mayor información ..... ( )
- un acercamiento a un hecho desconocido ..... ( )
- una gran desorientación ..... ( )
- ideas prácticas de aplicabilidad en la escuela ..... ( )
- interés por adquirir una mayor formación personal en este campo ..... ( )
- Otros: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## CUESTIONARIO SOBRE EL ALCOHOL, de F. PIQUERAS

(Informe sobre el alcoholismo. Oviedo, Naranco, 1973. pp. 7-9)

*Pruebe sus conocimientos acerca del alcoholismo.**Compare sus resultados con otras personas utilizando la clave al final.**"V" = verdadero. "F" = falso.**Uselo con su familia y con sus amigos.**Tome de él material para discusión de grupos.**Estas y muchas otras preguntas están contestadas a través del libro que tiene en sus manos.*

		V.	F.
1.	El alcoholismo es una enfermedad ... ..	—	—
2.	El alcoholismo tiene más de vicio que de enfermedad ... ..	—	—
3.	El alcoholismo, aunque sea una enfermedad, es autoinfligida, es decir, se la causó el mismo individuo ... ..	—	—
4.	No todos los bebedores pueden llegar a convertirse en alcohólicos	—	—
5.	Una vez alcohólico, siempre alcohólico ... ..	—	—
6.	El alcoholismo es solo un mal hábito ... ..	—	—
7.	La medicina apropiada hará que el alcohólico deje de beber ...	—	—
8.	Lo que el alcohólico necesita para dejar de beber es fuerza de voluntad ... ..	—	—
9.	La mayoría de los alcohólicos no pueden dejar de beber sin ayuda exterior ... ..	—	—
10.	Los alcohólicos beben porque les gusta ... ..	—	—
11.	Lo único malo en un alcohólico es que bebe demasiado ... ..	—	—
12.	El beber bebidas alcohólicas es malo ... ..	—	—
13.	El mejor modo para acabar con el alcoholismo es prohibir la venta de licores ... ..	—	—
14.	Todos los alcohólicos son iguales ... ..	—	—
15.	La mayor parte de alcohólicos no se distinguen en nada de mí mismo. No se les conoce por la "pinta" ... ..	—	—
16.	Una persona no puede ser alcohólica si bebe solo cerveza ... ..	—	—
17.	Los alcohólicos, como grupo, tienen una inteligencia por debajo de la media normal ... ..	—	—
18.	El alcoholismo no se cura, solo se evita que progrese ... ..	—	—
19.	El alcohol no es un estimulante, sino un depresor ... ..	—	—
20.	Un alcohólico dejaría de beber si realmente quisiera a su mujer e hijos más que a la botella ... ..	—	—

- |   | V. | F. |
|---|----|----|
| 21. Muchas veces la esposa de un alcohólico es la causa de que él beba  | —  | —  |
| 22. No se puede ser alcohólico si no se beben bebidas blancas ... ..  | —  | —  |
| 23. Los alcohólicos son seres débiles de cuerpo y alma ... ..   | —  | —  |
| 24. Es fácil que un alcohólico se vuelva adicto a las drogas ... ..   | —  | —  |
| 25. A la mayor parte de los alcohólicos no les gusta el alcohol ... ..  | —  | —  |
| 26. Los alcohólicos solo se quieren a sí mismos ... ..  | —  | —  |
| 27. Es fácil dejar de beber una vez que uno ha tomado la decisión de hacerlo ... ..                                       | —  | —  |
| 28. Si un alcohólico tuviera un buen trabajo y una buena esposa dejaría de beber para siempre ... ..                      | —  | —  |
| 29. El alcohol es la causa del alcoholismo ... ..   | —  | —  |
| 30. Se puede ser alcohólico y no emborracharse con frecuencia, o incluso nunca ... ..                                     | —  | —  |
| 31. El alcoholismo no se hereda ... ..  | —  | —  |
| 32. Los alcohólicos beben porque quieren; podrían dejar de beber si realmente lo quisieran ... ..                         | —  | —  |
| 33. Un alcohólico debe mudarse de casa a otro barrio donde nadie le conozca y empezar una nueva vida ... ..               | —  | —  |
| 34. La mayor parte de los alcohólicos proceden de clases sociales bajas ... ..  | —  | —  |
| 35. Los alcohólicos deberían ser castrados para que no puedan procrear hijos alcohólicos ... ..                           | —  | —  |
| 36. A los alcohólicos no se les puede ayudar, a no ser que ellos lo pidan ... ..  | —  | —  |
| 37. Todos los problemas del alcohólico le vienen por beber demasiado  | —  | —  |
| 38. Un alcohólico bien curado no puede controlarse aunque beba pequeñas cantidades de cerveza ... ..                      | —  | —  |
| 39. Bebedores sociales y alcohólicos beben por muy distintas razones  | —  | —  |
| 40. La mayor parte de los alcohólicos no desean dejar de beber ...  | —  | —  |
| 41. Alcohólicos verdaderos solo son los ambulantes que se ven en las cunetas, pordioseros, gente sin trabajo, etc. ... .. | —  | —  |
| 42. No todos los alcohólicos tienen que beber todos los días ... ..   | —  | —  |
| 43. Una vez que el alcohólico deja de beber, sus problemas están resueltos ... ..   | —  | —  |
| 44. Los alcohólicos beben excesivamente, sobre todo, porque les gusta el sabor de la bebida ... ..                        | —  | —  |
| 45. No se haría uno alcohólico si se rebajara el licor con agua ... ..  | —  | —  |
| 46. Sin viñedos y lagares no habría alcoholismo ... ..  | —  | —  |

## CLAVE DE CONTESTACIONES

V. VERDADERA

F. FALSA

1. V	13. F	25. V	37. F
2. F	14. F	26. F	38. V
3. F	15. V	27. F	39. V
4. V	16. F	28. F	40. F
5. V	17. F	29. F	41. F
6. F	18. V	30. V	42. V
7. F	19. V	31. V	43. F
8. F	20. F	32. F	44. F
9. V	21. F	33. F	45. F
10. F	22. F	34. F	46. F
11. F	23. F	35. F	
12. F	24. V	36. F	

## Apéndice 2

## CENTROS DE TERAPIA DEL ALCOHOLISMO Y DE LAS OTRAS DROGODEPENDENCIAS EXISTENTES EN BARCELONA Y PROVINCIA

## BARCELONA

- ALCOHOLICOS ANONIMOS. GRUPO CENTRAL. Notariado 3, principal. Mixto
- ALCOHOLICOS ANONIMOS. GRUPO 72. Rambla de Santa Mónica, 7. Mixto.
- CENTRO DE ALCOHOLISMO E HIGIENE MENTAL (GRUPO TERAL). Sils, 1. Martes y Jueves, de 5 a 8. Privado, pero de tipo social. Mixto.
- HOSPITAL CLINICO PROVINCIAL. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA. JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD, Casanovas, 143. T. 253 58 51. Martes y Jueves, de 3 a 7.30. Tienen una ASOCIACION DE ALCOHOLICOS REHABILITADOS vinculada a este hospital. Mixto.
- HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO. SERVICIO DE PSIQUIATRIA. San Antonio M.<sup>a</sup> de Claret, 167. t. 235 99 35. Mixto. Pedir hora. Sólo tratamiento individual, no de grupo.
- INSTITUTO MEDICO PSICOTERAPEUTICO. Balmes, 200, ático 3 y 10 t. 227 97 09. Privado.
- INSTITUTO MUNICIPAL DE PSIQUIATRIA DE URGENCIAS. Camino Ciento de Valldaura, s/n. t. 357 74 00 y 357 22 62.
- INSTITUTO DE REINSERCIÓN SOCIAL (IRES). Capellans 2, 1.<sup>a</sup> t. 301 02 50 No hacen terapias, pero sí pueden prestar asistencia jurídica a drogodependientes presos o facilitarle el contacto con un terapeuta.
- RESIDENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL "FRANCISCO FRANCO" Valle de Hebrón, s/n. t. 247 14 00 Servicio de Medicina Psicosomática y Psiquiatría.

## HOSPITALET:

- CENTRO DE HIGIENE MENTAL. Martí Colodar, 44 - 46, entlo. 6.<sup>a</sup> - Lunes, Miércoles y Viernes de 5 a 8.
- DISPENSARIO DE SANTA EULALIA. Santa Eulalia, 103.

## SANT BOI:

- HOSPITAL PSIQUIATRICO. Dr. Pujadas, 26. t. 351 00 16.

## SANTA COLOMA:

- CLINICA MENTAL DE SANTA COLOMA. SERVICIO DE ALCOHOLISMO.
- CENTRO SANTA ROSA (alcohólicos rehabilitados). Banús Baja, s/n. (esquina calle Blanda)

**SAN ADRIAN DEL BESOS:**

Llamar para informarse al Dr. Fernando Blanco, médico de urgencias de La Mina. teléfono 381 22 40 y 318 17 09.

**BADALONA:**

- AGRUPACION DE ALCOHOLICOS. Pza. Rector Rifé, s/n. - t. 380 30 22. Martes y Viernes, de 8 a 9 de la tarde.

**MANRESA:**

- DISPENSARIO ANTIALCOHOLICO. Plaza de la Independencia, 3. Mañanas: Lunes, Miércoles y Viernes. Tardes: todas, excepto el Jueves. Privado, pero de ámbito social.

**SAN FELIU DE CODINAS:**

- ALCOHOLICOS ANONIMOS. Amargura, 7.

**SABADELL:**

Hay una asociación de alcohólicos rehabilitados.

**MATARO:**

Igualmente.

## Apéndice 3

## CENTROS DE DOCUMENTACION SOBRE LAS DROGODEPENDENCIAS

No existe todavía ninguno en Barcelona. Entre tanto se crea, puede recogerse alguna información en los siguientes lugares:

- BIBLIOTECA de la FACULTAD DE MEDICINA y del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Central de Barcelona (Hospital Clínico).
- CENTRO DE ESTUDIOS DE ALCOHOLOGIA Y TOXICOMANIAS (CEAT). Hospital Clínico Provincial. Departamento de Psiquiatría. c/. Casanovas, 143.
- DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA CLINICA de la Universidad Autónoma (Bellaterra).
- GABINETE DE ASESORIA Y PROMOCION DE LA SALUD (GAPS) del Colegio de Médicos de Barcelona. Paseo de la Bonanova, 47. t. 211 47 00. De 3 a 9 horas (p.m.)
- INSTITUTO MUNICIPAL DE HIGIENE. Sección de Educación Sanitaria. Plaza F. Lesseps, 1. t. 218 18 00.

A nivel nacional ocurre lo mismo: tampoco hay ningún centro de documentación sobre las drogodependencias, por ahora. Puede acudir a:

- CENTRO NACIONAL DE INFORMACION Y DOCUMENTACION CIENTIFICA (CENIDOC) Vitrubio, 4 - 6.<sup>o</sup> - Madrid-6. t. 262 77 55 y 262 77 54.  
Ofrecen bibliografía científica internacional sobre cualquier tema que se les solicite. Otro servicio que ofrecen es el de fotocopiar cualquier artículo de cualquier revista (nacional o extranjera). Funcionan bien y rápido, aunque con bancos de datos preferentemente norteamericanos.
- DIRECCION GENERAL DE SANIDAD. SUBDIRECCION DE MEDICINA PREVENTIVA. Negociado de Alcoholismo y Toxicomanías. Plaza de España, 17. Madrid-3.
- GRAN HOSPITAL DEL ESTADO. UNIDAD DE EDUCACION EN SALUD MENTAL. Diego de León 62, 6.<sup>a</sup> planta. Madrid-6.
- HOSPITAL PSIQUIATRICO PROVINCIAL. SERVICIO DE ALCOHOLICOS Y TOXICOMANOS. Bétera (Valencia) t. 310.  
Editan la única revista española especializada en estos temas: "Drogalcohol". Se puede recibir gratuitamente escribiendo al Dr. Rafael Herrero Lorenzo, Secretario de Redacción, Servicio de Alcohólicos y Toxicómanos, Hospital Psiquiátrico Provincial, Bétera (Valencia).

## Apéndice 4

## ACTIVIDADES EDUCATIVAS CONCRETAS

4.1. PROGRAMA PARA LA ENSEÑANZA PRIMARIA (6 - 9 años) <sup>1</sup>

Tras varios años de amplias investigaciones y perfeccionamiento en las esferas interrelacionadas de la psicología infantil, la educación y la comunicación creadora, la Dirección de uso no médico de drogas, del Servicio de Sanidad y Asistencia Social del Canadá, ha terminado de preparar un programa de educación en materia de drogas "El agujero de la valla" destinado a prevenir el uso indebido de drogas mediante la insistencia en los valores positivos; el programa está empezando a aplicarse en las escuelas primarias de todo el país.

Se trata de un programa vivo de educación práctica, destinado a niños de seis a nueve años de edad. Su finalidad a largo plazo es reducir la incidencia del uso indebido de drogas.

El programa es el resultado de la necesidad muchas veces expresada de material educativo a la vez preparatorio y preventivo relacionado con las decisiones que en lo futuro habrá de tomar el niño en cuanto al "uso de drogas".

En los últimos años al aumentar la complejidad de los problemas que se planteaban era cada vez más difícil para las instituciones sociales responder a la necesidad creciente de educación sobre drogas. La situación se agravó al comprobarse que se necesitaba material educativo para niños de mucha menor edad, y que era prácticamente imposible adaptar para ellos el material existente. Los niños se encuentran ahora en su vida diaria ante situaciones que exigen una reacción más madura. En otras palabras, los niños se ven obligados a madurar a una edad mucho más temprana.

En el programa se identifican problemas y cuestiones que se consideran directamente relacionadas con tal necesidad.

Este programa es una manera de abordar el complejo problema de la educación en materia de drogas. Procura estimular el desarrollo de valores y de capacidades que ayudarán al niño a formular decisiones acerca del empleo de drogas en relación con todo el resto del comportamiento personal y social.

La bibliografía pedagógica actual y la evaluación del material básico existente coinciden en que es preferible abordar la enseñanza que en relación con las drogas se imparte a niños de esa edad con conocimientos prácticos en vez de utilizar materiales relacionados con las sustancias.

(1) Tomado de la *Carta de Información (julio 1976) de la División de Estupefacientes de las Naciones Unidas*, pp. 3-4.

El objetivo general del programa es que los niños, que no se interesan todavía por el uso de las drogas, estén más adelante en condiciones de hacer frente a situaciones que podrían llevarlos al uso indebido de drogas. **A corto plazo, el programa desarrollaría en el niño la conciencia de sí mismo y de los demás: su confianza en sí mismo y su propia estimación. Estimularía la comunicación y los trabajos prácticos en grupo. A largo plazo, el programa contribuiría a prevenir y reducir la incidencia del uso indebido de drogas en la sociedad canadiense.**

## **METODO UTILIZADO**

“El agujero de la valla” se compone de tres elementos integrados: **un libro de cuentos, y una guía del maestro y un programa de actividades enriquecedoras.**

En el **libro de cuentos** hay 19 cuentos escritos en forma alegórica. Cada hortaliza representa un tipo de carácter o una modalidad de comportamiento. Cada situación real ha sido cuidadosamente elegida por su pertinencia respecto de los objetivos del programa.

La **guía del maestro** contiene la exposición razonada del programa y sus objetivos, así como planes de las clases para que los maestros no tengan que perder un tiempo valioso en su preparación. En estos planes se proponen temas de discusión y se sugieren actividades relacionadas con el tema de cada cuento. La finalidad de tales actividades es reforzar y consolidar la enseñanza derivada de los cuentos. Gran parte de las actividades se basan en material práctico ya utilizado en las aulas.

El **programa de actividades enriquecedoras** se ha elaborado con miras a dar una dimensión práctica a las situaciones reales reflejadas en los cuentos. Sugiere actividades que se derivan de los conceptos contenidos en el libro de cuentos. Este programa de actividades se puede utilizar en combinación con el libro de cuentos, ya sea al mismo tiempo o después de haber terminado el libro.

## **NOTA**

*Se entiende aquí por “droga” el tabaco, la cola y los solventes, el alcohol, medicamentos que se obtienen mediante receta, medicamentos empleados en la automedicación y las drogas ilícitas.*

## Resumen de algunos capítulos de "EL AGUJERO DE LA VALLA"

Cada uno de los personajes se dirige a una reunión secreta con Seta en el agujero de la valla. Resulta especialmente emocionante porque Seta les ha dicho que ningún adulto debía enterarse de la reunión.

### Objetivos

#### Soluciones mágicas

Cuando llega Seta, les habla de otro jardín en que todos eran desgraciados hasta que una buena Seta, muy parecida a ella, les dió un jarabe mágico. Les dice que ese jarabe les hace olvidar todos sus problemas y les permite ser todo lo que quieren ser.

Demostrar que:

- algunas personas les ofrecerán soluciones "mágicas" para sus problemas en vez de soluciones racionales.
- las personas adoptan actitudes diferentes frente a lo "mágico".

#### Aspiración a ser como los demás

Cuando Col de Bruselas dice a todos que va a ser alta y fuerte como el Sr. Repollo, se burlan de ella. Se marcha y toma el jarabe mágico convencida de que el jarabe la hará alta y fuerte. Más tarde creyéndose alta y fuerte, hace frente a Pepino, y se demuestra que el jarabe mágico no da resultado.

Demostrar que:

- el "pensamiento mágico" destruye las formas lógicas de encontrar soluciones,
- la presión social puede incitar a buscar soluciones "mágicas" inmediatas.

#### Prejuicio y discriminación

Están todos juntos al agujero de la valla esperando que llegue Berenjena, que se muda al jardín. Cuando el Sr. Coliflor ve que Berenjena es morada, dice a todos que deben marcharse inmediatamente y no tener relación alguna con Berenjena que es de otro color. Llega Berenjena, y no hay allí nadie para darle la bienvenida.

Demostrar que:

- es injusto juzgar a otras personas por su color o su origen étnico. Mostrar la influencia que puede tener una etiqueta en la actitud que se adopta frente a otra persona.
- Animar al niño que diga lo que piensa cuando cree tener razón.
- Ver en qué forma se puede recibir a los extraños o a los recién llegados.

## La presión colectiva

Rabanillo convence a algunos amigos para que le acompañen a robar el bastón del Sr. Coliflor. Cebolla, a quien no le apetece ir, va por temor a ser rechazada. En cambio, Maíz se niega a acompañarlos. El Sr. Coliflor pilla a Cebolla y le pega. Al regresar, Cebolla ve que todos juegan con Maíz. Comprende que Maíz no ha sido rechazado y decide no volver a hacer nada que le parezca mal.

Demostrar que:

- Sean cuales fueren los motivos, robar está mal.
- Señalar que la presión social no debe obligar necesariamente a adoptar una posición con la que no se está de acuerdo.
- Señalar que, frente a dos posibilidades contradictorias, se deben evaluar las dos y elegir la que implique una pérdida menor.

## Uso médico de drogas

Cebolla se siente mal. Patata sale corriendo en busca del médico, que examina a Cebolla y ve que tiene gripe. El médico escribe una receta, que Patata lleva a la farmacia, y Cebolla se pone pronto buena.

Demostrar que a veces

- una persona se siente mal porque está enferma, y que, en tal caso, una medicina contribuirá a que se sienta mejor.
- Hacer hincapié en que las medicinas prescritas deben tomarse como diga el médico.

## EVALUACION

Se hicieron una serie de estudios de evaluación con niños de las edades previstas en el programa. Al principio, los estudios se efectuaron con grupos de ocho niños para determinar únicamente la aplicabilidad y la pertinencia conceptual. Una vez terminado el primer proyecto de libro de cuentos, la evaluación se centró en los niveles de comprensión.

El resultado significativo fue el sorprendente entusiasmo con que los niños recibieron el material. En general, aceptaron inmediatamente a los personajes hortalizas, se identificaron con ellos y comprendieron los conceptos implicados en los cuentos. La retroacción, decisiva para el proceso de aprendizaje, se consideró "superior a lo que cabía razonablemente esperar".

## 4. 2. PROGRAMAS DE AYUDA A LOS JOVENES Y A LAS FAMILIAS

El programa estará estrechamente relacionado al programa de Desarrollo del Joven y la Comunidad, complementando el área de prevención terciaria. Se espera localizar cada centro de Ayuda a Jóvenes y Familias en áreas cercanas a no menos de tres (3) centros comunitarios (Programa Desarrollo del Joven y la Comunidad).

### A. Metas del programa.

1. Promover la reducción de conductas relacionadas con síndromes o patrones de disturbios emocionales transitorios situacionales leves o moderados que afectan la familia puertorriqueña, en especial los jóvenes adolescentes y pre-adolescentes, haciéndoles propensos al uso y abuso del alcohol y sustancias controladas.
2. Fomentar y promover relaciones interpersonales que permitan mantener conductas adecuadas dirigidas al desarrollo de destrezas de comunicación efectiva, análisis de situaciones y toma de decisiones en el núcleo familiar y personas relacionadas.
3. Lograr motivar y ayudar a las familias puertorriqueñas para que busquen y desarrollen oportunidades de comunicación y participación familiar (actividades sociales, reuniones familiares y/o diálogo entre los miembros de la familia).
4. Lograr como consecuencia de la implementación de las metas anteriores, reducir conductas sociales desviadas asociadas a la familia o miembros de éstas.
5. Fortalecer en el adolescente y su familia una serie de destrezas cognoscitivas que promueven la integración y funcionamiento del núcleo familiar y sus miembros.
6. Ayudar al joven a alcanzar un ajuste adecuado a su medio ambiente social, familiar y comunal a través del desarrollo de patrones conductuales que no conflijan con los valores que predominan en la familia y nuestra sociedad.

### B. Objetivos del programa para la población a ser atendida.

1. De acuerdo a las necesidades y a los recursos disponibles que se vayan identificando en las diferentes regiones del país, comenzar a operar tres (3) Centros de Ayuda a Jóvenes y Familias durante el primer año y añadir uno por cada año subsiguiente.
2. Reducir en un 50 % o más los niveles de ansiedad y estados emocionales relacionados (tensión, depresión, frustración, etc.) a través de una intervención de tratamiento psicofarmacológico de un mínimo de duración de diez (10) a quince (15) horas.
3. Identificar a un promedio de 200 personas por centro por año para ofrecerle actividades de prevención secundaria y terciaria.

- a) Servir de recursos y mediadores para el desarrollo de un proceso de aprendizaje (tratamiento psicoprofiláctico) a través del cual se logren reducir los índices de ansiedad, tensión, frustración, o depresión relacionados con disturbios emocionales transitorios y situacionales y otros desajustes que puedan llevar a problemas sicosociales.
4. Proveer información, orientación y evaluación relacionada con oportunidades y/o destrezas vocacionales para el estudio y trabajo.
  5. Lograr atender un mínimo de 500 jóvenes por centro por año mayormente jóvenes adolescentes y pre-adolescentes en áreas relacionadas con la orientación vocacional.
  6. Proveer servicios de diagnósticos sicosociales con el fin de trazar planes de ayuda individual y/o familiar relacionados con problemas emocionales, transitorios y situacionales, o poder hacer referidos adecuados para los casos que requieren tratamiento más prolongado o intensivo.  
La evaluación cubrirá áreas de funcionamiento cognoscitivo, relaciones intra e interpersonales, perfil general de personalidad y niveles de ansiedad.
  7. Desarrollar dentro del tratamiento psicoprofiláctico un proceso educativo dirigido a fortalecer y/o desarrollar las siguientes áreas de relaciones sicosociales:
    - a) Comunicación
    - b) Análisis de consecuencias, causas y cambios
    - c) Producción y/o modificación de conducta y actitudes
    - d) Toma de decisiones
    - e) Autoconcepto y autorealización
  8. Proveer experiencias a grupos de jóvenes y/o familias donde a través del análisis de las dinámicas envueltas los individuos logren verbalizar sus problemas y compartir soluciones (grupos sociodinámicos y/o sicoterapéuticos).  
Se logrará aumentar en un 50 % o más estas verbalizaciones.
  9. Enfatizar un enfoque familiar para el desarrollo y fortalecimiento de esta unidad con el fin de que se capacite en la brega de manejo de conflictos familiares. Se pretende llegar a un promedio de 100 familias por centro al año.
  10. Fomentar, guiar y orientar a las familias en el desarrollo de actividades sociales en conjunto. Se utilizarán en coordinación el Departamento (D. S. C. A.) las facilidades de los Campamentos de Sana Convivencia para el desarrollo de campamentos familiares de modalidad educativa y recreativa.

### C. Población a ser atendida (Clientela)

Nuestra familia contemporánea está siendo impactada, día a día, por los cre-

cientes cambios sociales, tecnológicos y económicos. Estos cambios constantes general lo que Alvin Toffler llama "Future Shock", que no es otra cosa que los estados emocionales y/o psicosociales que resultan del constante cambio y que pueden llevar a problemas psicosociales.

La familia hoy día tiene la necesidad de servir de amortiguadora de estos constantes cambios y sus resultados.

Observamos, no obstante, que no se ha desarrollado en la familia la destreza, habilidad o pericia para llevar a cabo esta función plenamente.

Debido a las razones antes expuestas el programa de Ayuda a Jóvenes y Familias va dirigido a las familias y jóvenes pre-adolescentes y adolescentes vulnerables a problemas psicosociales.

Entiéndase por familia, un sistema social compuesto por personas de estrecha relación, que viven bajo el mismo techo, con una intención de continuidad como unidad familiar vinculados por unos lazos legales y/o afectivos de reconocimiento recíproco de que son parte de esa unidad familiar y que son interdependientes para la satisfacción de sus necesidades básicas y el cumplimiento de sus funciones sociales. Esta definición puede incluir lo que tradicionalmente se ha entendido como familia extendida, lo que conocemos como familia nuclear, la familia legal (o por matrimonio) y la familia consensual.

La definición excluye adultos viviendo solos y/o dos o más personas del mismo sexo viviendo juntos que no tengan parentesco o lazos legales.

La clientela donde se espera concentrar esfuerzos es en las familias y los jóvenes entre nueve (9) y veinticuatro (24) años (pre-adolescentes, adolescentes y adultos jóvenes).

De la población que se recomienda impactar en base a recomendaciones derivadas del Estudio Sobre la Violencia, en Puerto Rico (D. S. C. A. 1970) se desprenden las áreas este, noreste y sureste como en necesidad de servicios preventivos a todos los niveles.

#### D. Servicios que se ofrecen

1. Psicológicos
2. Psiquiátricos
3. Sociales
4. De orientación
5. Conserjería
6. Educativos

## E. Actividades a desarrollarse

### 1. Actividades generales

- a) Diseñar, producir y/o recopilar instrumentos para diagnosticar los problemas y para evaluar los procesos de intervención.
- b) Diseñar formularios para recopilar los datos relacionados a las intervenciones y los datos necesarios para evaluaciones a corto plazo.
- c) Diseñar las encuestas y/o cuestionarios de actitudes o patrones de conducta relacionados a los objetivos del programa a largo plazo.
- d) Desarrollar un adiestramiento del personal con el objetivo de:
  1. Propiciar una atmósfera de equipo de trabajo (conocerse personal y profesionalmente antes de empezar a trabajar).
  2. Identificar los recursos del equipo en áreas relacionadas con intervención familiar e individual.
  3. Recapitular conocimientos técnicos y destrezas necesarias para la consecución de los objetivos.
  4. Recapitular conocimientos sobre los problemas sicosociales de las familias puertorriqueñas.
  5. Recapitular los servicios disponibles en nuestro país en beneficio de la familia.
  6. Identificar áreas de necesidades para la consecución de los objetivos.
- e) Familiarizarse con la comunidad a impactar, desarrollar un proceso de entrada e identificar líderes e instituciones o recursos de la comunidad que sirvan para promover el programa y sus objetivos.

### 2. Actividades dirigidas a la clientela.

- a) Grupos sociodinámicos y/o sicoterapéuticos. Se intenta desarrollar en cada Centro seis (6) grupos de diez (10) a quince (15) personas que se reunirán por un mínimo de dos (2) horas semanales, durante seis (6) semanas, doce (12) horas.
- b) Grupos de Orientación.  
Se intenta desarrollar tres (3) grupos de quince (15) a veinte (20) personas que se reunirán por un mínimo de cinco (5) horas para cubrir temas de orientación general relacionados a nuestros objetivos. Estos grupos se irán rotando luego de las cinco (5) horas y se continuará con otros grupos nuevos. De estos grupos se pueden ir identificando, en conjunto con las evaluaciones psicosociales, si alguno de los miembros se beneficiaría de los grupos sociodinámicos y/o sicoterapéuticos.
- c) Se desarrollará un proceso de evaluaciones sociales, psicológicas,

psiquiátricas y vocacionales para los clientes considerados o bajo ayuda del Centro.

- d) Se desarrollarán actividades de orientación vocacional, individual, o grupal, de acuerdo a la particularidad de las situaciones y orientación en cuanto a servicios disponibles.
- e) Grupos para la orientación o tratamiento psicoprofiláctico de familias como unidad de parentesco o como unidades de dos o más familias que compartan necesidades similares. El número de estos grupos no debe exceder la posibilidad de manejo de acuerdo a los recursos disponibles. Debe haber un mínimo de un recurso por cada diez (10) a quince (15) personas en un momento dado. El período de tiempo de vida de estos grupos debe partir de un mínimo de quince (15) horas distribuidas en un período de tiempo razonable que no exceda de cinco (5) meses.
- f) Discusión de casos o situaciones entre el equipo de tratamiento y/o con las personas pertinentes que se identifiquen como recursos en la terapia o evaluación de los casos.  
Se mantendrá siempre la confidencialidad que de antemano se haya establecido con el cliente de acuerdo a la ética prevalescente. Las "reglas del juego" (relación entre recursos del equipo y la clientela) deben quedar clara para este y cualquier otro grupo o individuo al que se le dé servicio.
- g) Fomentar actividades sociales que promuevan el compartir en familia (Ejemplo: campamentos, giras, pasadías, excursiones, etc.) y en estrecha colaboración con los demás programas preventivos de la Secretaría Auxiliar de Prevención.
- h) Referimiento de casos a otras agencias o programas del D.S.C.A. con el fin de complementar los servicios y las actividades.
- i) Terapias individuales dirigidas a ayudar al participante a bregar en forma efectiva con sus problemas o limitaciones. Estas serán complementadas con otras actividades en las cuales se envuelva el núcleo familiar<sup>1</sup>

---

(1) *Estado libre asociado de Puerto Rico.  
Departamento de Servicios contra la Adicción  
(folleto multicopiado).*

## Apéndice 5

## BIBLIOGRAFIA BASICA SOBRE DROGAS PARA LOS EDUCADORES

La finalidad de esta bibliografía es ayudar a la capacitación de los educadores para la prevención del abuso de drogas desde el mismo centro escolar. De entre la multitud de publicaciones existentes, se han seleccionado sólo aquellas que a nuestro juicio son las que más sirven para esta finalidad. Hemos procurado elegir textos escritos en lengua castellana o catalana y que sean de fácil acceso para la persona no especializada en el campo de las toxicomanías.

## PUBLICACIONES GENERALES

- Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías, 18 (Sevilla, 1972). Laboratorios Liade, Madrid, 1973. 367 p.
- DAUFI, L. (Comp.), *La verdad sobre la droga*. Promoción cultural, Barcelona, 1973. 163 p.
- ESPAÑA. GRUPO DE TRABAJO. "Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes". *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, Madrid, Vol. 49, núm. 5-6 (1975), pp. 409-573
- GUERRA, F. y otros. *La droga, problema humano de nuestro tiempo* Madrid. Seminarios y Ediciones, 1974. 250 p.
- KRAMER, J. F. y CAMERON. *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1975.
- LAPORTE i SALAS, J. *Les drogues*. Barcelona. Edicions 62, 1976. 190 p.
- MCGRATH, J. H. y F. R. SCARPITTI (comp.). *La adicción a las drogas en la juventud actual*. Buenos Aires, Paidós, 1973. 438 p.
- OUGHOURLIAN, J. M. *La persona del toxicómano*. Barcelona, Herder, 1977. 327 p.
- PAWLAK, V. *Concientous guide to drug abuse*. Phoenix, Arizona, Az., Do It Now Foundation, 1975. 40 p.
- RAVENTOS, M. P., M. TRIAS y S. BARRIGA. "Aspectos psicosociales del mundo de la droga en Barcelona". *Revista de Psicología General y Aplicada*, núm. 141-142 (1976), Madrid. pp. 1075-1078.

- UNESCO. **La verdad sobre la droga**. Madrid, Iberoamericana, 1973, 160 p.
- UIPE. GROUPE D'EXPERTS POUR L'ENFANCE DELINQUANTE ET SOCIALMENT INADAPTEE. **Traitement et mesures concernant les jeunes face à la drogue. Approches sociale, psychologique et légale**. (Copenhague. 1971). Genève, 1971, 78 p.
- UIPE. "Abus de drogues: recents developpements". **Revue Internationale de l'Enfant**, Genève, núm. 24 (1975), pp. 45-104.
- World congress for the prevention of alcoholism and drug dependency (Acapulco, 1976). **Report**. Michigan, International Comission for the Prevention of Alcoholism-University Press, 1977.
- YUSTE GRIJALBA, F. J. "Un punto de vista médico social sobre la dependencia de las drogas". **Papers. Revista de Sociología**, Barcelona, núm. 5 (1976), pp. 183-208.
- Revistas en lengua castellana:
  - **Boletín de estupefacientes** Editada por la División de Estupefacientes de las Naciones Unidas, Ginebra. Trimestral. Suscripción: Librería Bastinos, Pelayo 52, Barcelona.
  - **Carta de Información**. Editada por la División de Estupefacientes de las Naciones Unidas, Ginebra. Mensual. Suscripciones: Nations Unies, Section de la Distribution et des Ventes, CH-1211 Genève 10. Suisse.
  - **Drogalcohol**. Editada por el Servicio de Alcohólicos y Toxicómanos del Hospital Psiquiátrico Provincial, Bétera (Valencia). Trimestral. Suscripción gratuita.

#### PUBLICACIONES SOBRE DROGAS ESPECIFICAS

- BACH i BACH, L. y F. FREIXA i SANTFELIU. **Qué es el alcoholismo**. Barcelona, La Gaya Ciencia, 1977. 80 p.
- BOGANI MIQUEL, E. **El alcoholismo, enfermedad social**. Barcelona, Pulso, 1971.
- HOMAN, U. **La marihuana**. Caracas, Monte Avila, 1976. 216 p.
- KLEIN, D. **Todo lo que usted siempre quiso saber sobre la mariguana**. México, V Siglos, 1974. 155 p.
- LEREBOLLET, J. **L'alcoolisme**. Paris, J. B. Bailliére, 1972. 266 p.

- ODERMATT, J. **L'alcool aujourd'hui**. Lausanne, Secrétariat Antialcoolique Suisse, 1974. 183 p.
- OMS. GRUPO DE ESTUDIO. "Consecuencias del tabaco para la salud". **Serie de Informes Técnicos**, núm. 568 (1974).
- PIQUERAS, F. **Informe sobre el alcoholismo**. Oviedo, Naranco, 1973. 231 p.
- RODRIGUEZ-MARTOS DAUER, A. y J. M. FERNANDEZ HUERTAS GARCIA, "Estudio orientativo acerca del consumo alcohólico por parte de una población muestral escolar de Barcelona y provincia". **Revista de Psicología General y Aplicada**, núm. 141-142 (1976), pp. 1079 - 1091.
- SNUDER, S. H. **Usos de la marihuana**. Buenos Aires, intermédica, 1975. 150 p.
- STACKER, K. H. y U. BARTAMANN. **Psicología del fumar**. Barcelona, Herder, 1977. 138 p.

#### ETIOLOGIA DEL ABUSO DE DROGAS (FACTORES QUE INFLUYEN)

- "El alcoholismo; cuestión política". **Biblioteca Rekalde**, Bilbao, núm. 2.
- CHAVEZ DE SANCHEZ, M. I. y otros. **Drogas y pobreza: estudio etnográfico del fenómeno de la farmacodependencia en una colonia situada de la Ciudad de México**. México, Trillas, 1977. 135 p.
- MIRET MAGDALENA, E. "La droga: reflexiones contra simplistas". **Cuadernos para el diálogo**, núm. 125 (1973), pp. 107-109.
- ROMERO A., L. y A. M. QUINTANILLA E. **Prostitución y drogas. Estudio psicossociológico de la prostitución en México y su relación con la farmacodependencia**. México, CEMEF-Trillas, 1976. 192 p.
- SOMMER, E. **Drogas, ¿por qué?**. Barcelona, Fontanella, 1975. 248 p.

#### LEGISLACION SOBRE DROGAS Y MARGINACION SOCIAL

- GARCIA RAMIREZ, S. **Delitos en materia de estupefacientes y psicotrópicos**. México, Trillas, 1977. 303 p.
- LOPEZ LINAGE, J. (comp.). **Grupos marginados y peligrosidad social**. Madrid, Campo Abierto, 1977. 200 p.

- ROSA SENSAT. "El noi marginat". *Perspectiva Escolar*, Barcelona, núm. 18 (1977), pp. 2-34.

## PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS Y EDUCACIÓN SOBRE DROGAS

- BERGER, R. "Le jeune et son milieu: le rôle de la famille, de l'école et des services médico-sociaux dans le prévention de la drogue". *Revue Internationale de l'Enfant*, núm. 27 (1975), pp. 16-26
- BRAUCHT, G. N. et alii. "Drug education: a review of goals, approaches and effectiveness, and a paradigm for evaluation" *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 34, núm. 4-A (1973), pp. 1279 - 1292.
- BROTMAN, R. y F. SUFFET. "Illicit drug use: preventive education in the school". *Psychiatric Annals*, Vol. 3, núm. 4 (1973), pp. 48-69.
- FRENCE. COMITE INTERMINISTERIEL POUR L'INFORMATION. "Information sur la drogue a l'usage des parents". Supplément du *Actualités-Service*, núm. 157 (1972).
- Congreso Nacional de Alcohólicos Rehabilitados, 5.<sup>o</sup> "Conclusiones". *Drogalcohol*, Valencia, Vol. 2 (1977, abril), pp. 48-49.
- DORN, N. *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*. UNESCO, Paris, 1976. (ciclostil).
- DORN, N. y A. THOMPSON. *Planing Teaching about drugs, alcohol & cigarettes*. ISDD, London, 1974. 8 pp.
- "La educación relativa a la droga", en "Educación para la salud en la escuela". *Revista de educación*, Vol. 24, núm. 244 (1976), pp. 133-145.
- EDWARDS, G. "Perspectives on drug education". *Contemporary Drug Problems*, Vol. 3, núm. 4 (1974), pp. 485-545.
- GOODSTAD, M. S. *Research on methods and programs of drug education*. Toronto, Addiction Research Foundation of Ontario, 1974, 191 p.

- MENDOZA BERJANO, R., y VEGA FUENTE, A.: "La educación sobre drogas en el centro escolar" *Drogalcohol*, Vol. 3, núm. 1 (1978) pp. 2-19.
- MIROLI, A. B. *Las drogas: enfoque educativo*. Buenos Aires, El Ateneo, 1976. 121 p.
- OMS. GROUPE DE TRAVAIL. *Moyens de prevenir et de combattre l'abus des drogues et la pharmacodependance: Rapport d'un groupe de travail réuni par le Bureau régional de l'Europe de l'OMS (La Haye, 1971)*. Copenhague, 1972. 28 p.
- OMS. GROUPE DE TRAVAIL. *Programmes d'éducation sanitaire concernant l'abus des drogues chez les jeunes: Rapport d'un groupe de travail réuni par le Bureau régional de l'Europe de l'OMS (Hambourg, 1972)*. Copenhague, 1973. 63 p.
- OMS. BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE. *Planification et organisation des services à l'intention des alcooliques et des pharmacodépendants: Rapport sur un symposium (Albi, 1975)*. Copenhague, 1976. 54 p.
- SMART, R. G. "Facteurs d'efficacité de l'éducation sur les drogues". *Informations sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies*, Québec, Vol. 9, núm. 1 (1973), pp. 3-13.
- SMART, R. G. y D. FEJER. *Drug education: current issues, future directions*. Toronto, Addiction Research Foundation of Ontario, 1974. 112 p.
- UNESCO. *Prevention de l'abus des stupéfiants par l'éducation et les moyens d'information. Reunion sur l'éducation destinée à prévenir l'abus des stupéfiants notamment dans les pays développés. (Paris, 1972)*. Paris, Unesco, 1972.
- UNESCO. "El rompecabezas de la droga". *El Correo de la Unesco*, núm. mayo 1973.
- UNESCO. *Informe Unesco. Drogas, alienaciones y educación*. Madrid, ICCE, 1973. 88 p.
- Revistas especializadas en educación sobre drogas:
  - **Alcoholism and Alcohol Education Newsletter.**  
Scope Publications Inc., 474 National Press Building,  
Washington, DC 20004. U. S. A.
  - **Drugs and Drug Abuse Education.**  
Scope Publications, Inc. (la misma dirección).
  - **Journal of Alcohol and Drug Education.**  
Alcohol and Drug Problems Association of North America,  
3500 N. Logan, Lansing, MI 48914. U. S. A.

- **Journal of Drug Education**  
Baywood Publishing Co. Inc., 120 Marine Street,  
Farmingdale, NY 11735. U. S. A.
- **National Drug Reporter**  
National Coordinating Council on Drug Education,  
1526 18th St., N.W., Washington, DC 20036. U. S. A.
- **U. S. Special Action Office for Drug Abuse Prevention. Drug Abuse Prevention Report.** National Clearinghouse for Drug Abuse Information. Box 1908, Rockville, MD 20850. U. S. A.

## CONTRACULTURA

- ANDREWS, G. y S. VINKENDOC. **El libro de la yerba.** Barcelona, Anagrama, 1977. 314 p.
- BURGOS, A. “De un habla marginal a una moda literaria: el lenguaje del rollo roquero, tío”. **Triunfo**, núm. 769 (1977), pp. 46-49.
- GIL MUÑOZ, G. **Juventud marginada: estudio sobre los hippies a su paso por Formentera.** Barcelona, Dopesa, 1970. 205 p.
- HALL, S. **Los hippies: una contra-cultura.** Barcelona, Anagrama, 1970. 77 p.
- HOPKINS, J. (comp.). **El libro hippie.** Buenos Aires, Brújula, 1969. 260 p.
- ORDOVAS, J. **¿De qué va el rollo?** Ed. La Piqueta.
- ROSZAK, T. **El nacimiento de una contracultura: reflexiones sobre la sociedad tecnocrática y su oposición juvenil.** Barcelona, Kairós, 1972. 320 p., 2.<sup>a</sup> ed.
- RUBIN, J. **Do it: scénarios de la révolution.** Paris, Seuil, 1971. 272 p.
- SOUTHERN, T. **A la rica marihuana y otros sabores.** Barcelona, Anagrama, 1977. 235 p.
- Obras literarias de LEARY, HUXLEY, WATTS, GINSBERG, KEROUACK y otros muchos.

## TERAPIA DEL ABUSO DE DROGAS

- DURAND – DASSIER, J. J. **Psicoterapia sin psicoterapeuta.** Madrid, Marova, 1971. 225 p.

- GLASSCOTE, R. M. y otros. **Tratamiento del abuso de drogas**. Buenos Aires, El Ateneo, 1975. 239 p.
- **Gryphon's guide to overdose aid**. Phoenix, AZ., Do It Now Foundation, 1976. 40 p.
- OMS. GROUPE DE TRAVAIL. **Comparaison et avaluation des methodes de traitement et de readaptation en matiere de pharmacodependance et d'abus des drogues: Rapport d'un groupe de travail réuni par le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (Francfort, 1973)**. Copenhague, 1974. 111 p.

## EDUCACION SANITARIA

- ANTO, J. M. y J. MARTI. "Algunas posibilidades de actuación sanitaria en la escuela". *Perspectivas pedagógicas*, Barcelona, núm. 31-32 (1977), pp. 66-69.
- ANTO, J. M. y otros. "Educación sanitària a l'Escola" **Comissió d'Educació Sanitària**. Barcelona, Congrés de Cultura Catalana, 1977.
- DUNSTAN, I. Z. y otros. **Cómo crear buenos hábitos, seguridad y aptitud física en el niño**. Buenos Aires, Paidós, 1969. 161 p.
- "Educación para la salud en la escuela". *Revista de educación*. Vol. 24, núm. 244 (1976). 199 p.
- FUNDACION PRO JUVENTUD y SOCIEDAD SUIZA DE MEDICINA PREVENTIVA. **Educación para la salud**. Buenos Aires, Kapelusz, 1976. 272 p.
- MOSS, B. R., W. H. SOUTHWORTH y J. L. REICHERT. **Educación para la salud**. México, Trillas, 1965. 486 p.
- OMS/UNESCO. COMITE MIXTO. "Comité mixto OMS/UNESCO de expertos en preparación del maestro para la educación sanitaria. Informe. (Ginebra, 1968)". *Serie de Informes Técnicos*, núm. 193 (1960). 21 p.
- OMS. GRUPO CIENTIFICO "Investigaciones en educación sanitaria. Informe de un grupo científico de la OMS (Ginebra, 1968)". *Serie de Informes Técnicos*, núm. 432 (1969). 35 p.
- OMS. COMITE DE EXPERTOS. "Planificación y evaluación de los servicios de educación sanitaria. Informe de un comité de expertos de la OMS (Ginebra, 1967)". *Serie de Informes Técnicos*, núm. 409 (1969). 34 p.
- WEINSTEIN, L. **Salud mental y proceso de cambio: hacia una ideología de trabajo en prevención primaria**. Buenos Aires, ECRO, 1975.

- WILLGOOSE, C. E. **Enseñanza de la higiene**. México, Interamericana, 2.<sup>a</sup> ed. 326 p.
- YOHO, R. O. y otros. **La salud y el arte en la escuela**. Buenos Aires, Paidós, 1969. 150 p.



**Publicaciones del I.C.E.  
de la Universidad de Barcelona**

- Documentos**
- 1 M. Siguán, E. Valentí, M. Freixa. **Algunos datos estadísticos sobre el alumnado de bachiller en Barcelona.** Septiembre 1971.
  - 2 Juan Estruch. **El coste familiar de la educación, 1.º informe.** Septiembre 1971. Agotado.
  - 3 Adalberto Ferrández. **La enseñanza individualizada en la E.G.B., 1.º informe.** Septiembre 1971. Agotado.
  - 4 Jaime Serramona. **Pedagogía institucional, 1.º informe.** Septiembre 1971. Agotado.
  - 5 María Forns. **Pruebas para medir el conocimiento de una lengua, I.** Septiembre 1971. Agotado.
  - 6 María Plá. **Pruebas para medir el conocimiento de una lengua, II.** Septiembre 1971. Agotado.
  - 7 Montserrat Freixa. **El condicionamiento social de las aptitudes intelectuales y su influencia sobre el rendimiento escolar, 1.º informe.** Septiembre 1971. Agotado.
  - 8 Fernando de Cea y Francisco Arteaga. **Informe sobre 5.º Experimental en E.G.B.** Septiembre 1971.
  - 9 **Informe de las actividades del I.C.E. de la Universidad de Barcelona.** Septiembre 1971. Agotado.
  - A 10 Pedro Batallé. **Estadísticas educativas, 1.º informe.** Diciembre 1971. Agotado.
  - A 11 Juan Estruch. **El coste familiar de la educación, 2.º informe.** Diciembre 1971. Agotado.
  - A 12 Jaime Serramona. **Ensayo de Pedagogía Institucional, 2.º informe.** Diciembre 1971. Agotado.
  - A 13 Adalberto Ferrández. **Enseñanza individualizada, 2.º informe.** Diciembre 1971. Agotado.
  - A 14 Juan Mestres. **Los problemas psicopedagógicos planteados por el bilingüismo, 1.º informe.** Diciembre 1971. Agotado.
  - A 15 José M. Doménech. **Tabulación de encuestas: tablas a simple y doble entrada para el análisis de los resultados.** Marzo 1972.
  - A 16 E. Torá, J. Lahosa, M. Porter y S. Mallas. **Seminario de cine infantil (Psicopedagogía de la imagen).** Marzo 1972.
  - A 16 bis José M. Doménech. **Tratamiento de la información con ordenadores digitales.** Junio 1972.

- A 17 José M. Doménech. **Programa CORR. Cálculo de medias. Desviaciones tipo. Coeficiente de correlación lineal y coeficientes de correlación múltiple**, Manual de utilización. Junio 1972.
- A 18 José M. Doménech. **Programas BARE. Baremación de tests psicológicos, cálculo del baremo, características estadísticas y pruebas de normalidad de la distribución**. Manual de utilización. Junio 1972.
- A 19 **Informe de las actividades del I.C.E. De La Universidad de Barcelona. Curso 1971-72**. Septiembre 1972.
- A 19 bis José M. Doménech. **Programa de análisis factorial. Programa A.F.A.C.** Manual de utilización. Junio 1972.
- A 20 Jaime Serramona. **Ensayo de Pedagogía Institucional, 3.º informe**. Septiembre 1972.
- A 21 Juan Mestres. **Problemas psicopedagógicos del bilingüismo, 2.º informe**. Septiembre 1971. Agotado.
- A 22 **Jornadas de psicopedagogía de la imagen visual**. Noviembre 1972.
- A 23 Javier Barragán. **Elementos de matemáticas para profesores de E.G.B.** Septiembre 1972.
- A 24 Adalberto Ferrández. **Enseñanza individualizada**. Mayo 1973.
- A 25 **Seminario de educación no-directiva**. Julio 1973.
- A 26 **Informe de las actividades del I.C.E. de la Universidad de Barcelona. Curso 1972-73**.
- A 27 María Forns. **Organización y funcionamiento de un servicio de orientación escolar en la E.G.B.** Julio 1973.
- A 28 Joaquín Arnau. **Problemas psicopedagógicos del bilingüismo, 3.º informe**. Noviembre 1973.
- A 29 José M. Doménech. **Descripción y valoración de un curso experimental de «Métodos estadísticos» para estudiantes de Psicología**. Julio 1973.
- A 30 Jorge Oliver. **Sensibilización auditiva**.
- A 31 E. Torá y M. Porter. **Jornadas de comprensión del cine por los niños**. Mayo 1974.
- A 32 E. Torá y J. M. Rueda. **Escuela y socialización**. Resumen de un Seminario permanente de profesores de E.G.B. 1974.

Publicaciones del I.C.E.  
de la Universidad de Barcelona

- A 33 Informe de las actividades del I.C.E. de la Universidad de Barcelona.  
Curso 1973-74. Enero 1975.
- A 34 Maria de Borja Solé. **La experiencia comparativa en el aprendizaje del francés.**
- A 35 Mareile Böhemer. **Escuela y Museo.**
- A 36 Informe de las actividades del I.C.E. de la Universidad de Barcelona.  
Curso 1974-75.
- A 37 Torà, Espresate, Laudan, Gubern, Acarín, Moragas, Remesar, Marce Pujagut. **"Jornadas sobre la imagen televisiva"** Mayo 1976.
- A 38 I. Martínez. N. Silvestre **"Aprendizaje e integración del niño sordo en la escolaridad normal"** Diciembre 1976.
- A 39 F. Marcé, Ll. Pujagut **"El niño frente a la imagen fílmica con ruptura"** Mayo 1977.
- A 40 Torà, Beiras, Aguirre, Tomas, Hernandez. **"Un estudio de comunicación no-verbal"** Diciembre 1977.
- A 41 E. Siches **"Desarrollo cognitivo y medio sociocultural en la adquisición de las experiencias comparativas"** Junio 1977.
- A 42 M. Forns, F. Sanchez **"Programación del área dinámica para 1.º de EGB"**. Abril 1978.
- A 43 R. Garcia. M. Cañadell **"El Juego infantil en grupo"**. Mayo 1978

- Informes**
- 2 S. Siguán y Alvaro Monferrer. **La atención a los deficientes mentales en la provincia de Barcelona.** Noviembre 1971
  - 3 M. Siguán, E. Bosch y J. Subirós. **Evolución del alumnado en la Facultad de Filosofía y Letras. 1939-1971.** Noviembre 1971
  - 4 **Escuela Universitaria del profesorado de E.G.B. Plan de estudios del curso experimental.** Noviembre 1971
  - 5 M. Siguán y Pedro Batallé. **Composición del alumnado en la Facultad de Filosofía y Letras.** Curso 1971-72 Junio 1972
  - 6 E. Torá. **Hacia una metodología de la comunicación.** Enero 1973
  - 7 Fernando de Cea. **El Centro piloto de E.G.B. Font d'en Fargas.** Julio 1973.
  - 8 Pedro Batallé. **Seminario de Planificación Universitaria.** Marzo 1973
  - 9 V. Benedito y J. J. Piquer. **La formación pedagógica del profesorado de Bachillerato.** Noviembre 1973.
  - 10 **Metodología científica aplicada a la investigación educativa.** Marzo 1974.
  - 11 **El Centro piloto de E.G.B. Font d'en Fargas, 2.º informe.** Septiembre 1974.
  - 13 M. Siguán. "La gestión municipal en materia de educación: el ejemplo de Bolonia". Noviembre de 1977
  - 14 M. Siguán. "Educación y pluralidad de lenguas". Abril 1978

#### Otras Publicaciones

- Col·lectiu. "Bilingüisme i educació en Catalunya". Ed. Teide. BARCELONA
- Col·lectiu. "Bilingüisme i educació". Ed. Teide. BARCELONA
- Col·lectiu. "Bilingüisme i Biculturalisme". Ed. Ceac. BARCELONA
- "Guía del estudiante al término de la E.G.B.". M. Forns, I. Gómez. Ed. Teide. BARCELONA.
- "El precio de la enseñanza en España". M. Siguán, J. Estruch. Ed. Dopesa. BARCELONA
- "Cogestión en la escuela". J. Serramona. Ed. Teide. BARCELONA
- "Desarrollo cognoscitivo y comprensión cinematográfica". E. Torá. Ed. Instituto Nacional de Publicidad.
- "Grupos de formación y profesorado" V. Benedito, A. Vega. Ed. C.E.U. BARCELONA

#### EN PREPARACION

- Col·lectiu. Política lingüística per a una escola democràtica.





