

9 

PIUMAD: Un Programa para la prevención de adicciones en Universidades de Madrid



El material PIUMAD: un Programa para la prevención en universidades de Madrid ha sido desarrollado en el marco de la colaboración entre el Instituto de Adicciones de Madrid Salud y la Fundación Atenea.

En la dirección técnica y coordinación de este proyecto han colaborado las siguientes personas.

INSTITUTO DE ADICCIONES DE MADRID SALUD

Diseño Técnico

Departamento de Prevención. Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
Ayuntamiento de Madrid:

Ana Ordóñez Franco

Victoria Civantos Cantero

Juan A. Rodríguez López

Rafael Moyano Castro

FUNDACIÓN ATENEA

Edita y coordina:

Fundación Atenea

Glorieta de Bilbao, 1

28004 Madrid

Tel. 91 477 99 97

fundacionatenea.org

Texto realizado por:

Jesús Oliver Pece

Israel Fábregas Galán

M^a Carmen Lerín Bonilla

Yolanda Nieves Martín

Madrid, Noviembre de 2012

INTRODUCCIÓN	5
<hr/>	
PIUMAD: Un Programa para la prevención de adicciones en Universidades de Madrid.	5
La intervención preventiva del Instituto de Adicciones de Madrid Salud en el ámbito educativo.	7
La intervención preventiva en la Universidad.	8
CAPÍTULO 1: Justificación de la intervención con población universitaria.	11
<hr/>	
Análisis de la situación.	11
Fundamentación teórica.	22
CAPÍTULO 2: La metodología en la intervención con la comunidad universitaria.	39
<hr/>	
La evolución de los Programas Preventivos.	39
Principios generales para el desarrollo de Programas preventivos.	42
CAPÍTULO 3: Desarrollo del PIUMAD	45
<hr/>	
Objetivos del Programa	45
Estrategias metodológicas de PIUMAD.	46
CAPÍTULO 4: Actividades PIUMAD	60
<hr/>	
Actividades informativas y de difusión.	61
Asesoría individualizada.	64
Incorporación de contenidos de promoción de la salud al currículo universitario.	65
Actividades formativas.	65

Actuaciones diseñadas y aplicadas por los agentes preventivos formados.	68
CAPÍTULO 5: La evaluación en PIUMAD.	72
La importancia de evaluar los Programas Preventivos.	72
MATERIALES DE TRABAJO.	77
Desarrollo de la propuesta formativa de PIUMAD.	77
Fichas de trabajo para la formación de mediadores.	101
Instrumentos de evaluación	161
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	176

INTRODUCCIÓN.

PIUMAD: Un programa para la prevención de adicciones en Universidades de Madrid.

En la actualidad, el consumo de drogas a edades cada vez más tempranas, la elevada ingesta de alcohol los fines de semana (fenómeno binge drinking), los riesgos asociados al consumo de drogas como son la conducción, el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, la probabilidad de verse envuelto en situaciones conflictivas, así como el uso inadecuado de las tecnologías de la información y la comunicación, son algunas cuestiones que preocupan cada vez más en nuestra sociedad.

Para encontrar solución a estas cuestiones desde las instituciones públicas y privadas se implementan programas de prevención y detección precoz en los contextos en los que los menores, adolescentes y jóvenes se encuentran, como son la escuela, la familia, el ocio y el tiempo libre, y el ámbito comunitario.

Sin embargo, un espacio en el que tradicionalmente no se ha intervenido ha sido la universidad. Es probable que el principal motivo para que esto sea así tenga relación con que la edad de inicio de los estudios universitarios, coincide con la mayoría de edad legal y con una supuesta mayor capacidad en la toma de decisiones, la resolución de conflictos, y el afrontamiento positivo de situaciones problemáticas (ansiedad, estrés, frustración...). A pesar de ello, los datos en las estadísticas reflejan índices elevados de consumo de alcohol entre jóvenes. Si a ello sumamos los índices de conducción bajo los efectos del alcohol, los datos sobre las relaciones sexuales sin protección y el aumento de consumo de cocaína entre jóvenes, podemos suponer que esta presunta madurez no sea del todo cierta.

Sin duda, la universidad conforma una pequeña sociedad, reflejo de otra más amplia en la que vivimos, por lo que difícilmente puede permanecer al margen de sus problemas y preocupaciones. Pero la universidad y la sociedad en

general, parecen no haberse concienciado de esta realidad. Prueba de ello es que raramente se adoptan políticas globales y planificadas que hagan frente al progresivo aumento del consumo de drogas. Tampoco se tiene en cuenta la influencia que tiene el consumo abusivo de alcohol y otras drogas en las familias de jóvenes universitarios, que, por su edad, continúan siendo dependientes de sus progenitores, a la vez que “independientes” para tomar decisiones, lo que plantea un mapa conflictivo cuando se dan consumos problemáticos de drogas.

Atendiendo a esta compleja realidad, en el año 2006 se pone en marcha el Programa de Prevención de las Adicciones en Universidades de Madrid (PIUMAD), que se enmarca dentro de la estrategia de prevención en contextos educativos que ya se venía desarrollando desde el Instituto de Adicciones de Madrid Salud (IAMS) en los niveles de educación primaria y secundaria de la Ciudad de Madrid.

El documento que aquí se presenta se ha elaborado con el objetivo de, por un lado, dar a conocer la experiencia de estos años en la intervención con la comunidad universitaria; y por otro, dotar a profesionales de la prevención y a mediadores universitarios de conocimientos y herramientas necesarios para incorporar al alumnado y a toda la comunidad universitaria, como sujetos activos en las actuaciones preventivas frente a las adicciones y otras conductas de riesgo relacionadas, contribuyendo de esta manera a fomentar el desarrollo de hábitos saludables y a disminuir los posibles daños derivados de aquellas.

El programa a nivel teórico se fundamenta en las teorías evolutivas, la perspectiva ecológica y las teorías predictivas del consumo de drogas, y las actividades preventivas que plantea el programa se han diseñado, por tanto, teniendo en cuenta las características psicológicas de la juventud universitaria, los contextos que influyen en su desarrollo y las principales variables que predicen sus consumos.

Pero un programa con más de cinco años de andadura cuenta además con la experiencia de lo que durante este tiempo se ha ido “ensayando”, las nuevas iniciativas que surgen de la evaluación continua, de las aportaciones de todas aquellas personas que han tenido algo que decir: alumnado, profesorado, autoridades académicas, mediadores, técnicos, etc..

De este modo se ha ido ampliando la oferta del programa año a año y se han mejorado las estrategias metodológicas, dando como resultado un conjunto de actividades que ya han sido aplicadas en contextos universitarios y que constituyen un buen punto de partida para desarrollar programas preventivos en la educación superior.

La intervención preventiva del Instituto de Adicciones de Madrid Salud en el ámbito educativo.

El Instituto de Adicciones desarrolla y aplica programas preventivos en diferentes ámbitos de la Ciudad de Madrid. Dichos programas están especialmente diseñados en función de los contextos y destinatarios específicos y se sustentan en la investigación aplicada y la evidencia científica que justifican su implementación.

Dentro de los posibles ámbitos de intervención, el educativo se constituye sin duda en prioridad. La comunidad educativa es un contexto privilegiado para actuar desde las etapas tempranas del desarrollo, con programas dirigidos a la prevención y al refuerzo de factores de protección que limiten o, al menos, disminuyan las posibilidades de aparición de conductas de riesgo, especialmente aquellas relacionadas con los trastornos adictivos. Además, el diseño de los planes de estudio, permite trabajar de forma continuada con grupos de alumnos, adaptando el objetivo y las estrategias a cada etapa evolutiva y a las características diferenciales de cada grupo.

Para afrontar este reto, el programa Prevenir en Madrid es el principal instrumento desarrollado por el Departamento de Prevención del IAMS para su aplicación en los niveles de Educación Primaria y Secundaria obligatorias.

No obstante, conscientes de la importancia de hacer extensiva la prevención de adicciones a todos los niveles educativos, el Instituto de Adicciones, en colaboración con la Fundación Atenea, desarrolla el PIUMAD, programa que articula los contenidos técnicos y los materiales necesarios para su implementación en universidades en sintonía con el programa Prevenir en Madrid, dotando así de unidad conceptual y metodológica al conjunto de las

intervenciones preventivas que el IAMS desarrolla en los centros y niveles educativos de la Ciudad.

En esta línea, las actuaciones preventivas dirigidas al conjunto del ámbito educativo, pretenden lograr objetivos como la promoción de la salud y la formación de actitudes positivas hacia la misma, retrasando en lo posible la edad de inicio en el uso de alcohol, tabaco y otras drogas y favoreciendo una actitud crítica y responsable ante los riesgos que conlleva su uso. Con este fin, los distintos programas incluyen el desarrollo de diferentes acciones educativas: información sobre las drogas, promoción de hábitos saludables, fomento del autocontrol emocional, entrenamiento para afrontar con éxito los problemas de la vida cotidiana y resistencia a las presiones sociales hacia el consumo.

La intervención preventiva en la educación superior.

El planteamiento de intervención con población universitaria, se conforma a partir de la constatación de algunas condiciones específicas para el colectivo.

Los programas de prevención de drogas y otras conductas de riesgo en el ámbito escolar se interrumpen generalmente al finalizar la Educación Secundaria Obligatoria, no existen propuestas coordinadas y planificadas para el alumnado de estudios superiores. Quizá, los motivos principales puedan ser que la edad de inicio de los estudios universitarios coincide con la mayoría de edad legal y con una supuesta mayor capacidad en la toma de decisiones, la resolución de conflictos, y el afrontamiento positivo de situaciones problemáticas (ansiedad, estrés, frustración...). A pesar de ello, los datos de consumo, las estadísticas sobre consumo de alcohol y conducción entre jóvenes, los datos sobre las relaciones sexuales sin protección, el aumento de consumo de cocaína entre jóvenes, entre otros datos, constituyen motivo de reflexión sobre este particular.

No es fácil encontrar estudios sobre hábitos de ocio y consumo de sustancias entre la juventud universitaria, las investigaciones se refieren a otros niveles educativos o bien son para jóvenes en general por rango de edad, lo que

constituye un vacío en la información sobre consumo de sustancias entre este sector tan importante de población.

Tampoco abundan las propuestas metodológicas válidas para la intervención con jóvenes estudiantes y con la comunidad universitaria en general (alumnado, profesorado, personal de servicios...). El PIUMAD propone una metodología que se apoye en la educación de iguales, reconociendo a los y las jóvenes la responsabilidad, más allá de sus propios consumos, en la transformación de lo que les rodea y el compromiso con un ambiente saludable en el lugar donde realizan sus estudios.

La educación para la salud, que en su concepto más amplio incluye la prevención de las adicciones, no forma parte de los planes de estudios universitarios, ni siquiera en aquellas carreras con contenidos afines (sanitarias, sociales...). Al igual que gran parte de las materias externas a los departamentos de las diferentes facultades y escuelas, la educación para la salud tiene poco peso o se limita a actuaciones puntuales.

Podemos considerar la universidad como una pequeña sociedad, en la que raramente se adoptan políticas globales y planificadas que hagan frente a lo que parece un progresivo aumento del consumo de drogas en el contexto universitario.

Una de las bases esenciales del PIUMAD es la formación de mediadores como agentes de salud en el contexto de la educación superior. Creemos que con la formación de agentes activos de salud en el ámbito universitario se fomenta la participación de la propia comunidad universitaria en el análisis y actuación en relación a la problemática de las adicciones; contribuyendo a mejorar el conocimiento sobre las mismas y a la visualización de estrategias de participación activa en la mejora del entorno más cercano. La metodología empleada tiene en cuenta el momento evolutivo del alumnado universitario, promueve la participación de la comunidad universitaria en el desarrollo de actuaciones preventivas y aprovecha, en muchos casos, los conocimientos profesionales que se están adquiriendo en las diferentes carreras universitarias, poniéndolos al servicio de la promoción de la salud en sus ámbitos más cercanos: universidad, barrio, redes sociales y entorno de trabajo de su futura carrera profesional.

De este modo, en el momento de definir la propuesta de trabajo del Programa, establecemos como un eje básico de la intervención el fomento de la capacidad analítica y crítica de la comunidad universitaria; invitando e incitando al análisis de la realidad en la que se encuentra, a la identificación de riesgos y factores de protección, a la exploración de diferentes formas de actuar sobre la realidad, a la elección de las más eficaces y eficientes, así como a una planificación de las mismas y , como no puede ser de otra manera, a evaluar los resultados. Todo ello adaptado a las características de la población destinataria y utilizando sus mismos códigos.

Durante estos años se han establecido convenios con dos universidades de la ciudad de Madrid: la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) y la Universidad Complutense de Madrid (UCM). La implicación institucional y del profesorado en el Programa ha supuesto que además, se hayan ido aumentando y mejorando las actividades desarrolladas, gracias a la colaboración del propio profesorado y de las autoridades académicas. La propuesta inicial de actividades ha ido creciendo, nutrida en muchos casos de ideas surgidas en la comunidad universitaria, dando respuestas a necesidades detectadas, al mismo tiempo que ha supuesto un crecimiento del programa y una proyección pública mayor, de la problemática del consumo de drogas entre la población joven de las universidades de Madrid.

Entre los logros conseguidos en este periodo nos encontramos con un grupo de mediadores formados como agentes de salud en el ámbito universitario y en sus propias comunidades, con capacidad para incidir en su contexto más cercano durante su “vida” universitaria y posteriormente en el desempeño de su actividad profesional. (Especialmente en profesiones con responsabilidad en la prevención de adicciones, como pueden ser Psicología, Educación Social, Trabajo Social, Ciencias de la Información...)En las Facultades en las que se han desarrollado actuaciones del PIUMAD se ha generado expectación y controversia en torno al fenómeno de las drogas y las adicciones. Esto ha sido fruto de las diferentes actividades que, programadas desde una planificación general, han conseguido que este sea un tema de debate entre la población universitaria. Del mismo modo se han conseguido debates paralelos en torno a la necesidad de un entorno ambiental saludable en las universidades

(contaminación visual y auditiva, aire libre de humo, imagen pública de la institución...) Los cursos de formación a agentes de salud que posteriormente van a desarrollar su labor en el propio contexto universitario, se encuentran, en la mayoría de los casos reconocidas en el marco de los estudios universitarios. El reconocimiento de créditos de Libre Configuración a esta formación por parte de las dos universidades con las que hay convenio ratifica el interés del mundo universitario por apoyar iniciativas de este tipo. Por otra parte supone un elemento extra en la motivación al alumnado para participar en el Programa PIUMAD.

Desde hace ya algunos años se están implantando iniciativas como la Red Española de Universidades Saludables (REUS) creada en Junio de 2008 con el objetivo de potenciar la salud en las instituciones de educación superior, en cuyo marco las universidades empiezan a planificar actuaciones globales en el ámbito de la salud para la comunidad universitaria. Las actuaciones del Programa PIUMAD encajan en este contexto, ya que uno de los pilares de la red REUS es el trabajo conjunto con otros organismos de salud pública y las instituciones comunitarias en la promoción de la salud dentro de la comunidad universitaria. Esta iniciativa presenta un contexto muy favorable a las actuaciones dirigidas a la prevención de las adicciones en las universidades, en coordinación con las administraciones públicas con responsabilidades en materia de salud, como es el Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

El PIUMAD fue reconocido por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), obteniendo el primer premio en la categoría de Prevención Escolar de la IV Convocatoria de Buenas Prácticas en Drogodependencias, correspondiente al año 2011.

CAPÍTULO 1: Justificación de la intervención con población universitaria

Análisis de la situación.

Para garantizar la eficacia y la eficiencia de un programa de prevención tenemos que tener en consideración los resultados obtenidos en investigaciones anteriores, incluyendo el estudio de las condiciones de riesgo y de protección que existen en el contexto, así como la edad de la población con la que va a llevarse a cabo.

Para contextualizar nuestra intervención, haremos un recorrido por algunos de los datos que nos proporciona el estudio de *“Hábitos de ocio y consumo en población universitaria menor de 30 años”* (Nieves, 2010), de la Fundación Atenea, reconocido el 2011 con el Primer Premio de Investigación y Ensayo Reina Sofía, concedido por la Fundación para la Atención a las Toxicomanías de la Cruz Roja Española (CREFAT).

Consideramos que este estudio, el más reciente hasta la fecha sobre consumo en población universitaria, sirve de gran ayuda para generar conciencia sobre el problema y nos va a proporcionar el marco para intervenir en los principales consumos de la población universitaria, los riesgos asociados a los que se enfrentan, así como los espacios más adecuados para la intervención.

A continuación reflejamos algunos de los datos más significativos de este estudio.

El consumo de alcohol en la población universitaria.

- El porcentaje de población universitaria que ha consumido alcohol alguna vez es del 96,1% y de ellos el 86% confiesa haber consumido en los últimos 30 días.

- Respecto al consumo por sexos, tanto los chicos (96.28%), como las chicas (95.93%) presentan un patrón de consumo similar en esta sustancia.

Comparado con el resto de sustancias, el alcohol es la sustancia que más ha consumido la población universitaria, al igual que ocurre con el resto de población, independientemente de la edad o el sexo.

El consumo de alcohol está culturalmente aceptado, y en torno a su consumo y a los establecimientos donde se permite su venta, se estructuran actividades sociales que no son exclusivas de los jóvenes. Ir de cañas o quedar en el bar es un acto social, culturalmente estructurado. La diferencia es que el porcentaje de población universitaria que ha consumido alcohol en el último mes (86%), supera en un 26% el porcentaje de población general, que manifiesta haber hecho lo mismo, y es superior tanto al presentado por estudiantes de enseñanzas secundarias (58,5%) como al presentado por población general de su grupo de edad (61,7%).

Preguntada esta población por cuántas veces de las que ha consumido alcohol en los últimos 30 días ese consumo ha sido excesivo, es decir, se ha emborrachado, encontramos que el 74% se ha emborrachado en alguna ocasión en ese periodo, duplicando el porcentaje de prevalencia de consumo de alcohol excesivo de población general entre el 15 y 34 años que se sitúa en el 31,8%. El número de borracheras entre las personas que manifiestan haber consumido alcohol en exceso presenta una amplia dispersión, oscilando entre 1 y 20, situándose la media en 4 consumos abusivos.

Los estudios sobre consumo de alcohol en jóvenes en general, y en población universitaria en particular, sitúan mayoritariamente el consumo en fin de semana, como indican sus actividades de ocio. Teniendo en cuenta esta situación podemos establecer como marco de referencia, que haberse emborrachado cuatro veces significa que se ha emborrachado una vez cada fin de semana.

El *botellón* es una actividad de fin de semana fundamentalmente, realizada por ambos sexos aunque en un mayor porcentaje por hombres de hasta 25 años, especialmente entre los 17 y los 22 años. A partir de esta edad la práctica del botellón decrece y el dinero disponible para actividades de ocio crece. Por

tanto, no es ilógico pensar que parte de este fenómeno se traslada a los bares. Pero no es así; acudir a *botellones* es una actividad mayoritaria tanto para las universitarias como para los universitarios, sin diferencias en función del dinero del que dispongan.

El consumo de otras sustancias en la población universitaria.

CANNABIS

- El Cannabis (hachís, hierba, *costo*, *polen*...) es la principal sustancia de consumo ilegal entre población joven y universitaria específicamente. El 67,8% de la población universitaria encuestada ha probado esta sustancia, duplicando la cifra de prueba en población general. El consumo en los últimos 30 días en población universitaria de cannabis es del 32,2%, siendo más alto que el de población escolar y duplicando el de población general.
- El 16,12% de la población universitaria tiene un consumo diario y el 4,22% consume todos los fines de semana. Estas cifras indican que el 20,34% de la población encuestada presenta un consumo habitual de esta sustancia.
- En cuanto a la percepción que se tiene del consumo y de los riesgos asociados al consumo el cannabis, entre las ilegales, es la sustancia de la que menor percepción de riesgo se tiene, y esta percepción es menor cuanto mayor es el consumo. El análisis del discurso de las y los jóvenes universitarios apunta a que su concepción de esta droga como natural con efectos y propiedades conocidas, sustenta el bajo riesgo percibido en su consumo.

COCAÍNA

- La Cocaína es la segunda sustancia ilegal de consumo experimental y reciente. El consumo experimental (23%) supera al porcentaje de población general (9,8%) y al referido a su corte de edad (13,7%).
- Del total de personas que han consumido cocaína en alguna ocasión, el 50,4% consumió por última vez hace más de un año y un 26,3% ha

consumido el último mes. A diferencia del cannabis no se declaran casos de consumo diario, pero sí hay algunos consumos constantes de fin de semana.

- La edad media de inicio de consumo de la sustancia es de 18 años. Estos datos confirman la importancia de trabajar la prevención de drogodependencias en los contextos universitarios.

MDMA

- El MDMA (*speed*, éxtasis, anfetaminas, cristal...) es la cuarta sustancia de consumo en población universitaria. El porcentaje de consumo experimental (26,11%) supera en un 12% las cifras, tanto de la población general como de la población de enseñanza secundaria. En cuanto al consumo reciente, un 2,6% de la totalidad de la población encuestada manifiesta haber consumido esta sustancia en los últimos 30 días, duplicando el porcentaje de ambas poblaciones.

POLICONSUMOS

- Atendiendo a las cifras de consumo de sustancias, se detectan los fines de semana, como el momento en el que se dan mayores situaciones de policonsumo.
- Un 3,1% de las y los jóvenes universitarios encuestados no han probado ningún tipo de sustancia. El resto de la población universitaria ha probado una media de 3 sustancias.
- En cuanto a las personas que manifiestan haber consumido sustancias recientemente, en los últimos 30 días, el porcentaje de personas que no ha consumido ninguna sustancia se eleva al 16,8%. Introduciendo la distinción entre consumo de sustancias ilegales y consumo de sustancias legales (tabaco, alcohol) encontramos que el 28,8% no ha consumido en ninguna ocasión sustancias ilegales.

- Las sustancias ilegales que tienen un mayor porcentaje de consumo, son el cannabis y la cocaína.
- En cuanto al consumo simultáneo de sustancias, se ratifica que la presencia de alcohol cuando consumen otras sustancias es mayoritaria. El 29,5% de las y los universitarios manifiestan explícitamente que han consumido alguna otra sustancia habiendo consumido alcohol.

Factores de riesgo específicos entre universitarios.

Las características psicosociales de los/as universitarios/as, los espacios propios de ocio (como son las fiestas universitarias) suponen una serie de factores de riesgo propios que debemos tener en cuenta para ajustar la intervención a esta población. A continuación hacemos un recorrido por ellos, pero sin duda la propia intervención nos dará nuevas claves para comprender la etiología del consumo de drogas entre universitarios.

Los y las jóvenes universitarias viven en sus años de estudios superiores fuertes tensiones entre la vida académica y la vida de ocio. Por un lado, el requerimiento de superar las diferentes materias de la carrera se suma al sentimiento de no dejar de aprovechar el momento presente como único e irrepetible.

Los estilos, las actitudes y las modas imperantes juegan un papel casi dictatorial e incuestionable en el modo de vestir, en los lugares de ocio a los que se acude, en el consumo de tabaco de las mismas marcas... Sus motivaciones son escasamente diferenciales y se valora la uniformidad como un valor del grupo generacional que cohesiona y da sentido a la vida.

- El contexto universitario favorece la independencia y la espontaneidad personal de sus miembros, no estando todos preparados para actuar de forma saludable ante la cuestión de las drogas. Algunos de los consumidores de drogas alegan estar haciendo uso de su libertad cuando en realidad están justificando su dependencia.

- El inicio de la vida universitaria suele coincidir en general con el proceso en el cual los controles familiares se relajan e incluso se asume que el consumo de drogas como el alcohol o el tabaco constituyen parte de la vida estudiantil.
- Las celebraciones entre los universitarios incluyen el alcohol y el tabaco y, con alguna frecuencia, otras drogas como cannabis, cocaína o drogas de síntesis.
- Dentro del Campus universitario, las medidas de control sobre el consumo, tráfico o distribución de drogas, están poco sistematizadas.
- No hay estrategias coordinadas para la detección y seguimiento de los comportamientos considerados de alto riesgo, en referencia a comportamientos destructivos en general y de problemas de drogas en particular.
- Escasean los programas de información, asesoramiento y ayuda relacionados con las drogas.
- Muchas universidades carecen de sistemas de ayuda para el desarrollo de destrezas que faciliten el crecimiento personal, la toma de decisiones saludables o el manejo constructivo de situaciones problemáticas, como el estrés, la frustración, la angustia, los sentimientos de inseguridad, la baja autoestima y otros aspectos que se relacionan con el consumo de drogas.
- Amplia publicidad relacionada con el consumo de drogas tanto directa, como indirecta con la invitación a participar en eventos musicales o culturales organizadas por empresas dedicadas a la promoción del consumo de drogas.

La gestión de riesgos como objetivo de intervención con jóvenes.

El consumo de sustancias en sí es un riesgo para la salud, pero lo son también las conductas que se llevan a cabo bajo los efectos de estas sustancias, por los riesgos que conllevan.

Los riesgos que surgen como consecuencia del consumo por parte la población universitaria son los vinculados a los accidentes de tráfico, los problemas laborales y/o académicos y los derivados de problemas físicos por el consumo. El uso de violencia y los problemas económicos son las consecuencias menos presentes.

Paralelamente al incremento en el consumo de sustancias entre los 20 y los 25 años aumentan los riesgos bajo el efecto de sustancias, concentrándose el mayor porcentaje de riesgos entre los 23 y los 25 años. Las caídas, golpes y desmayos son circunstancias que se dan independientemente de la edad de las personas entrevistadas, al igual que los efectos del consumo sobre el rendimiento laboral y/o académico.

Los riesgos que identifican los encuestados en función de las sustancias consumidas son los siguientes:

- El 57,8% manifiesta haber tenido riesgos vinculados al tráfico. Atendiendo a las sustancias consumidas, las personas que han consumido cocaína (91,1%) o MDMA (89,6%) han corrido más riesgos que las personas consumidoras de alcohol (60,1%) o cannabis (72,5%).
- El uso de la violencia y los problemas económicos, son los riesgos bajo consumo, de menor frecuencia, entre la población universitaria. Ambos experimentan mayores frecuencias en la población consumidora de cocaína (44,8%) y MDMA (45,8%). Sucede lo mismo con los problemas psicológicos, especialmente presentes en la población consumidora de MDMA (34,9%).

Problemas laborales y académicos.

Es el riesgo más presente de manera global en la población universitaria masculina y afecta sobre todo al absentismo y rendimiento académico.

- La población consumidora de cannabis acude en mayor porcentaje a sus centros laborales o académicos bajo el efecto de la sustancia. Así mismo, la

población consumidora de cocaína y MDMA presenta mayores porcentajes de absentismo laboral o académico y problemas laborales (sanciones, despidos etc.).

- Los porcentajes de población universitaria que ha acudido a sus centros de trabajo o estudio bajo el efecto de sustancias nos indican que, si bien existe una concentración de consumo en fines de semana, como en la globalidad de la juventud, existe también un patrón de consumo, especialmente de cannabis (52,20%) aunque también de alcohol (21,05%), que se extiende a días laborables.

Consecuencias del consumo y conducción

La conducción bajo el efecto de sustancias es la segunda tipología de riesgo presente en la población universitaria. Este tipo de riesgo no les diferencia de la juventud de manera global. El *Informe Juventud en España 2008* (López y cols. 2008), en su volumen dedicado al estado de salud, señala que los accidentes de tráfico constituyen la primera amenaza para la salud de la juventud española.

Aunque, según el informe, las y los jóvenes atribuyen los accidentes de los propios jóvenes al consumo de alcohol y sólo de manera residual al consumo de otras sustancias, lo cierto es que la población universitaria preguntada específicamente por la conducción bajo el efecto de sustancias presenta una cifra de conducción bajo los efectos del alcohol (33,88%) inferior a la de cannabis (59,79%) o cocaína (64,18%) y MDMA (61,29%), pese a ser mayor el porcentaje de la misma que consume alcohol.

La conducción bajo el efecto de sustancias tiene además una relación positiva con la edad de las personas entrevistadas, aumentando su presencia según aumenta la edad de las personas entrevistadas. Observamos un 11,6% en edades de 17 a 19 años, un 33,91% de 20 a 22 años, un 48,82% de 23 a 25 años y un 51,45% de 26 o más años.

El nivel de conductas de riesgo adoptadas bajo el consumo de sustancias indica que las campañas de tráfico no están teniendo la incidencia deseada.

Más allá de los comportamientos de riesgo al volante bajo los efectos del alcohol, se realizan conductas de riesgo en la conducción, bajo el consumo de otro tipo de sustancias, lo que hace necesario actuaciones específicas.

Problemas físicos por consumo

Los problemas físicos por consumo que incluyen pequeños accidentes, caídas, los denominados “*amarillos*” que comprenden síntomas como desvanecimientos, bajadas de tensión... A nivel global el 57,40% de la población universitaria ha sufrido efectos indeseados por consumo de alguna sustancia. La incidencia de este tipo de problemas en las personas que han consumido alguna de las cuatro sustancias principales en el último mes son: 63,50% por consumo de alcohol; el 91,04% Cocaína; el 81,54% Cannabis y el 93,55% por consumo de MDMA.

Conductas sexuales de riesgo

El 57,4% de población universitaria ha mantenido relaciones sexuales bajo el consumo de alguna sustancia en alguna ocasión. Del total de personas que ha mantenido relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias, el 58% lo ha hecho sin protección en alguna ocasión. En función de este dato, podemos señalar el consumo de sustancias como factor de riesgo a la hora de mantener relaciones sexuales de riesgo.

El porcentaje de universitarios que ha mantenido relaciones de riesgo bajo el efecto de sustancias duplica al de universitarias y aumenta según lo hace la edad de las personas entrevistadas. Si observamos el porcentaje de población consumidora de cada sustancia que ha mantenido este tipo de conducta, las personas que han probado alcohol son las que la mantienen un menor porcentaje.

La diferencia entre la información que dicen tener sobre sexualidad y las prácticas que realizan pone de manifiesto un doble discurso, ejemplificado en la respuesta que dan a la pregunta sobre la información que les gustaría recibir. Los temas sobre los que desearían tener más información son, principalmente, infecciones de transmisión sexual genital y temas de sexualidad en general.

Además, entre los 20 y los 25 años existe una mayor demanda de información sobre infecciones de transmisión sexual /genital, mientras baja la demanda de temas de sexualidad general.

La necesidad de una percepción del riesgo ajustada

Expertos e instituciones ponen de manifiesto cómo, pese a los esfuerzos que se realizan para prevenir las conductas problemáticas y promocionar hábitos saludables, no se han conseguido los resultados esperados. Las situaciones conflictivas relacionadas con el consumo de drogas no han dejado de aumentar: *embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, violencia de género en jóvenes, conducción bajo los efectos del alcohol y otras drogas, disminución de la percepción de riesgo relacionada con sustancias como el cannabis; parecen no estar siendo evitados con eficacia.*

Lo primero que hay que decir es que el problema no parece estar en que adolescentes y jóvenes no conozcan los riesgos de determinadas formas de relación. Tienen información sobrada al respecto. La cuestión estriba más bien en que esa percepción del riesgo no es vivida en esos momentos con la misma preocupación con la que lo viven los mayores. En el mismo sentido, conviene recordar que el conocimiento del riesgo no implica en modo alguno que ese riesgo se viva con la misma dimensión de peligrosidad por todos, que se “cuantifique” de manera idéntica. Así, hay que señalar que la vivencia que muchos adolescentes y jóvenes tienen sobre los riesgos antes enumerados dista mucho de ser la que se supone que debe corresponder a los niveles de información.

Algunas de las conclusiones que podemos extraer de lo anteriormente expuesto es que, a pesar de los esfuerzos de los programas de prevención:

- Sigue existiendo una clara relación riesgo-consumo-jóvenes: conducción, relaciones sexuales sin protección, los policonsumos, problemas en las relaciones interpersonales (peleas, violencia), “trapicheos” para mantener el consumo...

- Existen jóvenes que experimentan con consumos que pueden convertirse en abusivos o habituales.
- Continúa siendo necesario dar información objetiva sobre efectos positivos y negativos, de manera que se ajuste la percepción de riesgo y se desmitifiquen los mitos tan extendidos de los efectos positivos del cannabis.
- Es importante orientar a los jóvenes que manifiestan un consumo habitual en estrategias de reducción de daños, ya que algunos problemas pueden evitarse con un trabajo informativo.
- Es imprescindible ofrecer información sobre la red de atención para jóvenes que ya presentan problemas.
- Sensibilización sobre los usos adecuados y no problemáticos de las nuevas tecnologías.

Fundamentación teórica.

En el campo de la prevención del consumo de drogas es fundamental que los programas preventivos se sustenten en modelos teóricos en función de los cuales definir los objetivos, diseñar los procedimientos, actividades y materiales, y evaluar los resultados. Estos modelos van a permitir poner en marcha las intervenciones que garanticen la mayor eficacia, el mejor aprovechamiento de los recursos y los mayores beneficios para la población destinataria

Para dar respuesta a esta necesidad, el Programa de Prevención de las Adicciones en Universidades de Madrid (PIUMAD) se apoya, coincidiendo con el Programa Prevenir en Madrid, en tres modelos teóricos:

- La **Perspectiva evolutiva** (Erikson, 1959; Marcia, 1976; Megías y Elzo, 2006; Bowen, 1989; Oliver, 2010), que contempla los hitos evolutivos que ha de lograr la población destinataria de los programas de prevención, en nuestro caso los jóvenes universitarios.

- El **Modelo Ecológico** (Bronfenbrenner, 1987), que contempla los factores de riesgo y de protección existentes en cada uno de los contextos que repercuten en el desarrollo de las personas jóvenes.
- La **Teorías Predictivas del consumo de drogas** (Fishbein y Azjen, 1975; Azjen, 1988), que recogen las variables que mejor predicen esta conducta.

Perspectiva evolutiva.

No existen unos límites precisos que indiquen cuándo comienza y cuándo termina el periodo evolutivo de la juventud. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha definido a la juventud como el periodo que va de los 15 a los 25 años, mientras que en España, instituciones como el INJUVE, han tenido en cuenta el aumento en la edad de emancipación y han situado esta etapa entre los 15 y los 29 años.

La juventud se diferencia de las etapas anteriores en que no tiene el sentido de novedad de la pubertad, ni el sentido de búsqueda de la adolescencia intermedia, sino que se produce una consolidación de los procesos que se han ido abriendo en las fases previas:

- **Proceso biológico:** En la juventud se va a alcanzar la plenitud del desarrollo físico y sexual. Los cambios que se experimentan en este periodo van a ser más leves que los producidos en la adolescencia.
- **Proceso intelectual:** En esta etapa, se consolida la capacidad para pensar de manera operacional formal, se aumentan los conocimientos en áreas concretas y el pensamiento se vuelve más reflexivo y relativista y menos absoluto y dual (Perry, 1999).
- **Proceso socioemocional:** Durante la juventud, se han de afrontar dos desafíos evolutivos que van a ser clave para la persona en desarrollo. En primer lugar, se debe consolidar una *identidad propia*, un proceso que se empezó a forjar durante la adolescencia y que va a cristalizar en la juventud. En segundo lugar, la consecución de esta

identidad va a permitir afrontar de forma óptima el siguiente desafío, el logro de la intimidad con los demás.

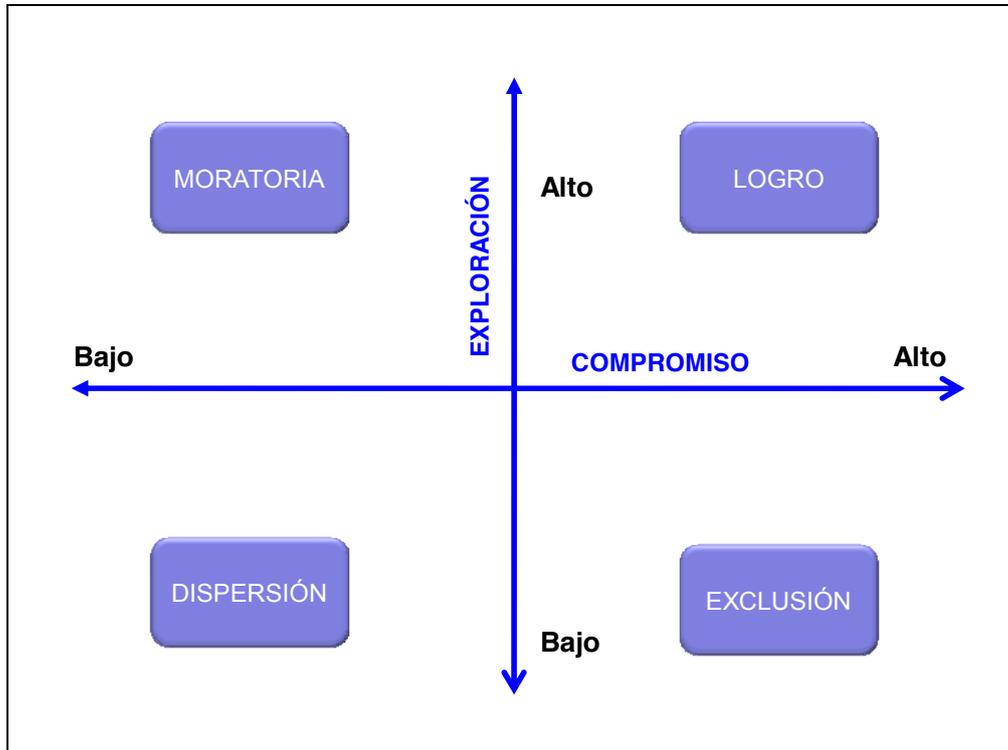
Dada la importancia de estas dos últimas metas evolutivas, vamos a desarrollarlas en los siguientes apartados.

Consolidación de la identidad.

Durante la adolescencia media y el comienzo de la juventud, una de las metas evolutivas a conseguir, según Erikson (1959), es el logro de la *identidad* frente a la *confusión*. En este tiempo, la persona joven se enfrenta al descubrimiento de quién es, qué representa y a dónde le lleva la vida. Se enfrenta a nuevos roles y a nuevas preocupaciones, como por ejemplo, la vocación y el enamoramiento. Si la persona joven explora estos papeles de una manera saludable y descubre un camino a seguir en su vida, entonces conseguirá una identidad positiva. Si los padres fuerzan una identidad, si la persona joven no explora de forma adecuada los diferentes papeles y si no se define en un camino futuro, entonces surgirá la *confusión de identidad*.

Marcia (1976) desarrolló un método para identificar la posición o “estatus” de la persona joven en el proceso de definición de su identidad propia. Señaló que pueden presentarse cuatro “estatus identitarios” que se definen por la intersección de dos dimensiones. La primera dimensión indica el grado de *exploración* previa de la persona joven hasta llegar a una decisión determinada. La segunda describe el grado de *compromiso* con esa decisión (ver Gráfico 1.A).

Gráfico 1.A. Los cuatro estatus identitarios de Marcia



Las personas jóvenes que se encuentran en la categoría de dispersión son personas que no han acometido la construcción de una identidad propia y no parecen interesarse por ello. Tampoco han desarrollado un sentido de la *laboriosidad*, la certeza de que son “buenos” o “valiosos” para algo. Por ello, son muy vulnerables a la influencia negativa de sus amigos y es probable que no se muestren muy motivados con sus carreras ni con otras actividades. Algunos estudios en los que se aplicó el modelo de Marcia (Adams, Gullotta y Montemayor, 1992) revelaron que las personas jóvenes con mayor propensión a mostrar conductas problemáticas

Las personas jóvenes situadas en la posición de exclusión parecen haber tomado una decisión sin un periodo previo de exploración o experimentación, lo que las vuelve relativamente limitadas y conservadoras. Algunas de estas personas tienden a mostrar una fuerte identificación con los valores parentales.

Otras, por el contrario, las rechazan, pero adoptan una identidad mediante su asociación a un grupo de amigos con comportamientos de riesgo (Muus, 1996). Según Erikson y Marcia, la posición óptima es la de **moratoria**: la persona joven explora su identidad sin definirla hasta no haber considerado todas las opciones posibles. Con el tiempo, alcanzará una identidad bien definida, pasando a la fase de *logro*. Como es de prever, las investigaciones demuestran que la cantidad de jóvenes en esta última categoría va aumentando con la edad (Meilman, 1979).

En 2006, Megías y Elzo realizaron un estudio en el que identificaron una tipología de jóvenes españoles, atendiendo a su identidad, sus valores, y comportamientos:

- **Ventajista/disfrutador:** Es un perfil vividor, interesado, muy poco altruista. Valora la marcha, el presentismo, la seducción, el éxito sexual y la fama. Ideológicamente, se muestra indiferente con los aspectos sociales, solidarios y religiosos. Respecto a las sustancias, suele beber y consumir drogas por encima de la media.
- **Incívico/desadaptado:** Este perfil manifiesta un fuerte rechazo a la familia, al trabajo y a lo normativo. Tiene un carácter incívico, potencialmente violento y antisocial. Es muy escéptico y “nihilista”, no cree en nada ni en nadie. Es el perfil que más drogas suele consumir.
- **Integrado / normativo:** Es el perfil más integrado socialmente, es enormemente responsable. Toma como referencia al mundo adulto y sigue sus principios, valores y conductas sin cuestionarlos. Rechaza los comportamientos ventajistas y antisociales, así como el consumo excesivo de alcohol y el consumo de drogas. Con respecto a los consumos, es el menos proclive a su utilización.
- **Alternativo:** Este perfil es humanista, altruista, comprometido y disfrutador. Disfruta de buenas relaciones interpersonales y

grupales. No sigue la corriente del mundo adulto de referencia; no valora el dinero, la moda ni los signos de estatus. Respecto a los consumos, son los más proclives al hachís.

- **Retraído** Este perfil está muy apegado a sus padres, pero muy poco conectado a sus iguales. Apenas participa en actividades sociales o grupales. Vive en una especie de “autismo social”. Es especialmente cuidadoso con las normas y el orden. Está poco comprometido, es poco altruista. Consume muchas menos drogas que la media.

Los modelos que hemos vistos hasta ahora resultan útiles a la hora de diseñar actividades preventivas que tengan en cuenta que la promoción de la *exploración*, el conocimiento y el desarrollo de las propias capacidades y competencias, y el *compromiso* con las propias ideas y con las actividades, favorecen el desarrollo de la identidad y, como consecuencia, la prevención de los consumos de sustancias.

Desarrollo de la intimidad y de la diferenciación del SELF.

Según Erikson (1959), otra de las metas evolutivas a conseguir durante la juventud, tras la consecución de la “identidad”, es el logro de la *intimidad*. Si la persona joven crea una relación de amistad saludable y una relación íntima con otras personas, alcanzará la *intimidad*; si no lo hace, el individuo puede terminar en lo que este autor denominó *aislamiento*.

Para Erikson, la *intimidad* consiste en establecer una relación estrecha, mutuamente satisfactoria, con otra persona. Representa la unión de dos identidades, sin que ninguno de los dos pierda sus cualidades propias. En cambio, el *aislamiento* es la incapacidad o intento vano de lograr la reciprocidad, algunas veces porque la identidad es demasiado débil para arriesgarse a abrirse a los demás.

En este mismo sentido, Bowen (1989) afirma que a finales de la adolescencia y a principio de la juventud, las personas deben desarrollar su *grado de diferenciación del self*, es decir, su capacidad interpersonal para mantener conexiones con los demás a la par que conservan un yo autónomo.

Según Oliver (2010), los jóvenes menos diferenciados, o bien priman las conexiones con los demás sobre la propia autonomía, comportándose de forma dependiente o sumisa, o bien priorizan la propia autonomía sobre los vínculos con los demás, comportándose de forma egoísta, dominante o esquiva.

Por el contrario, los jóvenes más diferenciados son capaces de mantenerse vinculadas a los demás sin renunciar a su propia autonomía y se caracterizan por los siguientes aspectos:

- Han sido capaces de *desprenderse de los lazos de dependencia familiar* y de haber adquirido una mayor autonomía. Ya no perciben a sus padres como los poseedores de la verdad, a los que hay que obedecer por encima de todo, y consideran que su criterio vale tanto como el de ellos. Por este motivo, demandan relaciones más simétricas con sus progenitores, unas relaciones de “igual a igual”.
- A la par que se alejan en cierta medida de sus padres, esas personas se vinculan a un *grupo de amigos*, que le brindan apoyo emocional y le animan a explorar el mundo.
- Los jóvenes más diferenciados tienen *deseos y criterios propios*, no tomados pasivamente de sus padres y amigos, ni elegidos por llevar la contraria a los demás. En este sentido, las personas más diferenciadas se muestran de acuerdo en algunas ocasiones y en otras, manifiestan sus discordancias con los padres y sus iguales. De alguna manera, dicen: “*Estas son mis creencias y convicciones, este soy yo y esto es lo que haré y lo que no*”. Son capaces de defender sus criterios sin ser dogmáticos ni rígidos; pueden escuchar y apreciar los puntos de vista de los demás, pero no van a modificar sus criterios por medio de la coacción o la presión de los padres o amigos, por su necesidad de aprobación o por reforzar su posición frente a éstos. Se muestran

respetuosos con las opiniones de los demás, ya que consideran que las posturas de los otros son tan legítimas como las suyas, y de la misma manera, van a reclamar un respeto para sus propias opiniones.

- En cuanto a la asunción de responsabilidades, los jóvenes más diferenciados son *capaces de tomar sus propias decisiones*, a pesar de que a otros no les agraden, y van a *asumir sin problemas las consecuencias* que se derivan de sus decisiones y sus comportamientos. Entienden que su incremento de libertad tiene que ir acompañado de un aumento de responsabilidad, y en ese sentido, van a *asumir sin grandes dificultades las responsabilidades propias de su edad*.
- Por último, los jóvenes más diferenciados son *menos vulnerables a los estados de tensión*. En este sentido, soportan mejor los conflictos con los demás. Entienden que hay muchas maneras de ver el mundo y que estas diferencias pueden generar conflictos interpersonales.

MODELO ECOLÓGICO

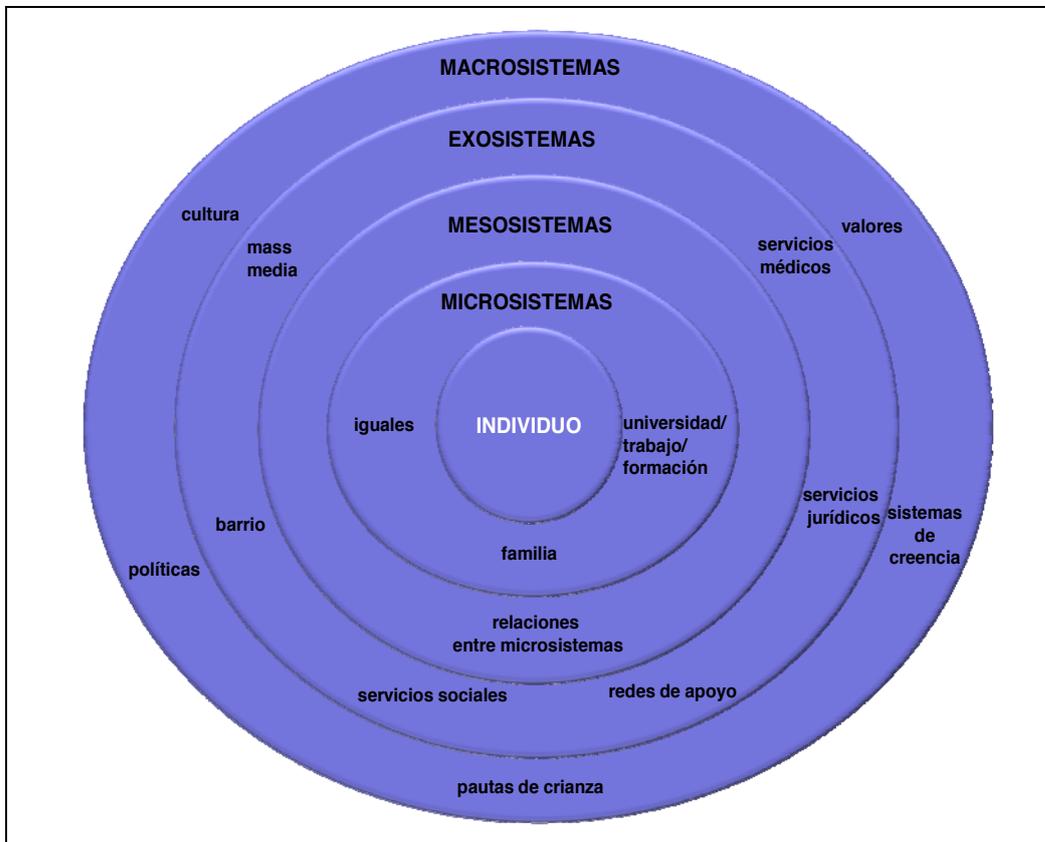
Bronfenbrenner es el autor de la *Teoría Ecológica* (1987), un modelo que aporta una perspectiva global de todos los contextos que influyen en el desarrollo de los individuos.

Bronfenbrenner descompone lo que comúnmente se entiende como el contexto o “medio ambiente” en el que se desarrollan las personas en cuatro sistemas en permanente interacción:

- **Microsistemas**
- **Mesosistemas**
- **Exosistemas**
- **Macrosistemas**

Esos sistemas se pueden representar topológicamente como una serie de círculos concéntricos, en cuyo centro se encuentra la persona en desarrollo (en nuestro caso, la persona joven universitaria), con sus propias características biológicas y psicológicas (ver Gráfico 1.B).

Gráfico 1.B. Modelo ecológico de Bronfenbrenner



- El nivel del **microsistema** está constituido por los contextos más cercanos en los que las personas jóvenes se encuentran insertas, como son la *familia*, la *universidad* (y/o el trabajo y/o los ciclos formativos) y el *grupo de iguales*. Cada microsistema comprende las actividades que realizan los individuos, las relaciones interpersonales y los roles que asumen las personas que están en ese microsistema.
- El siguiente nivel corresponde al **mesosistema**, que representa las *relaciones existentes entre los microsistemas* (familia-universidad/trabajo/ciclo formativo-grupo de iguales). Una relación armoniosa o tensa entre los padres y el grupo de amigos va a repercutir

enormemente en la persona joven, favoreciendo su desarrollo o dificultándolo respectivamente.

- En un nivel más alejado al sujeto se sitúa el **exosistema**. Se trata de un sistema en el que la persona en desarrollo ni siquiera está presente, pero que le afecta profundamente. Algunos ejemplos de este tipo de contextos son los medios de comunicación, los servicios sanitarios, sociales o educativos de que dispone la comunidad, e incluso las condiciones de trabajo de los padres.

- El **macrosistema** es el sistema más lejano al sujeto, e incluye las ideas, creencias y valores de la cultura o microcultura en la que vive el individuo. En el macrosistema encontramos, por ejemplo, las ideas sobre la forma más adecuada de educar a los adolescentes, los roles de género atribuidos a cada sexo, las expectativas y creencias sobre determinadas culturas o etnias... En una misma cultura o microcultura, cada uno de los microsistemas de una determinada clase son muy semejantes entre sí –por ejemplo, la familia-; sin embargo éstos difieren notablemente de unas culturas a otras.

El Modelo Ecológico que acabamos de describir es enormemente útil para diseñar programas de prevención, ya que tiene en cuenta los factores de riesgo y de protección existentes en los distintos sistemas en los que la persona joven se encuentra inserta.

Como principales factores de riesgo y de protección en los diferentes sistemas podemos encontrar:

INDIVIDUO



FACTORES DE RIESGO

- Pobre desarrollo identitario
- Sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad
- Aislamiento
- Bajo grado de diferenciación
- Pobre capacidad adaptativa
- Búsqueda de placer inmediato
- Baja tolerancia a la frustración
- Escasez de habilidades sociales
- Comportamiento antisocial precoz
- Sentimientos de soledad
- Ansiedad

FACTORES DE PROTECCIÓN

- Logro de la identidad
- Conocimiento de las propias capacidades
- Capacidad para intimar
- Alto grado de diferenciación
- Alta capacidad adaptativa
- Búsqueda de placer a largo plazo
- Tolerancia a la frustración
- Habilidades sociales

MICROSISTEMA: Amistades y Familia



FACTORES DE RIESGO

- En las Amistades:
- Grupo de iguales con comportamientos de riesgo
- En la Familia:
- Estilos educativos excesivamente autoritarios o permisivos
 - Pobre comunicación
 - Conflictos familiares recurrentes
 - Modelos familiares negativos
 - Angustias derivadas de la emancipación

FACTORES DE PROTECCIÓN

- En las Amistades:
- Grupo de amigos sin comportamientos de riesgo
- En la Familia:
- Estilo educativo autoritativo democrático
 - Comunicación positiva con el joven
 - Buen clima familiar
 - Modelos familiares positivos
 - Emancipación progresiva

MICROSISTEMA: Universidad



FACTORES DE RIESGO

- Bajo rendimiento académico
- No identificación con la carrera
- Falta de integración en la universidad
- Exceso de **demandas** académicas
- Ausencia de sistemas de apoyo
- Angustias derivadas del cambio de residencia
- Fiestas universitarias, que incluye alcohol y otras drogas

FACTORES DE PROTECCIÓN

- Adecuado rendimiento académico
- Identificación con los estudios
- Buena integración en la universidad
- Participación del joven en actividades extra-académicas (por ejemplo, deportivas)

MESOSISTEMA: Relaciones entre microsistemas



FACTORES DE RIESGO

- Relaciones conflictivas entre la familia y la universidad o entre la familia y el grupo de iguales
- Dificultades para conciliar estudios, trabajo y/o vida familiar

FACTORES DE PROTECCIÓN

- Relaciones positivas entre la familia y la universidad, o entre la familia y el grupo de pares

EXOSISTEMA Y MACROSISTEMA

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<p>EXOSISTEMA En los medios de comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Promoción de conductas de riesgo, del consumismo y de la satisfacción inmediata• Publicidad de alcohol y tabaco <p>En la red de recursos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausencia de red de apoyo y de servicios comunitarios• Ausencia de alternativas de ocio <p>MACROSISTEMA (población general)</p> <ul style="list-style-type: none">• Dificil acceso a la vivienda• Escasez y precariedad en el empleo• Exceso de consumismo Ausencia de alternativas de ocio• Perpetuación de los estudios• Pobreza y exclusión social	<p>EXOSISTEMA En los medios de comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Posibilidad de vincularse con los demás a través de las nuevas tecnologías <p>En la red de recursos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Presencia de red de apoyo y de servicios comunitarios Alternativas de ocio <p>MACROSISTEMA(Población general)</p> <ul style="list-style-type: none">• Relaciones más democráticas• Mayor conciencia social de la importancia de la educación y de la protección de los jóvenes

El Modelo Ecológico no sólo puede ayudarnos a identificar factores de riesgo y de protección. También nos puede orientar en el diseño de intervenciones que tengan en cuenta los sistemas que más influyen en el desarrollo y el bienestar de las personas. En el caso de los jóvenes universitarios, van a tener especial relevancia el grupo de iguales y la universidad.

TEORÍAS PREDICTIVAS DEL CONSUMO DE DROGAS

Existen diversas teorías que logran predecir en un grado importante los consumos de drogas a partir de un grupo reducido de variables, por lo que resultan enormemente útiles a la hora de diseñar acciones preventivas que intervengan sobre esas variables que favorecen el consumo.

El PIUMAD se apoya principalmente en dos de estos modelos predictivos empíricamente contrastados: la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Azjen, 1975) y la Teoría de la Conducta Planificada (Azjen, 1988).

La evidencia empírica con respecto a la aplicación de estos modelos hace que constituyan una base firme para el desarrollo de intervenciones preventivas.

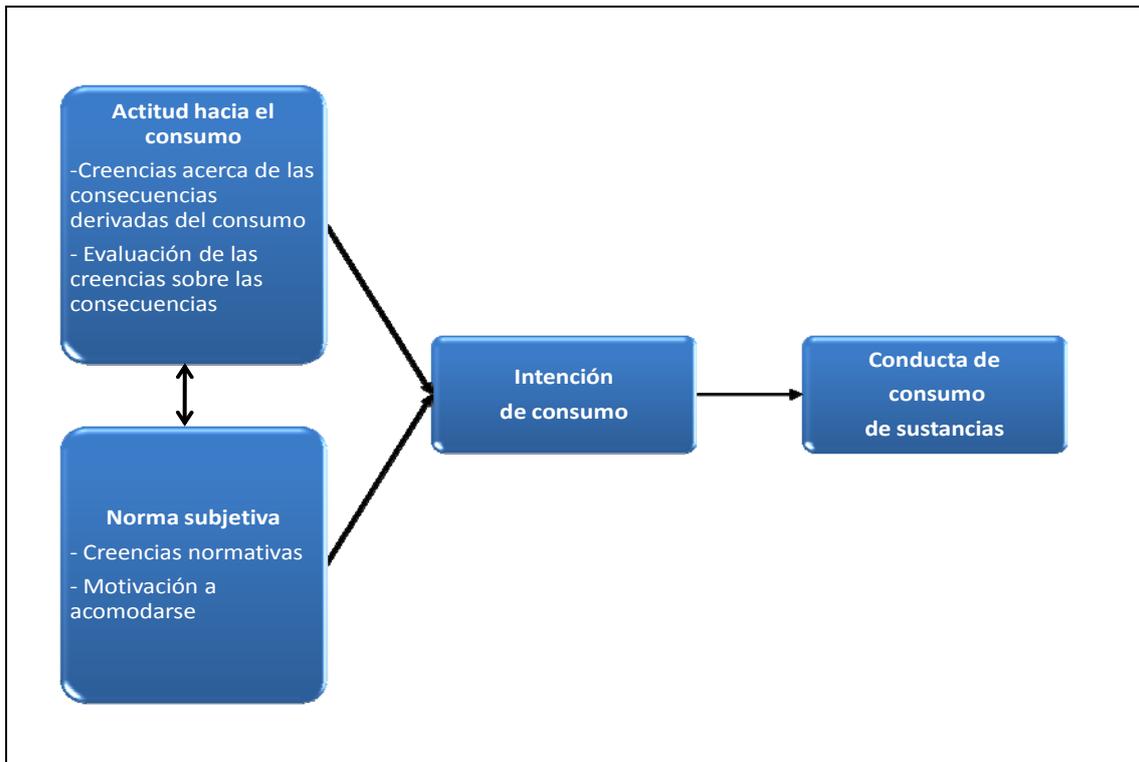
Witte (1995) subraya la utilidad de estos modelos para el diseño y transmisión de “mensajes persuasivos”, orientados a la modificación de actitudes respecto al cuidado de la salud. Tobler y cols. (2000) y Cuijpers (2003) subrayan la eficacia de los programas basados en estos modelos para cambiar las actitudes hacia el uso de drogas y para desarrollar habilidades de resistencia que refuercen la capacidad de las personas para enfrentarse a la presión social y rechazar el consumo de drogas.

La teoría de la Acción Razonada:

La Teoría de la Acción Razonada, formulada por Fishbein y Azjen (1975), se encuadra dentro de las llamadas teorías actitud-conducta. Presupone que los seres humanos actuamos normalmente de forma racional y que, por lo tanto, nos comportamos en función de la información que poseemos.

Esta teoría trata de predecir el consumo de sustancias a partir de tres determinantes. El determinante más inmediato del *consumo de drogas* es la llamada *intención de consumo*. Ésta intención depende, a su vez, de dos variables; una variable personal, la *actitud hacia el consumo*, y otra variable que recoge la influencia social, la *norma subjetiva* en relación al consumo (ver Gráfico 1.C). Estas dos variables tienen un peso diferente en la aparición de la intención de consumo en función de cada individuo.

Gráfico 1.C A Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Azjen, 1975)



La *actitud hacia el consumo* está determinada a su vez por un conjunto de creencias acerca de las consecuencias derivadas del consumo de drogas y por la evaluación positiva o negativa que el sujeto hace de dichas consecuencias.

La *norma subjetiva* depende también de dos elementos: las *creencias normativas*, que son las expectativas que tiene una persona sobre si otras personas significativas (amigos, padres, pareja...) aprueban o no el consumo de sustancias, y el grado de *motivación para acomodarse* a las expectativas de dichas personas.

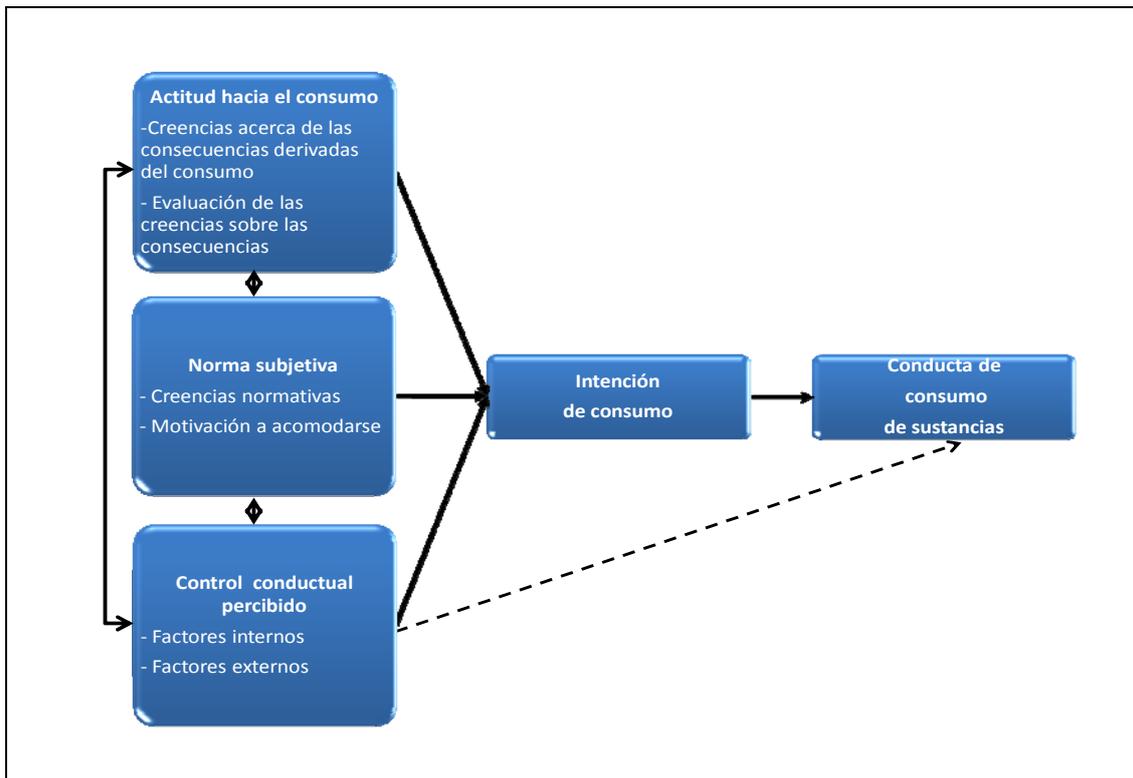
Teoría de la conducta planificada.

Aunque la teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Azjen, 1975) expuesta en el apartado anterior tiene un alto poder predictivo para las conductas voluntarias que el sujeto puede hacer o no hacer, Azjen reconoce que ésta presenta problemas a la hora de predecir aquellas conductas en las que la persona ejerce un control volitivo incompleto, como puede ser el caso de las

personas dependientes de sustancias, que tienen intención de dejar de consumir, pero no son capaces de conseguirlo; en este caso, la *intención conductual* de dejar de consumir no guarda relación con la *conducta* de continuar consumiendo.

Por este motivo, Azjen formuló años más tarde la Teoría de la Conducta Planificada (1988), que es una extensión de la Teoría de la Acción Razonada. Esta nueva teoría, además de incluir la *intención de control*, la *actitud hacia el consumo* y la *norma subjetiva*, incluye una variable nueva que predice la *intención de consumir*: el *control conductual percibido*, o lo que es lo mismo, la percepción que tiene un individuo sobre su *capacidad para controlar la conducta* (ver Gráfico 1.D.). Así, si el individuo se percibe como muy competente para hacer frente a los incitadores del consumo, la probabilidad de que consuma disminuye, y viceversa. En algunos casos, el control conductual percibido puede ser un predictor directo del consumo, representado en el gráfico con una línea discontinua.

Gráfico 1.D. Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1988)



El autor distingue varios factores que pueden influir en el grado de control que una persona tiene sobre una conducta dada. Entre los *factores internos* podemos encontrar la información, las habilidades y capacidades del sujeto junto a las emociones y compulsiones. Entre los *factores externos* están la oportunidad y la dependencia de los otros.

CAPÍTULO 2: La metodología en la intervención preventiva con la comunidad universitaria.

La evolución de los Programas Preventivos.

A continuación, realizaremos un análisis de la evolución de los programas de prevención de drogodependencias para enmarcar la actuación que se realiza en los contextos universitarios, teniendo en cuenta que está basado en programas dirigidos a población adolescente, ya que no existen programas específicos de prevención en contextos universitarios en la mayoría del territorio y, si existen, son relativamente recientes, por lo que el análisis de los programas preventivos en contextos educativos nos ayuda a tener un marco de referencia teórico¹.

El análisis de la evolución de los programas de prevención de drogodependencias (Schinke, Botvin y Orlandi, 1991) permite diferenciar cuatro tipos de programas, a través de los cuales se refleja una progresiva evolución hacia procedimientos de intervención más eficaces y al reconocimiento de la necesidad de estructurarlos en torno a un análisis riguroso y lo más completo posible de las condiciones que provocan el problema que pretenden prevenir. Describimos a continuación un resumen de las principales características de estos cuatro tipos:

Programas tradicionales, basados en la transmisión de información.

Los primeros intentos de prevenir las drogodependencias, muy extendidos en los años 60-70, buscan incrementar el conocimiento sobre las drogas y sus

¹ *Prevenir en Madrid: Programa Municipal de prevención de drogodependencias en contextos educativos. Manual para el profesorado. Instituto de Adicciones de Madrid Salud.(2004)*

consecuencias negativas, basándose en la creencia de que dicho conocimiento desarrollará actitudes contrarias a su consumo y conducirá a la decisión racional de evitarlo. Las intervenciones escolares incluidas dentro de esta perspectiva consisten en sesiones informativas, distribución de folletos, o reuniones con toda la escuela en las que intervienen expertos en el tema, generalmente ajenos a la escuela. Las evaluaciones realizadas han reflejado que aunque este tipo de programas incrementan el conocimiento y modifican algunas actitudes, este cambio suele ser superficial y no resulta suficiente para reducir significativamente el consumo. En algún caso, incluso, el consumo parece haberse incrementado, cambio que se ha tratado de explicar aludiendo a que la mera transmisión de información podría haber estimulado la curiosidad de los adolescentes (Swisher et. Al, 1971). A partir de dichos resultados puede concluirse que aunque el conocimiento de las consecuencias negativas de las drogas sea un componente necesario para la prevención por sí solo suele resultar insuficiente. Dentro de esta misma perspectiva se incluyen habitualmente también los programas que van más allá de la mera transmisión de información, llevándola a cabo en contextos: a) en los que se intenta activar el miedo, dramatizando los riesgos de las drogas, a través de mensajes que reflejan las graves consecuencias de su consumo; b) de adoctrinamiento moral. A favor de este último tipo de contexto podría argumentarse que una de las condiciones que protegen contra su consumo es el hecho de identificarse con una confesión religiosa. Sin embargo, es muy poco probable que dicho adoctrinamiento pueda resultar eficaz con los/as adolescentes que no se incluyen dentro de dichos grupos. En cualquier caso, la evidencia disponible sugiere que las dos variaciones anteriores no logran incrementar la reducida eficacia de los programas basados en la información. Conviene reconocer, sin embargo, la contribución que este tipo de programas han tenido como punto de partida de los logros y avances posteriores. En este sentido, también cabría considerar algunas de las intervenciones puntuales que los expertos en prevención realizan a veces en contextos educativos, como un punto de partida o como un componente que puede facilitar el desarrollo de las intervenciones más completas y eficaces.

Programas inespecíficos, o de educación afectiva.

Este tipo de programas, desarrollados sobre todo en los años 70 y 80, en buena parte como respuesta a los escasos resultados obtenidos con los programas basados en la información, parten de la hipótesis de que se puede prevenir el consumo abusivo de drogas desarrollando habilidades básicas de los adolescentes para mejorar su bienestar psicológico. Incluyen actividades prácticas destinadas a incrementar la autoestima, las habilidades de comunicación, la clarificación de valores y la toma de decisiones, con poca o ninguna información sobre drogas. La evaluación de este tipo de programas permite llegar a la conclusión de que aunque dichas actividades pueden tener a veces impacto sobre las condiciones que correlacionan con el consumo de drogas no logran reducir significativamente dicho consumo (Rundell y Bruvold, 1988). Para explicarlo se ha aludido tanto a la insuficiencia de los componentes que incluyen como a la escasa eficacia de los procedimientos en los que se basan, juegos y experiencias lúdicas diseñadas intuitivamente, con las que no se logra modificar la conducta (Botvin, 1984), ni contrarrestar las complejas influencias que conducen al consumo de drogas.

Alternativas en el contexto.

Este tipo de intervención, desarrollada sobre todo a partir de los años 80, consiste en organizar contextos en los que puedan encontrarse oportunidades alternativas al consumo de drogas. Entre los métodos más empleados destacan la organización de centros de jóvenes, las actividades de ocio, la participación en servicios y proyectos comunitarios, y el entrenamiento vocacional. La evaluación de este tipo de programas refleja que su eficacia depende de la adecuación de las alternativas que se proporcionan a las condiciones de riesgo y protección de los adolescentes con los que se aplican (Swisher y Hu, 1983). Conviene tener en cuenta, también, que este tipo de intervención suele ser una de las más costosas y difíciles de mantener a largo

plazo. En función de lo cual cabe explicar que sus efectos tiendan a disminuir con el paso del tiempo, cuando también lo hacen los recursos y oportunidades que proporcionaban en un principio (Center for Substance Abuse Prevention, 1997).

Entrenamiento en habilidades.

Este tipo de programas, desarrollados a partir de los años 80, parten de un modelo teórico mejor fundamentado, sobre las influencias sociales que conducen al consumo, y utilizan procedimientos de intervención más eficaces para la modificación de conducta (que generalmente incluyen instrucción, demostración, práctica y evaluación) que los programas mencionados con anterioridad. En un principio los programas incluidos dentro de esta categoría se orientaban de forma bastante específica, hacia la prevención de una determinada sustancia y el entrenamiento de determinadas habilidades específicas relacionadas con el consumo de drogas. Los programas diseñados en las dos últimas décadas han ido ampliando tanto el objetivo de la prevención (hacia el consumo de distinto tipo de drogas) como las habilidades que se entrenan (Botvin et al, 1990). Como cabía esperar en función de la superior adecuación de estos programas a los resultados obtenidos en las investigaciones sobre el consumo de drogas y sobre procedimientos de intervención, la evaluación de su eficacia suele reflejar mejores resultados que obtenidos con los otros tres tipos de programa (Hansen, 1992).

Principios generales para el desarrollo de los programas de Prevención.

Los principios básicos en prevención, lo que funciona y lo que no², está actualmente bien definido y existen varios enfoques de probada eficacia entre los que figuran la enseñanza interactiva (en la que participan compañeros), la modificación de creencias, la prioridad de las actitudes sociales y la

² Tomado de "Prevenir en Madrid: Programa Municipal de prevención de drogodependencias en contextos educativos. Manual para el profesorado. Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2004)

disponibilidad de información básica sobre las distintas sustancias. Todos estos enfoques deben estar equilibrados y ser relevantes para la realidad social de la juventud.

Se incluye a continuación un resumen de los principios en torno a los cuales estructurar los programas de prevención incluidos con más frecuencia en las recomendaciones de Organismos Internacionales o Nacionales con responsabilidad en este tema o en su investigación (Becoña, 2002; Center of Substance Abuse Prevention, 1997, 2001; IREFREA, 2001; Plan Nacional sobre Drogas, 2000; Sloboda y David, 1997):

La prevención debe basarse en un análisis riguroso, obtenido a partir de la investigación, sobre las condiciones de riesgo y de protección de drogodependencias en los adolescentes a los que se dirige.

La prevención debe orientarse no solo a la reducción de las condiciones de riesgo, a las que suele prestarse más atención, sino también al incremento de las condiciones de protección, habitualmente más olvidadas y peor conocidas.

Los programas deben ayudar a anticipar las consecuencias negativas de las drogas, sobre todo las que tiene a corto plazo, y a corregir las distorsiones existentes sobre la prevalencia de su consumo, que tiende a ser percibido como normativo. Además, debe enseñar habilidades específicas para resistir las presiones que conducen al consumo, desarrollando el compromiso personal contrario al abuso. Y junto a este entrenamiento en habilidades y actitudes específicas los programas deben favorecer habilidades genéricas para la vida, como la capacidad para solucionar problemas, tomar decisiones y resistir las presiones sociales de carácter negativo.

Los programas deben basarse en actividades participativas, centradas en la interacción entre compañeros/as, proporcionando oportunidades para adquirir las nuevas habilidades que se pretenden enseñar. La participación activa de la

ciudadanía es un principio básico sobre el que debe asentarse cualquier acción en este campo.

Es preciso adaptar los programas a las peculiaridades de cada comunidad, teniendo en cuenta tanto las condiciones de riesgo como los recursos y oportunidades que pueden incrementar las condiciones de protección.

Los programas deben ser específicos para la edad de los sujetos a los que se dirige y ser sensibles a las diferencias culturales y a las diferencias de género, puesto que como se ha observado en estudios recientes las condiciones de riesgo pueden variar en función de estas dos características.

Los programas deben incluir a toda la comunidad universitaria, implicándola en la transmisión de una visión positiva de la salud y de la juventud y promoviendo la adquisición de hábitos saludables como parte de los aprendizajes que se ofrecen en esta etapa educativa.

Los programas deben ofrecer información real sobre las consecuencias del consumo inadecuado, implicando a la persona en la responsabilidad de sus propios actos. Desde los programas preventivos en contextos universitarios se deben trasladar mensajes de autonomía, autoestima y autoeficacia

CAPÍTULO 3: Desarrollo del PIUMAD

El programa que aquí se presenta está dirigido a jóvenes universitarios con edades comprendidas entre los 18 y 24 años (mayoritariamente), así como al resto de la comunidad universitaria, y tiene como meta la prevención de las adicciones en esta etapa educativa. En cada una de las actividades que se desarrollan en el programa se especifican objetivos concretos, que pueden resumirse en los siguientes:

Objetivos del programa

El objetivo general del programa es promover acciones preventivas y formativas frente a las adicciones y otras conductas de riesgo, dirigidas al alumnado y el profesorado de los contextos universitarios de la Ciudad de Madrid, con el fin de dotarles de conocimientos y herramientas necesarios para fomentar el desarrollo de hábitos saludables y disminuir los posibles daños derivados de consumos y conductas de riesgo relacionadas con las adicciones.

El objetivo general se operativiza en los siguientes objetivos específicos:

1. Proporcionar una perspectiva integral del consumo de drogas, teniendo en cuenta la variedad y especificidad de cada sustancia, así como la forma y modos de consumo.
2. Ampliar y mejorar el conocimiento del alumnado universitario sobre los efectos y consecuencias de las diferentes drogas.
3. Identificar los procesos y mecanismos que rigen el discurso social de drogas en la actualidad y contribuir a formar un juicio personal crítico respecto del mismo.

4. Clarificar el concepto de prevención y los factores de riesgo y de protección que influyen en el consumo de drogas.
5. Incrementar el desarrollo de actitudes positivas del alumnado universitario hacia la práctica de conductas saludables.
6. Favorecer el conocimiento y la accesibilidad de los recursos inespecíficos y específicos de intervención en las adicciones, y en especial los asociados a la prevención promovidos desde el Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
7. Dotar a los y las agentes de prevención de habilidades y herramientas metodológicas que ayuden a conducir las sesiones formativas de una forma eficiente.

Estrategias metodológicas del PIUMAD

Desde el planteamiento inicial de PIUMAD y en base a las teorías en las que se apoya el programa se han ido conformando una serie de estrategias metodológicas que han guiado la programación de las diferentes actividades preventivas.

Análisis previo del contexto de los campus y adaptación a sus características específicas.

El conocimiento de la realidad sobre la que vamos a intervenir es imprescindible para ajustar los objetivos del trabajo e incidir en las carencias y las demandas. Entendemos por carencias aquello que, desde nuestra posición de observadores sociales, detectamos como problema o necesidad social, aunque no se explicita una demanda. Y entendemos por demanda aquello explícitamente solicitado por la población a los servicios públicos.

El análisis de la realidad es el procedimiento por el cual estableceremos la naturaleza y magnitud de las necesidades, problemas, recursos y potencialidades que afectan a la práctica de comportamientos saludables en el ámbito universitario.

El análisis agrupará el conocimiento de las diferentes fuerzas y factores que actúan tanto a favor como en contra de la consecución de los objetivos que nos marcamos. Estas fuerzas pueden ser internas (hace referencia a la realidad de la organización universitaria) o externas (identificamos el entorno donde vamos a actuar) y podemos estudiarlas mediante técnicas cualitativas, cuantitativas y participativas.

Además, contamos con los datos recogidos en el estudio *Hábitos de ocio y consumo en población universitaria menor de 30 años* (Nieves, 2010), de la Fundación Atenea, reconocido con el Primer Premio de Investigación y Ensayo Reina Sofía 2010 concedido por la Fundación para la Atención a las Toxicomanías de Cruz Roja Española (CREFAT), que nos permiten conocer mejor a la población con la que trabajamos y su consumo.

Intervención preventiva en contextos universitarios y desarrollo de estrategias informativas.

Uno de los criterios de clasificación de los programas y las actuaciones preventivas es el de las estrategias utilizadas. Sobre la clasificación de las actuaciones preventivas en función de las estrategias utilizadas existe un consenso bastante amplio.

Torjman Sherri (1986) clasifica las intervenciones en:

- Estrategias de influencia, dirigidas a incrementar los conocimientos y cambiar las actitudes de los individuos respecto a las drogas.

- Estrategias de desarrollo de competencias, dirigidas a mejorar los recursos y habilidades personales para afrontar las situaciones diarias de la vida.
- Estrategias de control, dirigidas a modificar las normas escritas o tácitas, los códigos, las actitudes y los comportamientos públicos en relación con las drogas.
- Estrategias de diseño ambiental, dirigidas a modificar los entornos inmediatos en los que viven los individuos.

Entendemos por estrategia informativa aquella que, por distintos procedimientos, se dirige a la difusión de conocimientos y a la modificación de actitudes relacionadas con el consumo de drogas u otros aspectos asociados, partiendo de la asunción de que estas variables condicionan, en mayor o menor medida y entre otros factores, la conducta que se trata de prevenir.

Habitualmente, la estrategia informativa incide sobre los conocimientos de los efectos de las drogas, los condicionantes de su consumo o las alternativas al mismo en los momentos o situaciones en que se suele consumir. Consideramos que nuestra estrategia informativa realizada en los contextos universitarios, contribuye también a consolidar las estrategias de influencia y desarrollo de competencias en materia preventiva con jóvenes adultos.

La metodología comunitaria en el microcontexto universitario.

El ámbito universitario conforma una pequeña sociedad y, como tal, podemos definirlo como un microcontexto y enfocar la intervención en el mismo desde un punto de vista comunitario. Las intervenciones comunitarias han mostrado su eficacia en la prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas.

Las características que definen la intervención comunitaria respecto a otro tipo de intervenciones, son las siguientes:

- Ubicación en un área geográfica concreta, (Campus de las universidades).
- Adaptación de la propuesta de intervención a las características del área concreta en la que se interviene, en nuestro caso, a las características de cada campus.
- Participación activa de todos los recursos sociocomunitarios, en nuestro caso: alumnado, docentes, asociaciones, PAS, colegios mayores, etc.
- Trabajo en red con profesionales del ámbito universitario y con los recursos de prevención y promoción de la salud del municipio: Servicios del área de Prevención del Instituto de Adicciones, Centros Municipales de Salud, recursos de salud de cada campus...
- Reconocimiento de la influencia del contexto sociocultural en la génesis de las adicciones.
- Cuenta con los recursos del contexto para el desarrollo del programa. Se parte de las fuerzas sociales disponibles y los espacios colectivos para abordar los problemas en toda su complejidad.
- Da relevancia a la existencia de lazos e intereses de los miembros de una comunidad.
- Concibe a los y las profesionales como un recurso más, no son los “prescriptores” de soluciones. Se otorga un papel protagonista a la población diana, los y las estudiantes, en el desarrollo del programa.

La formación de mediadores como estrategia preventiva: mediadores e iguales de referencia para los jóvenes.

En lo que se refiere al consumo de drogas, la sexualidad y, en general, la gestión de riesgos, los jóvenes no otorgan a los padres, al profesorado ni a los expertos sanitarios legitimidad para opinar, orientar y aconsejar. A los padres porque los viven ajenos a sus intereses (no sólo los ven sino que quieren verlos ajenos, como una forma de reforzamiento de la propia identidad diferencial) y básicamente controladores y reprobadores. Y a los profesores y a los expertos

porque “saben pero son excesivamente teóricos”, tienen unos conocimientos exactos pero alejados de los intereses de los jóvenes.

En este sentido, las experiencias de intervención a través de los iguales se han mostrado enormemente eficaces, ya que aportan una serie de ventajas entre las cuales encontramos:

- El conocimiento privilegiado del medio, de los destinatarios, de los patrones de consumo, costumbres y modos de actuar.
- Este conocimiento se debe a su cercanía, que también les concede la capacidad de detectar necesidades, actitudes y potencialidades de las personas con las que trabajan.
- Tienen la posibilidad de hacer prevención continuamente a partir de sus actividades cotidianas, de una forma transversal, no sólo específicamente.
- Este método resulta más efectivo que otros en relación con el coste.
- Los compañeros refuerzan el aprendizaje a través del contacto más directo.
- Son modelos a imitar, con lo cual, todo lo que ellos propongan será más fácilmente asimilado por los destinatarios que si lo imparte alguien ajeno, aunque su cualificación profesional pueda ser mayor.
- El conocimiento del medio que tienen hace que, a la hora de plantear actividades, sea conveniente darles responsabilidad en la toma de decisiones sobre cómo ejecutar las acciones.

El concepto de educación entre pares o iguales, como a menudo es referido, aboga por un intercambio de actitudes, comportamiento y fines compartidos entre personas en situación de igualdad, con una tendencia a homogeneizar el poder de la relación, y proporciona oportunidades singulares para abordar conflictos o dificultades personales.

La prevención de las adicciones en el currículo universitario.

La institución universitaria sigue siendo una de las organizaciones con mayor índice de credibilidad y confiabilidad. Sin duda, la universidad dispone de un importante potencial como formadora de futuros profesionales y, al mismo tiempo y de manera inseparable, como formadora de personas adultas.

Desde nuestro punto de vista parece viable compaginar la formación académica propia de las carreras universitarias con la formación crítica ante las cuestiones que atañen directamente a jóvenes, en este caso las adicciones. En este sentido muchas de las asignaturas que se imparten en las universidades, dentro de las diferentes disciplinas, tienen mucho que ver con la cuestión de las adicciones en sus aspectos más variados (psicología, economía, derecho, política, sociología...), lo que posibilita una visión interdisciplinaria de esta cuestión.

Por ello proponemos motivar y orientar al profesorado de los distintos campus a que incluyan las adicciones en el currículo, ofreciéndoles asesoramiento en el momento que lo precisen.

El uso de las nuevas tecnologías de la Información en el programa: la prevención digital.

Los jóvenes dedican una parte importante de su tiempo a “navegar por Internet” y por las “redes sociales” mediante el ordenador, las tabletas y los teléfonos de última generación, los “*smartphones*”. El protagonismo que ha cobrado la red hace imprescindible tenerla en cuenta no sólo para difundir información, aprovechando que es un medio rápido, accesible, facilita el anonimato y es capaz de llegar a mucha gente con muy pocos recursos, sino también para

ofrecer asesoramiento, contactar e interactuar con los usuarios. Se materializa de esta forma un cambio esencial en el que los jóvenes trascienden el tradicional papel de meros receptores de los programas preventivos situándose como potenciales emisores.

Según el estudio “Jóvenes e infotecnologías entre nativos y digitales”, de Antonio Fumero y Óscar Espiritusanto (Fumero y Espiritusanto, 2012) se puede realizar el siguiente análisis de la relación que los jóvenes establecen con las tecnologías de la información y comunicación: “Nuestros jóvenes y adolescentes nacen rodeados de elementos tecnológicos y mucho tiempo de su comunicación es online ya que las relaciones, el ocio, el entretenimiento, el aprendizaje, todo está en la red, en Internet. De esta forma el acceso a la red desde plataformas multimedia se convierte en algo esencial en sus vidas y en su desarrollo para adaptarse a la actual sociedad del conocimiento y tener conectividad con los miembros de su comunidad, son en definitiva herramientas que posibilitan estar y ser en sociedad”.

En la actualidad los jóvenes son nativos digitales, nacen en un entorno de Tecnologías de la Información y Comunicación y ven su uso como algo natural e imprescindible en su interacción con el entorno. La movilidad, la facilidad para crear, editar y compartir contenidos de todo tipo y la intensificación de las transacciones y las interacciones entre objetos y personas que pueblan la Red, han conseguido que sea cada vez más importante disponer de la capacidad para hacer “visible”, consumible, la ingente cantidad de datos, información y contenidos que generamos nada más conectarnos; tener la posibilidad de hacerlo de manera mucho más “inmediata”, en tiempo real, es aún más importante si cabe: hoy se habla de una evolución hacia la Web en tiempo real.

No hay duda por tanto de que las redes sociales y el acceso a la red a través de plataformas multimedia suponen “una explosión social” desconocida, consiguiendo que el rol de los adolescentes y los jóvenes se desarrolle a un nivel sin precedentes. Los investigadores identifican identidad, intimidad y sexualidad como los tres aspectos claves del desarrollo psicosocial en los que

la comunicación online puede influir; incluso con respecto a la identidad, los investigadores sugieren un efecto beneficioso sobre la autoestima.

En España (2011) Facebook y Tuenti lideran las redes sociales y siguen presentando un aumento de visitantes únicos (número de visitantes distintos que han accedido a su sitio durante un periodo determinado) y del promedio de minutos que los internautas españoles pasan en ellas. En mayo de 2011, más de 22 millones de visitantes únicos invirtieron más del 23% de su tiempo visitando redes sociales.

A pesar de los tópicos sobre el uso de Internet por parte de los jóvenes, apoyados por algunos resultados empíricos que permiten relacionar el uso de Internet para hacer nuevos amigos con niveles más bajos de bienestar, el hecho es que usan las redes sociales fundamentalmente para mantener el contacto con amigos que ya ven habitualmente, en sus centros de estudio, por ejemplo; además de para compartir y comentar fotos con ellos.

Hay pues un hecho indiscutible a tener en cuenta a la hora de plantearse un programa preventivo dirigido a los jóvenes: más de un 90 % entre 11 y 20 años tienen presencia activa en las redes sociales. Es un espacio en el que todos conviven, en el que se ponen en juego formas de comunicación, valores y relaciones. Realmente estaríamos hablando de trasladar en buena parte las ya “tradicionales” estrategias de captación de jóvenes en la calle a la red.

En cuanto a la búsqueda de información, los jóvenes buscan respuestas a sus preguntas navegando por Internet, si bien la información hallada no es siempre correcta, difundiéndose numerosos mitos y falsas creencias. El medio se ha mostrado útil, pero la fuente no es siempre veraz. Pensamos que podemos utilizar el acceso a Internet como medio para llegar a un gran número de universitarios con información veraz y desde la fiabilidad que suponen la dilatada experiencia de trabajo en prevención y el aval del Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

En el marco del PIUMAD, hablamos de prevención digital para referirnos al conjunto de actuaciones que se ponen en marcha en el marco de la comunidad virtual para promover la salud y reducir razonablemente la probabilidad de que aparezcan problemas relacionados con el consumo de drogas. La prevención debe realizarse en todos los espacios en los que se desenvuelve el individuo, y los datos nos están diciendo que los jóvenes se desenvuelven una parte importante de su tiempo en estas comunidades virtuales.

En resumidas cuentas se trata de ser conscientes de que una parte de la realidad social, y de lo que denominamos comunidad se ha trasladado al mundo virtual, y que, de hecho ese mundo virtual no existe al margen del que hasta ahora hemos llamado mundo real, ya que esta frontera es cada más difusa y los jóvenes de ahora transitan simultáneamente por ambas realidades que son una sola, sería un error no aprovechar las posibilidades que ofrece este nuevo medio. Desde el PIUMAD se trabaja en la búsqueda de estrategias para profundizar en el uso adecuado de las tecnologías entre las personas destinatarias.

Es preciso mencionar aquí una necesaria reflexión, al hilo de la mejora del conocimiento que vamos obteniendo en cuanto al uso de las TIC: si bien no parece suficientemente avalada por la evidencia científica la existencia de adicciones tecnológicas, es preciso hacer hincapié en la existencia de unos riesgos asociados a los usos problemáticos de las mismas y al mismo tiempo, la gran oportunidad que supone su uso saludable. Dentro de los posibles usos saludables, incluimos el desarrollo de las diferentes propuestas preventivas que, a través de las comunidades virtuales, se han puesto en marcha por parte de los jóvenes participantes en el programa.

A través de las redes sociales y la web, la población universitaria puede realizar consultas directas, recibiendo información, manteniendo el contacto con sus iguales, descargar documentación relacionada con la prevención, conocer recursos y links de interés, ver las fotos de las actividades realizadas, etc. El programa cuenta con perfiles en Facebook y Tuenti, lo que permite

tener presencia en este espacio relacional, accediendo de esta manera a la comunidad virtual al tiempo que se exploran las posibilidades que ofrecen las redes sociales. Como ejemplo, desde esta plataforma se ofrece la posibilidad a los mediadores de realizar sus prácticas a través de la red, como formato adecuado y eficiente a la hora de desarrollar estrategias informativas.

En actividades como el concurso de ideas para campañas preventivas, se han utilizado las redes para dar a conocer los trabajos finales así como se ha ofrecido la posibilidad de participar en el concurso como jurado estableciendo un sistema de votos para otorgar el premio del jurado.

Intervenciones grupales.

Las habilidades y las capacidades que se relacionan con la prevención de drogodependencias, como son la resolución de conflictos, la comunicación asertiva, la capacidad para decir no, la empatía, etc., se aprenden y entrenan en grupo. Las intervenciones grupales permiten educar a las personas para la reflexión y la acción necesarias para la prevención de drogodependencias y la práctica de comportamientos saludables.

Para el desarrollo de un adecuado trabajo grupal, los componentes del grupo deben recibir el mensaje constante de que, a lo largo de cada técnica, es imprescindible que ellos piensen, opinen, escuchen y actúen de un modo muy activo, dado que esta actitud del grupo es una condición indispensable para que aparezcan ideas, situaciones, intereses y problemas comunes cuyo abordaje va a beneficiarles a todos.

De esta forma, se favorecen las actitudes de cooperación y las relaciones cordiales, y se liman las asperezas. Poco a poco, con este estilo de dirección, con las técnicas y la red de interacciones que surgen, se irán creando sentimientos de seguridad y respeto mutuo, tan necesarios en las actividades de prevención.

El programa prevé la utilización del trabajo grupal en varias de las intervenciones previstas. Entre ellas encontramos:

- Formación de mediadores sociales y agentes de salud.
- Intervenciones grupales en contexto de ocio-fiesta de jóvenes universitarios.
- Intervenciones grupales en contextos relacionados con la universidad.

Entrevistas individuales: información y orientación a los universitarios sobre la gestión de riesgo.

Desde el programa se atienden las demandas individuales de jóvenes con necesidades de información y orientación sobre temas relacionados con el consumo de drogas y otros riesgos relacionados. Este tipo de demandas se recogen de forma individualizada. Las demandas que suelen realizarse son:

- Efectos de las sustancias a corto y largo plazo.
- Cómo actuar ante situaciones problemáticas relacionadas con las drogas.
- Consecuencias legales relacionadas con las drogas.
- Riesgos relacionados con las drogas
- Información sobre la red de recursos específicos de drogas y su acceso.
- Información sobre otras adicciones.
- También, en ocasiones, nos han puesto en contacto con personas que conocen, para que éstas puedan realizar sus consultas.

Los y las profesionales del programa aprovechan las demandas individuales relacionadas con el consumo para proponer el establecimiento de metas a corto plazo relacionadas con el afrontamiento adecuado de los problemas

asociados al consumo de drogas, de cara a disminuir el consumo o abandonar el mismo.

Principios fundamentales de la intervención en PIUMAD.

A continuación exponemos los principios que guiarán nuestra intervención preventiva:

- Información veraz y objetiva sobre consumos (efectos físicos, psíquicos, sociales y legales), adaptada a las necesidades reales de los jóvenes.
- Información sobre los riesgos del consumo de drogas, sugerencias para detectar y evitar efectos adversos cuando se consume y, en caso de necesidad, orientación sobre atención especializada.
- Intervención flexible y dinámica, evitando los procedimientos y sistemas rígidos.
- Intervenciones adaptadas al mundo juvenil, desarrollando estrategias de promoción de la salud, gestión de riesgos y reducción de daños.
- No etiquetamiento.
- Enfoque global de las situaciones problemáticas. Perspectiva integral, inquietudes, valores, habilidades, intereses, necesidades...
- Intervenciones educativas.
- Motivación hacia el cambio de actitudes, conductas, hábitos no saludables.
- Fomento de la autonomía de los jóvenes, promoviendo la participación activa de los sujetos objeto de la intervención.
- Utilización de los recursos comunitarios.
- Intervenciones con los profesionales que conforman el ámbito universitario (personal docente y personal administrativo).

El rol de los profesionales del programa.

Para lograr nuestros objetivos, es importante que las personas que intervengan en el contexto universitario en materia de prevención sean capaces de:

- Transmitir interés por las demandas realizadas y dar continuidad a las mismas.
- Empatizar y escuchar activamente.
- Aceptar incondicionalmente a las personas con las que interviene, es decir, respetar a las personas aunque podamos no estar de acuerdo con sus actos.
- Cuidar la autenticidad y mantener una distancia óptima. No actuar de forma “paternalista”, ni “coleguista”, para ser personas dignas de confianza, manejando adecuadamente la libertad y la autoridad.
- Partir de los intereses reales de las personas con las que interviene.
- Detectar sus necesidades explícitas e implícitas.
- Resultar útil, enfocando la labor educativa a través del proceso de consecución de sus propios objetivos.
- Centrarse en sus potencialidades; valorar sus capacidades, sus cualidades.
- Lograr que las intervenciones resulten divertidas, utilizar el humor, sorprender, salir de la rutina, adaptarse a sus intereses.

Por tanto, las cualidades de los profesionales que desarrollarán el programa son:

- Conocimiento claro de las características de la población con la que se va a intervenir.

- Formación y experiencia en drogodependencias y otras adicciones.
- Formación en técnicas de comunicación.
- Formación en técnicas de información y consejo.
- Sensibilización ante las problemáticas de los jóvenes.
- Capacidad de orientación y derivación a recursos comunitarios.

CAPÍTULO 4: Actividades PIUMAD

El programa de prevención de adicciones en contextos universitarios, va dirigido a jóvenes universitarios, así como a toda la comunidad universitaria del municipio de Madrid, entendida ésta como personal docente, personal de administración y servicios (PAS) y autoridades académicas.

Las actividades que al programa se circunscriben van dirigidas por lo tanto a toda la comunidad universitaria, por lo tanto son también población diana tanto los responsables universitarios que facilitarán la concreción de los acuerdos necesarios para el desarrollo del programa, los docentes por su proximidad e influencia en los estudiantes universitarios, así como el Personal de Administración y Servicios, que a su vez, también son padres y madres.

Para cumplir los objetivos del programa y enmarcadas en las diferentes estrategias metodológicas identificadas se desarrollan las siguientes actividades en cada uno de los contextos universitarios en los que se interviene:

- Actividades informativas y de difusión.
- Asesoría Individualizada.
- Incorporación de contenidos al currículo universitario.
- Actividades formativas. Talleres de formación a mediadores
- Actuaciones diseñadas y aplicadas por los agentes preventivos formados.

Muchas de las actividades que más adelante proponemos son fruto de las aportaciones de los diferentes agentes, así como de una “selección natural” que ha ido operando durante estos años; de este modo presentamos las que, a fecha de hoy, se han mostrado más eficaces y han contado con una mejor acogida en la comunidad universitaria.

Actividades informativas y de difusión.

A continuación se describen un grupo de actividades encaminadas principalmente a dar a conocer las distintas actuaciones y objetivos del Programa PIUMAD a toda la comunidad universitaria.

Puntos Informativos:

Los puntos informativos son acciones informativas encaminadas a sensibilizar a la comunidad universitaria de la importancia de la promoción de hábitos saludables frente a posibles conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias.

Objetivos de los Puntos informativos:

- Informar sobre los efectos de las sustancias, comportamientos de riesgo y recursos específicos de drogodependencias.
- Sensibilizar a la población universitaria de la importancia de la promoción de hábitos saludables.
- Difundir información sobre actividades de ocio y tiempo libre desarrolladas por diferentes recursos y por las propias universidades.
- Detectar necesidades por parte de los diferentes componentes de la comunidad universitaria (alumnado, profesorado, PAS).
- Fomentar la participación universitaria y del voluntariado para las posteriores actividades que se desarrollan en el Programa.

Acciones de sensibilización en torno a temáticas concretas.

Desarrollo de acciones con motivo de la celebración de efemérides como el día mundial de la lucha contra el SIDA o el día mundial contra el consumo de alcohol. Se escogen temáticas que tengan relación con la salud y la

prevención, que nos permitan promover hábitos saludables y favorecer la sensibilización en la población universitaria.

Objetivos:

- Sensibilizar sobre temáticas específicas mediante la celebración de Días mundiales (VIH, tabaco, Salud, Nuevas Tecnologías,...)
- Sensibilizar a la población universitaria (incluido PAS, profesorado,...) de la importancia de la promoción de hábitos saludables.
- Implicar en el desarrollo de la actividad a los agentes de prevención formados en los cursos.

Actuaciones informativas y formativas en Centros y Recursos de interés conjunto.

Acciones de información, sensibilización, formación y gestión de riesgos en lugares asociados al contexto universitario frecuentados por jóvenes: Colegios Mayores, Fiestas universitarias, bares universitarios,...

Objetivos:

- Ofrecer información sobre temas relacionados con la salud, hábitos de vida saludable, sexualidad, información sobre sustancias, gestión de riesgo sobre consumo, conducción segura,... en espacios asociados al ámbito universitario.
- Acercar el programa a los espacios de ocio-fiesta frecuentados por jóvenes universitarios, así como a lugares asociados a la vida universitaria (Colegios Mayores por ejemplo).
- Sensibilizar a los jóvenes sobre la importancia de mantener hábitos de vida saludable y los riesgos asociados al consumo de sustancias: conducción, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados,...
- Implicar a los mediadores juveniles formados en el programa en las intervenciones de sensibilización realizadas en contextos de ocio-fiesta.

Actividades dirigidas al desarrollo de iniciativas que propicien la colaboración con las Universidades.

El Programa de prevención de las adicciones en contextos universitarios, nace con la intención de formar parte del entramado universitario, por ello se desarrollan estrategias que propicien la colaboración con las universidades, tanto con sus autoridades académicas, como con sus docentes. Actualmente la convalidación por créditos de libre elección en la Universidad Complutense de Madrid (UCM) o en la Universidad Rey Juan Carlos (URJC), o la inclusión de las actuaciones de PIUMAD en la estrategia de Universidad Saludable en la URJC, es garantía de consolidación del programa. La firma de acuerdos de colaboración con las Universidades Madrileñas que se puedan ir anexando a los convenios generales, fortalece también la consolidación del programa.

Objetivos:

- Fomentar y/o sumarse a iniciativas que vinculen la docencia o la investigación con la prevención de adicciones de manera oficial con distintas universidades.
- Acordar colaboraciones estables que garanticen la continuidad de las iniciativas del Instituto de adicciones de Madrid Salud y las Universidades.

Actividades de difusión de PIUMAD en medios de comunicación y redes sociales.

A menudo los medios de comunicación se hacen eco de las actividades de PIUMAD y las redes sociales asociadas al programa (Facebook PIU 2.0 y Tuenti PIU Atenea) se encargan de difundir las distintas actividades desarrolladas en el marco de nuestra intervención, generando un mayor acceso de la población universitaria al trabajo desarrollado, así como la participación de los mismos en nuestras campañas específicas.

Objetivos:

- Aumentar la visibilidad del programa PIUMAD.
- Sensibilizar e influir en la opinión pública.
- Fomentar el conocimiento de las actividades desarrolladas en el programa y la participación de la comunidad universitaria.

Muchas de las actuaciones del PIUMAD han tenido una gran repercusión en los medios de comunicación. En este sentido creemos que difundir las actuaciones de PIUMAD sirve para sensibilizar a la población sobre la problemática, contribuye a dar voz a los y las jóvenes universitarias y a ofrecer una imagen positiva de la juventud, desde el momento en que se implica en actuaciones como las que se proponen desde el programa dirigidas a una mejora de su contexto más cercano.

Asesoría individualizada.

La asesoría individualizada se lleva a término en cada uno de los campus en los que se desarrolla el programa, aprovechando los espacios creados en los puntos informativos para realizar consultas breves, la consulta a través del correo electrónico: universidad@ateneagrupogid.org o teléfono y desde nuestras redes sociales: Facebook PIU 2.0 y Tuenti PIU Atenea.

Objetivos:

- Ofrecer un servicio individualizado de asesoría sobre temas relacionados con la salud, adicciones y sexualidad.
- Impulsar el uso de las redes sociales para hacer consultas o pedir información sobre nuestro programa.
- Facilitar la accesibilidad a recursos y servicios especializados, teniendo en cuenta las necesidades de cada persona.

- Implicar a los mediadores juveniles formados en las asesorías realizadas a través de las redes sociales bajo la supervisión de los técnicos de PIUMAD.

Incorporación de contenidos de Promoción de la Salud al currículo universitario.

La incorporación de contenidos al currículo universitario requiere el compromiso y colaboración del personal docente en el proyecto de prevención que se desarrolla desde el programa PIUMAD. Este hecho, contribuye a fomentar la sensibilización hacia la prevención desde la formación académica.

Objetivos:

- Sensibilizar, proporcionar criterios que favorezcan la implicación y colaboración del alumnado universitario en la prevención del uso problemático de drogas.
- Sensibilizar y favorecer la implicación del profesorado en la promoción de hábitos saludables en el currículo y la prevención de adicciones.
- Promover un espíritu crítico acerca del discurso social sobre drogas.
- Desarrollar una estrategia preventiva integral basada en la colaboración de todos los agentes de la comunidad universitaria.

Durante los últimos años se han desarrollado sesiones con alumnado de la Facultad de ciencias de la información de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Las sesiones nos han permitido realizar actuaciones preventivas en los contextos formales, como es el propio aula, incorporando aspectos de interés profesional. Las sesiones se han orientado hacia el análisis del tratamiento que recibe por parte de los medios de comunicación la temática de las drogas.

Actividades formativas.

La formación de mediadores juveniles para la prevención es una de las actividades centrales del programa, ya que desde una metodología de educación entre iguales permite la participación activa de la población universitaria en el mismo.

La oferta formativa que se hace anualmente en los diferentes campus cuenta con reconocimiento desde las propias universidades en forma de créditos, lo que supone un aliciente motivacional y pone de manifiesto la implicación de las universidades en la formación y dinamización del alumnado en la promoción de hábitos saludables y la prevención de adicciones en la propia universidad.

La formación en el programa PIUMAD supone un espacio de reflexión sobre el fenómeno de las adicciones en cada contexto y un laboratorio de ideas para el desarrollo de diferentes acciones preventivas. Por otra parte nos permite tener un feed-back continuo sobre la realidad del consumo de sustancias por parte de la población universitaria, un análisis que nos aporta el propio alumnado que participa en las formaciones.

Los diferentes cursos de formación de mediadores juveniles para la prevención de adicciones tienen una duración de 20 horas teórico-prácticas, distribuidas en 5 sesiones de 3 horas y 5 horas dedicadas a la realización de las prácticas obligatorias. A lo largo de la formación se trabajan contenidos sobre prevención de adicciones, prevención de riesgos asociados al consumo de sustancias y uso saludable de las nuevas tecnologías.

Desde el programa se ofrecen cuatro propuestas formativas, que se adaptan a las diferentes realidades y necesidades que nos encontramos. La propuesta inicial se ha visto modificada durante todos estos años y se han ido programando con gran éxito cursos específicos en prevención y gestión de riesgos a partir de la identificación de situaciones específicas durante el desarrollo de las diferentes acciones.

Al inicio del curso escolar se ofrece a las distintas universidades la siguiente oferta formativa:

- CURSO DE FORMACIÓN DE MEDIADORES JUVENILES PARA LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES.
- CURSO DE FORMACIÓN DE GESTIÓN DE RIESGOS EN LA PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS.
- CURSO DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN ASESORÍA SEXOLÓGICA, PREVENCIÓN DE ITS Y EMBARAZOS NO DESEADOS.
- CURSO SOBRE EL ANÁLISIS DE USOS ADECUADOS DE LAS TICS.

Una vez finalizada la formación, el alumnado distribuido en pequeños grupos diseña, ejecuta y evalúa una acción en la propia universidad poniendo en juego los conocimientos adquiridos y completando de este modo su formación con una actividad práctica en un contexto real.

Las acciones formativas nos permiten contar con un grupo de chicos y chicas, jóvenes formados, a los que se le da la oportunidad de participar en otras actividades del programa, actuando como agentes de salud.

Los objetivos que persiguen las acciones formativas son:

- Fomentar que las personas participantes identifiquen su rol de mediador juvenil y reconozcan las potencialidades y limitaciones en prevención.
- Sensibilizar, proporcionar criterios y favorecer la implicación y colaboración del alumnado universitario en la prevención del uso problemático de drogas y otros comportamientos adictivos.
- Favorecer el conocimiento de los recursos inespecíficos y específicos de intervención en las drogodependencias, y en especial los asociables a la prevención.

- Proponer recursos metodológicos y conceptuales para la actuación en prevención a través de actividades.
- Potenciar el desarrollo de acciones preventivas por parte de los propios alumnos para contar con su posterior colaboración en otras actividades del programa.

Para lograr alcanzar los objetivos se emplea una metodología que se basa en los siguientes principios:

- Ajustarse a la población destinataria, partiendo de sus conocimientos previos, experiencia y opiniones.
- Los formadores serán motivadores, aportarán conocimientos novedosos e incitarán a la reflexión.
- Los grupos serán reducidos para aumentar la calidad del trabajo grupal, de entre 15 – 20 participantes.
- Se fomentará la participación, utilizando la interacción en el grupo como estrategia de aprendizaje enriquecedor y valiéndose del uso de diversas técnicas como: trabajo en grupos, debates, tormenta de ideas, análisis de casos, role playing,...
- Se tenderá al equilibrio entre los aspectos conceptuales, actitudinales y procedimentales.
- Se motivará al alumnado para que participe en la creación de materiales informativos y hagan propuestas de actividades preventivas a desarrollar por ellos mismos.
- Para el desarrollo de las prácticas, las personas formadas propondrán actividades de sensibilización a realizar en el campus u otros lugares frecuentados por la población universitaria.

Los cursos, además de estar dotados con créditos universitarios, cuentan con un reconocimiento oficial desde el instituto de Adicciones.

Actuaciones diseñadas y aplicadas por los agentes preventivos formados.

Como parte práctica de los cursos de formación para mediadores juveniles en prevención de adicciones, las alumnas y alumnos formados deberán definir, ejecutar y evaluar una intervención a desarrollar en el propio contexto universitario, bajo la supervisión de los técnicos del programa. Esta actividad se presenta como obligatoria y complementaria de la formación recibida en el aula y permite evaluar la acción formativa.

Se dedica toda una sesión de los cursos de formación a la programación de las prácticas, en la que los alumnos proponen actividades que serán supervisadas por los técnicos del programa.

Dado que son los propios alumnos y alumnas quienes diseñan, planifican y ejecutan las actividades, queda abierto el número y el tipo de acciones que realizan en cada curso. El formador o formadora tutoriza esta actividad haciendo propuestas, aportando información veraz cuando sea necesario y garantizando que las actividades se incluyen dentro de los objetivos del programa. Algunas de estas actividades, las que más éxito han tenido, han llegado a repetirse e incluso han sido reproducidas en los Puntos Informativos para dinamizar y aumentar su visibilidad en lugares concurridos de las universidades.

Algunas de las acciones realizadas durante este tiempo han sido:

Actuaciones en zonas de ocio juvenil/universitario

A continuación describimos brevemente algunas de las actividades diseñadas por los mediadores y mediadoras formadas:

OPERACIÓN ARRIESGADA

La actividad comienza con el lanzamiento de un dado, en el cual aparecen cuatro sustancias (alcohol, cannabis, cocaína y drogas de síntesis). Una vez que se ha tirado el dado y se ha elegido la sustancia, se realiza una pregunta sobre dicha sustancia y, a continuación, sobre un muñeco, los/as participantes señalan cuáles son los órganos dañados por la sustancia de la que estamos hablando. De esta manera ellos mismos comprueban el nivel de conocimientos que tienen sobre las diferentes sustancias, contribuyendo a la desmitificación de los efectos y consecuencias de las drogas, a la vez que se les ofrece información nueva.

PASAPALABRA

Simulando al juego televisivo Pasapalabra, la persona participante deberá responder correctamente a las preguntas sobre drogas y riesgos del su consumo, como son los riesgos asociados a las relaciones sexuales, la conducción o el aumento de la violencia. Al igual que en los ejemplos descritos con anterioridad, con esta actividad se consigue una transmisión de información dinámica y participativa hacia la población universitaria, así como contribuir a desmitificar falsas creencias en torno al consumo y sus consecuencias.

PASSWORD

En esta actividad la participación es por parejas: una es la encargada de dar pistas a su pareja para que consiga adivinar la palabra a que se le ha indicado y la otra intenta adivinarla. Las palabras estarán relacionadas con la prevención de adicciones. Con esta actividad, se consigue transmitir información veraz en torno al consumo de sustancias de una forma dinámica y participativa. De esta forma conseguimos que más personas se interesen por la información sobre sustancias que transmitimos desde nuestro programa.

Concurso de ideas para campañas publicitarias de prevención.

Dentro de las actuaciones desarrolladas por los mediadores formados en el curso de formación para mediadores juveniles en prevención de adicciones, en la Facultad de CC de la Información de la UCM, se realiza todos los años, un concurso sobre campañas publicitarias para la prevención.

El concurso se creó con el objetivo de aprovechar los conocimientos, las habilidades y la creatividad del alumnado de la Facultad de Ciencias de la Información para generar materiales de sensibilización en cualquier soporte, que vayan dirigidos a la población universitaria y que redunden en la prevención del consumo de drogas, así como que aporten información veraz sobre los efectos a corto, medio y largo plazo de las diferentes sustancias contribuyendo a concienciar sobre los riesgos del consumo.

En la última edición se otorgaron dos premios de entre todas las campañas presentadas, un *premio del jurado* decidido por los miembros de un jurado compuesto por autoridades académicas, técnicos del Instituto de Adicciones de Madrid Salud y profesionales de la Fundación Atenea y un *premio del público* otorgado a través de las votaciones realizadas por jóvenes a través de las

redes sociales del programa: Facebook PIU 2.0 y Tuenti PIU Atenea. Los videos ganadores de las sucesivas ediciones del concurso, se difunden a través del perfil del PIUMAD en dichas redes y en las páginas web del Instituto de Adicciones de Madrid Salud y de la Fundación Atenea.

CAPÍTULO 5: La evaluación en el PIUMAD.

La importancia de evaluar los programas preventivos.

Entendemos como evaluación el seguimiento de la actuación a la largo de todas las fases de la intervención: planificación- ejecución – ajuste- planificación. Su puesta en marcha se programa en varios momentos del desarrollo para mejorar la intervención, dando a conocer el grado de consecución de los objetivos planteados.

Cuando hablamos de programas, políticas e intervenciones sociales reales, evaluar significa producir información que a la vez sea rigurosa y relevante en torno a los mismos. El proceso de evaluación (Ver Gráfico 5.A.) se enmarcaría en la medición producida tras el desarrollo de los programas con el objeto de producir información sobre el mismo que posibilite pautas de mejora que retroalimenten el programa permitiendo mejorar su planteamiento y enriqueciendo la acción.

Al enfoque de la evaluación que aquí se plantea se la ha llamado “evaluación realista”³ porque implica una permanente retroalimentación entre los aspectos teóricos ,la hipótesis y los datos recogidos en el trabajo de campo, así como su análisis en el contexto específico del programa, para volver a reformular la teoría. Posibilitando una medición de los resultados pero también de las dinámicas de forma que se produzcan pautas de mejora para adaptar el programa a su contexto. Consideramos esta hecho una base fundamental para todo programa vinculado a la prevención con jóvenes cuyo lenguaje y pautas

³ Comas Arnau , D. “Adolescentes en Hirusta: Resultados de una evaluación. Fundación Gizakia.2004

están en constante cambio, y de la adaptación a las mismas dependen en gran medida el impacto del programa.

Por todo ello el enfoque de la evaluación se rige por dos objetivos fundamentales ha de ser útil y práctica. Instituirse en la herramienta de mejora para los programas, y finalmente ayude a tomar buenas decisiones a los responsables técnicos, políticos o administrativos a los que se ha encomendado la gestión del programa.

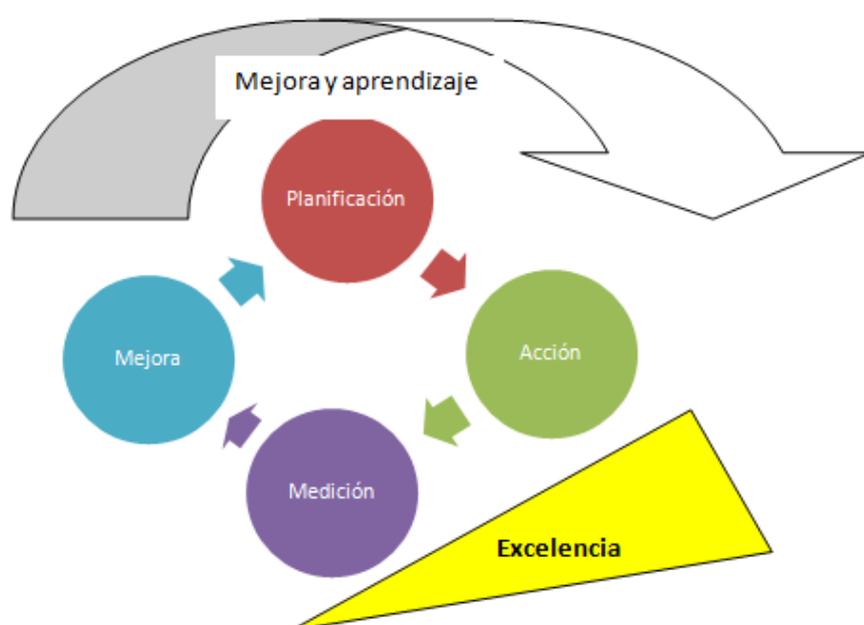


Gráfico 5.A. Fuente: Propia basada en bucle de calidad de Edward Deming.

En los anexos se incluyen tres herramientas de evaluación que nos permiten recabar información tanto del personal formador como del alumnado.

Las herramientas que se adjuntan son un cuestionario para el personal formador, un cuestionario para el alumnado y un guión de *focus group* o grupo de discusión.

En cuanto a los cuestionarios, ambos han sido testados en el ciclo de desarrollo del programa, tanto con los formadores como con el alumnado. Recogen indicadores relacionados con el desarrollo de la formación y los contenidos de la misma, incluyéndose espacio y preguntas abiertas encaminados a recoger nuevas necesidades y procesos de mejora, con el objeto de disponer de información necesaria para una posterior revisión y actualización de este material.

Para la elaboración de los mismos se ha tenido en cuenta la experiencia del Programa de Prevención en Contextos Universitarios de Madrid, el capítulo de evaluación de *Prevenir en Madrid: Programa municipal de prevención de drogodependencias en contextos universitarios. Manual para el profesorado* (Babín, 2004) y los artículos de *Herramienta de evaluación de material didáctico impreso* (Prendes y Solano, 2004) y de *Materiales educativos en educación para la salud. Criterios de análisis y elaboración* (Gallego, 2006).

En cuanto al *focus group* o grupo de discusión, es una actividad que se realiza con un grupo de mediadores formados en un momento posterior a la formación, encaminado a obtener indicadores sobre el impacto de la misma.

La evaluación se enmarca dentro del proceso de mejora continua, en el proceso de bucle de calidad, como herramienta de aumentar la calidad de las intervenciones.

Focus Group o Grupo de Discusión.

Como se ha mencionado anteriormente, la realización de un grupo de discusión con posterioridad a la finalización de la formación tiene como objeto obtener información sobre el impacto que la misma ha tenido sobre el alumnado.

Por ello, se aconseja su realización en el cuatrimestre siguiente a la realización de la formación. Esto implica que se ha de informar al alumnado de la intención de desarrollar esta dinámica en un momento posterior a la finalización de la

misma, y que las personas interesadas han de facilitar una forma de contacto que permita su localización posterior.

La realización de esta dinámica facilita así mismo un segundo momento de contacto entre la población formada como mediadora, potenciando su cohesión y empoderamiento como mediador en su centro.

Ha de tenerse en cuenta en todo momento que la realización de este grupo implica un proceso de realización, procesamiento y análisis de la información, que ha de ser calendarizado dentro de las labores del personal formador. El resultado del grupo ha de volcarse en un documento de análisis, cuya estructura puede seguir los mismos bloques temáticos presentes en el guión.

Para profundizar en el conocimiento de este método de investigación cualitativo, pueden resultar útiles las lecturas de *El grupo de discusión* (Aguilar, 1998) y *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (García Ferrando, Ibáñez y Alvira, 2000).

MATERIALES DE TRABAJO

Desarrollo de una propuesta formativa del PIUMAD.

MÓDULO 1

EL MEDIADOR SOCIAL Y EL FENÓMENO DE LAS ADICCIONES

A través de los contenidos de esta unidad, se pretende clarificar la figura del mediador social y sus funciones, así como posicionarnos dentro del modelo multidimensional de las adicciones, a través del cual nos aproximamos al discurso social y a la representación actual del fenómeno de las drogodependencias.

OBJETIVOS:

1. Fomentar que los/as participantes identifiquen su rol de mediador/a juvenil y reconozcan las potencialidades y limitaciones de la prevención.
2. Enmarcarnos dentro de un modelo multidimensional de las adicciones.
3. Identificar los procesos y mecanismos que rigen el discurso social de drogas en la actualidad y contribuir a formar un juicio personal crítico respecto del mismo.

ACTIVIDADES:

Actividad 1. (1 hora)

Técnica de presentación:

DESARROLLO

El objetivo de esta técnica es conocer al grupo, pedir a sus componentes que expliquen las expectativas que tienen del curso y las razones por las que participan en la formación.

Otro objetivo de esta actividad es recoger la concepción que tiene el alumnado sobre la prevención y la mediación social, para matizarlo y clarificar su definición.

Desarrollo de la técnica:

Cada participante debe escribir en una hoja:

- Su nombre
- La carrera que está realizando
- Una palabra que defina la prevención
- Una palabra que defina la mediación social.

Después se levantan y pasean por la sala con la hoja en un lugar visible. Seguidamente deben reunirse en parejas, tríos, cuartetos (dependiendo del tamaño del grupo) y poner en común lo expresado en las hojas, así como las siguientes cuestiones:

- Razones por las que participan en el curso.
- Formación previa en esta temática.
- Experiencias previas en prevención.
- Etc.

Con toda esta información deben componer un resumen de lo expresado. Finalmente, uno de los integrantes de la pareja, trío,... explica el contenido del resumen elaborado y la entrega al formador/a.

Una vez se han presentado, se realiza en primer lugar un ajuste de expectativas, explicando los objetivos y contenidos del curso a lo largo de las diferentes sesiones. Posteriormente, a partir de las palabras con las que los participantes identifican el concepto de mediador/a social, se va exponiendo el concepto y características de la figura del Mediador Social, diferencias con otras figuras de la comunidad (voluntario, profesional,...), roles que desempeña, ventajas y dificultades de esta estrategia. Se debe fomentar que el

grupo reflexione sobre la relación de las funciones de la mediación social con su propia realidad.

Actividad 2. (30 min)

Técnica Modelo Multidimensional.

DESARROLLO

Se divide a los participantes en grupos de igual tamaño. Se plantean las siguientes cuestiones:

“¿Qué pensarías de la situación económica de una persona española que en los años 40 tenía un coche?”

“¿Qué pensarías de la situación económica de una persona española que en la actualidad tiene coche?”

Una vez realizado un breve debate de los grupos, se hace una puesta en común. Las respuestas que interesa resaltar en la puesta en común son las siguientes:

De la primera persona podemos saber que tenía una buena situación económica, ya que en esa época el coche no estaba al alcance de la mayoría.

Respecto a la segunda persona, deberíamos tener más información (marca y modelo, antigüedad, si es de primera mano o no, en qué trabaja, si tiene otras propiedades,...) ya que el coche en la actualidad, es usado por la mayoría de las personas, independientemente de su estatus.

El formador/a plantea ahora una nueva cuestión a los grupos:

“¿Qué pensarías sobre una persona si os dijera que consume drogas?”

Tras un breve debate, se refuerza la siguiente idea: al igual que en el ejemplo anterior, la simple referencia a un consumo de drogas no nos aporta información suficiente sobre la situación de la persona.

El/la formador/a propone que se vayan señalando, a modo de lluvia de ideas, las informaciones que sería necesario recoger para poder definir un consumo de drogas. Se van anotando en la pizarra. Posteriormente se comparan y, finalmente, se explica el modelo multidimensional del fenómeno de las drogodependencias.

Actividad 3 (1 hora).

Distintas percepciones del fenómeno de las drogas.

DESARROLLO

Se divide el grupo en 4 subgrupos:

1. Uno de los grupos debe analizar las noticias que normalmente se dan acerca de drogas en los medios de comunicación, teniendo en cuenta las diferencias que existen entre las noticias en función de las distintas sustancias.
2. Otro grupo debe analizar la percepción de las drogas en general y de cada una de las sustancias en particular por parte de los adultos.
3. El tercer grupo debe analizar la percepción de las drogas en general y de cada una de las sustancias en particular por parte de los menores (adolescentes).
4. El último grupo debe analizar la percepción de las drogas en general y de cada una de las sustancias en particular por parte de los iguales (universitarios/as o jóvenes de su entorno, de su grupo de referencia).

Posteriormente, se pondrán en común todas las respuestas y se establecerá un debate sobre cómo influyen los estereotipos acerca de las drogas y de cada una de las sustancias en la percepción que tenemos sobre su consumo. A continuación, se debatirá sobre las diferencias que existen en la percepción en

función de las edades, así como la influencia que ejercen los medios de comunicación en esa percepción.

Todo ello nos proporcionará una perspectiva más ajustada del discurso y la representación social sobre de las drogas que existe en la actualidad.

MATERIALES NECESARIOS

- Documento 1 del anexo 2: Mediador Social
- Documento 2 del anexo 2. Modelo Multidimensional en el fenómeno de las drogodependencias.
- Documento 3 del anexo 2. Representación Social

Para la Actividad 3: Si existe la posibilidad de disponer de ordenador y conexión a internet en el aula, el grupo que debe analizar las noticias sobre drogas en los medios de comunicación puede servirse de las nuevas tecnologías para desarrollar su trabajo. En caso de no disponer de ordenador e Internet, se pueden llevar noticias seleccionadas en formato impreso.

MÓDULO 2

DROGAS Y CONCEPTOS ASOCIADOS

Esta unidad didáctica tiene como objetivo dar a conocer las diversas sustancias, la clasificación de las mismas en estimulantes, depresoras y perturbadoras, así como sus efectos y consecuencias. También tiene como objetivo proporcionar una definición objetiva de los conceptos de uso, abuso, dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia. Y como fin último, esta unidad pretende ajustar la percepción del riesgo de las sustancias a la realidad, posibilitando una gestión del riesgo basada en el conocimiento empírico.

Es importante recordar que nuestra población diana es joven-adulta, por lo que la información que les brindemos va a favorecer que su percepción del riesgo del consumo sea más adecuada y que se ajuste a la realidad de cada sustancia. Esta percepción adecuada, apoyada además en la definición multicausal del consumo problemático de drogas no sólo referido a las consecuencias físicas o psíquicas, sino también del entorno social y relacional, va a mejorar la gestión del riesgo por parte de la juventud universitaria.

OBJETIVOS:

1. Proporcionar una perspectiva integral del consumo de drogas, teniendo en cuenta la variedad y especificidad de cada sustancia, así como la forma y modos de consumo.
2. Ampliar y mejorar el conocimiento del alumnado universitario sobre los efectos y consecuencias de las diferentes drogas.
3. Proporcionar una percepción de riesgo ajustada.
4. Promover la gestión del riesgo en contextos de consumo.

ACTIVIDADES:

Actividad 1. (1:30 horas)

¿Qué es la droga?

DESARROLLO

Para clarificar el concepto de droga, se le pregunta al grupo por qué cree que a algo se le llama *droga*. A partir de los conceptos que van saliendo (adicción, dañino,...) se explica el concepto de droga, uso - abuso, dependencia física y psicológica, efecto de tolerancia, tolerancia cruzada (ver documento 6).

Actividad 2. (2:30 horas)

Efectos y consecuencias de cada una de las distintas sustancias.

DESARROLLO

Una vez aclarado el concepto de droga y dependencia física y psicológica, se explican las diferentes sustancias. Para ello, se divide el grupo en 5 subgrupos y cada uno de ellos elige un sobre que contiene una droga concreta. A continuación, los miembros de cada grupo exponen todo lo que saben en torno a la sustancia (efectos, consecuencias, mitos,...).

Una vez que se han expuesto las conclusiones, el/la mediador/a va rectificando o corroborando la información, aclarando los mitos relacionados con determinadas drogas (ver documento 7).

Además de las drogas expuestas en el documento 7, se puede hablar de otras drogas, como la heroína, ketamina, GHB, legal Higts,...

Para finalizar la sesión, se puede invitar a que los jóvenes expresen su opinión en torno a la legalización o no de las drogas.

MATERIALES NECESARIOS

- Documento 4 del anexo 2: “Conceptos relacionados con el uso de drogas”
- Documento 5 del anexo 2: “¿Cómo se clasifican las sustancias?”

Para contribuir a una mejor explicación sobre las sustancias y clarificar conceptos, pueden usarse vídeos disponibles en la web: piezas de series televisivas, material informativo sobre composición y tratamiento de algunas sustancias como la cocaína...

MÓDULO 3

PREVENCIÓN

A través de los contenidos de esta unidad didáctica, se ofrecerá una visión global sobre la prevención de drogodependencias: características de las acciones preventivas, niveles de prevención, tipos de prevención, estrategias preventivas, factores de riesgo y protección. También se dotará al alumnado de una serie de contenidos, habilidades y procedimientos que, desde unas actitudes concretas, sirven para abordar la prevención de las drogodependencias.

OBJETIVOS:

1. Conocer y significar el concepto Prevención de drogodependencias.
2. Conocer diferentes enfoques preventivos existentes.
3. Conocer qué tipos y modos de prevención se dan actualmente.
4. Conocer qué se entiende por factores de riesgo y factores de protección.
5. Manejar un lenguaje común con respecto a la prevención.

ACTIVIDADES:

Actividad 1. (10 min.)

¿Qué entendemos por prevención?

DESARROLLO

Se van explicando, de forma interactiva, los conceptos de este bloque (modalidades y niveles de intervención).

Para explicar las estrategias preventivas, se pregunta al grupo qué entienden por cada una de ellas y se van clarificando con ejemplos reales. Por último, se clarifica que ninguna estrategia preventiva es más importante que otra, todas deben complementarse para realizar un buen trabajo preventivo.

Actividad 2.(50 min.)

Debate sobre los factores de riesgo relacionados con el uso problemático de drogas.

DESARROLLO

- Se divide al alumnado en 5 grupos.
- A cada grupo se le asigna un contexto: Macrosistema, Microsistema: Individual, Microsistema: Familia, Microsistema: Amigos, Microsistema: Escuela. Cada grupo debe identificar qué factores de riesgo existen en el contexto que se le ha asignado y posteriormente exponer en común los factores que ha considerado.
- Conforme los grupos van exponiendo sus factores de riesgo, se establece un debate en torno a los mismos y se complementan aquellos que no haya expresado el grupo.
- Finalmente, hay que dejar claro que un factor de riesgo no causa un consumo, sino que aumenta la probabilidad de que éste se produzca. Por lo tanto, cuantos más factores de riesgo existan mayores probabilidades habrá de que se dé esa conducta.
- Por último, partiendo de los factores de riesgo identificados, se pueden señalar los factores de protección.

Actividad 3. (30 min.)

Visualizar los factores de riesgo.

DESARROLLO

Una vez analizados los factores de riesgo y de protección, se visualizarán dos escenas de películas con el objetivo de reforzar cómo afectan los

factores de riesgo a nuestras conductas. Para ello, utilizaremos las siguientes escenas:

- *Película “Historias del Kronen”: Escena del puente*

Se dice al alumnado que visualicen la escena e intenten identificar los factores de riesgo que aparecen en ella. Una vez vista, se van anotando en la pizarra los factores de riesgo que el alumnado va diciendo. Si es necesario, se matizan algunas intervenciones y se añaden los factores que no se hayan identificado.

Claves para el mediador:

Factores de riesgo individuales: Se deja llevar, dependiente, no sabe decir no,...

Factores de riesgo grupo: Presión del líder del grupo, presión de los amigos, presión del entorno.

- *Película “Martin H”: Escena sobredosis y Escena Padres*

Se dice al alumnado que visualicen la escena e intenten ver los factores de riesgo que en ella aparecen. Una vez vista la escena de la película, se van anotando en la pizarra los factores de riesgo que el alumnado va comentando. En caso necesario, se matizan algunas intervenciones y se añaden los factores que no se hayan identificado.

Claves para el mediador:

Escena Sobredosis:

Factores individuales: No se encuentra bien, quiere evadirse convenciendo a su novia para fugarse, el rechazo de ella contribuye a que tenga una actitud más pasiva y de riesgo, vive el presente, sin importarle las consecuencias.

Factores riesgo grupo: El grupo de amigos es consumidor, actitud positiva hacia las drogas y el riesgo.

Escena Padres:

Factores de riesgo Familiares: Padres separados que se desentienden de su hijo, ninguno de los progenitores quiere estar con él, lo visualizan como una carga. Padre consumidor y con mensaje positivo del consumo de alcohol delante del hijo. Padres sin normas ni límites claros, permisivos, con una actitud de decepción hacia el hijo, no establecen momentos de diálogo y negociación entre ellos para intervenir sobre las actitudes y conductas del hijo. No hay prácticamente comunicación padre-hijo ni madre – hijo.

MATERIALES NECESARIOS

- Documento 6 del anexo 2: “¿Qué entendemos por prevención?”
- Documento 7 del anexo 2: “Factores de Riesgo y Protección”

Materiales audiovisuales de apoyo que se pueden emplear:

- Película “Historias del Kronen”: Escena del puente (40min. 10seg)
- Película “Martín H”: Escena Sobredosis (2min, 30seg- 6min, 55 seg)
- Película “Martín H”: Escena Padres (17min, 40seg – 26min, 50 seg)

Estas películas se pueden encontrar en bibliotecas públicas y fondos documentales de instituciones que trabajan en Prevención de las adicciones.

MÓDULO 4

HABILIDADES DEL MEDIADOR JUVENIL

El objetivo general de nuestro programa es formar al alumnado universitario para fomentar la prevención del consumo de drogas y otras conductas de riesgo. Para el cumplimiento de este objetivo, es fundamental que la población universitaria no sea una mera receptora de dicha información, sino que se convierta en participante activa de la estrategia preventiva difundiendo información ajustada a la realidad entre sus iguales. Esta unidad didáctica tiene como objetivo brindar las habilidades básicas necesarias para transmitir la información sobre drogodependencias, para que el alumnado se convierta en un mediador juvenil en su entorno. Por ello, en esta unidad didáctica se destacará la importancia del mediador social como recurso preventivo y se trabajarán las habilidades del mediador, como son la comunicación verbal y no verbal, los estilos comunicativos, la asertividad, la escucha activa, las habilidades de conversación, el momento clave y el modelado.

OBJETIVOS.

1. Entender la comunicación como un recurso interpersonal, fundamental para transmitir adecuadamente la información.
2. Reflexionar sobre las situaciones que favorecen la comunicación interpersonal.
3. Poner en práctica las habilidades necesarias del mediador social.

ACTIVIDADES:

Actividad 1. (1:30 horas)

Estilos comunicativos

DESARROLLO

En primer lugar, se habla de la importancia del mediador social como recurso preventivo y de la importancia de sus habilidades para transmitir la información. Para trabajar las habilidades comunicativas que debe tener todo mediador, se piden seis voluntarios para realizar 3 role-playing. Los demás participantes harán de observadores.

Role playing 1: Comunicación pasiva (Texto correspondiente del doc. 8)

Role Playing 2: Comunicación agresiva (Texto correspondiente del doc. 8)

Role Playing 3: Comunicación asertiva (Texto correspondiente del doc. 8)

A cada pareja se le da una situación de discusión entre iguales, o bien la escogen ellos. A continuación, deben representarla adoptando los papeles claros de pasivo, agresivo y asertivo, según los criterios que tienen descrito en el texto del documento 8 del anexo 2.

El resto del grupo debe observar y apuntar las características de la comunicación, las habilidades de conversación y la comunicación no verbal, teniendo en cuenta los contenidos que aparecen en el citado documento.

Un grupo observará teniendo en cuenta **LA ESCUCHA ACTIVA**

Otro grupo observará teniendo en cuenta **LAS HABILIDADES DE LA CONVERSACIÓN**

El tercer grupo observará teniendo en cuenta **LOS HÁBITOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA COMUNICACIÓN**

Una vez que se han realizado todos los Role Playing, cada pareja describirá cómo se ha sentido y, a continuación, los observadores señalarán qué formas de comunicación se han utilizado en cada caso, empezando con la comunicación pasiva, luego la agresiva y finalmente la asertiva.

Con todo ello, estableceremos conclusiones acerca de la forma más adecuada para comunicarnos, teniendo en cuenta la importancia de fomentar la escucha activa y adoptar un estilo de comunicación asertivo y evitando los hábitos negativos de la comunicación.

Actividad 2. (30 min.)

Modelado y momentos clave

DESARROLLO:

Para completar esta temática, debemos tener en cuenta la importancia que tienen los modelos en las actitudes hacia el consumo de drogas, así como la importancia de los momentos clave para establecer una conversación significativa acerca de los temas que pueden resultar conflictivos o complicados.

El Modelo: Además de lo que se explica en el documento 10 del anexo 2, podemos poner un ejemplo de modelo incoherente. Un modelo incoherente sería, por ejemplo, un padre que fuma, pero que no quiere que sus hijos adquieran ese hábito. Si, en lugar de hablar de ello, sólo se prohíbe el consumo, el modelo se vuelve incoherente, lo que se dice no se interioriza y quizás se tomen decisiones contrarias a lo que se pretendía. Si, por el contrario, el modelo asume que fuma, podrá explicar detenidamente las razones por las que no le gustaría que sus hijos lo hicieran. Por ejemplo: “-No me gustaría que fumarais; fijaos cómo toso por las mañanas, cómo me canso, cómo me huele el aliento a tabaco...” Al explicar cada una de las aportaciones negativas del consumo, se hacen comprensibles las razones de la negativa a fumar por parte de los hijos, a pesar de que se sea fumador. Todo ello debe ir acompañado de otras actitudes como evitar fumar en casa, o hacerlo en un

lugar restringido, de forma que se modele también una actitud de respeto hacia el no fumador y se transmita la idea de que el tabaco es una sustancia dañina.

El Momento clave: Un ejemplo de momento clave puede ser aquel en el que se está dando una noticia sobre el consumo de cannabis y se aprovecha la situación para plantear una conversación acerca de la sustancia, partiendo de la opinión de la persona con la que nos interesa conversar. Así, empezaríamos preguntando: “Y a ti, ¿qué te parece lo que están diciendo?” “¿Qué opinas?”. Después de conocer su opinión, aportaríamos la nuestra, manteniendo siempre el respeto por la opinión del otro.

MATERIALES NECESARIOS

- Documento 8 del anexo 2.
-

MÓDULO 5

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y PREVENCIÓN.

A través de los contenidos de esta unidad se pretende promover entre los mediadores sociales un análisis objetivo sobre la influencia de los medios de comunicación en la prevención de drogodependencias, dada su capacidad para influir en la opinión pública y en la percepción social sobre el consumo y los consumidores de drogas.

OBJETIVOS.

1. Conocer la percepción social del fenómeno de las drogas y cómo influye en la prevención.
2. Promover el análisis objetivo de los estereotipos sociales que existen sobre las drogas y los consumidores, y el papel que los medios de comunicación juegan al respecto.
3. Propiciar una visión realista sobre la responsabilidad de los medios de comunicación en la socialización y, más concretamente, en la prevención de drogodependencias.
4. Propiciar un análisis crítico de la información que aparece sobre drogas, facilitando su desmitificación y capacitando al alumnado para adoptar una visión crítica al respecto.

ACTIVIDADES:

Actividad 1. (1:40 horas)

Análisis de anuncios sobre drogas.

DESARROLLO

En primer lugar se divide al grupo en subgrupos y se ponen diferentes anuncios, previamente seleccionados entre los materiales de la FAD

A cada grupo se le asignarán un par de anuncios que deben analizar teniendo en cuenta las siguientes cuestiones:

- A quién va dirigido el anuncio.
- Qué mensaje o mensajes pretende transmitir.
- Los mensajes se expresan en positivo o en negativo.
- Han cumplido su objetivo
- Cuando vosotros/as lo visionasteis en TV, comprendisteis lo que querían transmitir.
- Os llegó el mensaje.
- Creéis que cuando se ve un anuncio de este tipo la gente reflexiona acerca del consumo o creéis que no.

Con esta dinámica se pretende reflexionar sobre las campañas institucionales de prevención en los medios de comunicación y también analizar en términos publicitarios las características idóneas que deben reunir los contenidos y los mensajes en relación al público destinatario.

Actividad 2. (20 min.)

Publicidad encubierta.

DESARROLLO

Por último, se analizará la publicidad que se realiza sobre el consumo desde diferentes programas, series y documentales de TV. Es lo que podemos llamar publicidad encubierta, ya que, al no estar visualizando expresamente un anuncio sobre una bebida, nuestra mente tampoco se prepara para recibir información acerca de beber alcohol. Desde algunos programas televisivos se da una visión positiva del consumo, por ejemplo del consumo de alcohol; casi sin darnos apenas cuenta, vamos adquiriendo un mensaje positivo del lo que significa consumir alcohol. Esto ocurre cuando vemos una serie de televisión concreta, donde los protagonistas se van “de cañas” para pasarlo bien con los amigos, donde la gente divertida consume alcohol, frente al que es más retraído, cuando en los programas de televisión se habla de tomarse “un vinito con tal comida”,...

Todo ello, a través de un debate, donde se aporten ejemplos de publicidad encubierta, con el objetivo que ser más críticos y darnos cuenta de cómo se transmiten mensajes contradictorios acerca del consumo, en función de la sustancias y los intereses.

MATERIALES

- Anuncios de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) para campañas de Televisión.
 - Otros anuncios que puedan descargarse de Internet y que estén relacionados con el tema que nos ocupa.
-

MÓDULO 6

DISEÑO DE PRÁCTICAS: ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO POR PARTE DEL ALUMNADO

Uno de los objetivos prioritarios de intervención en contextos universitarios es implicar a la comunidad universitaria en la prevención del consumo de drogas. Para conseguirlo, consideramos que una vez formado el alumnado universitario, la mejor forma de difundir la información preventiva es a través de la estrategia de educación de pares. Para ello, esta unidad didáctica se centrará en la elaboración y posterior realización de una actividad preventiva por parte del alumnado en un espacio de ocio con otros jóvenes universitarios.

OBJETIVOS:

1. Potenciar el desarrollo de acciones preventivas y educativas por parte del alumnado hacia sus iguales.
2. Ofrecer información y orientación a jóvenes en espacios de ocio, relacionada con el consumo de drogas y otros riesgos asociados, por parte de sus iguales.
3. Propiciar la difusión estable de materiales relacionados con la prevención en los espacios frecuentados por ellos.

ACTIVIDADES:

Actividad 1. (30 min.)

Claves del proceso preventivo

DESARROLLO

A través del documento 10 del anexo 2 “Claves de proceso preventivo”, se van trabajando a través de ejemplos cada una de las claves a la hora de transmitir a otros la información preventiva.

Actividad 2. (1 hora)

Gestión del riesgo

DESARROLLO

Para completar la información sobre las sustancias y reforzar los conocimientos del alumnado, se trabajará la gestión del riesgo de las diversas sustancias.

Se divide el grupo en 4 o 5 subgrupos. A cada subgrupo se le asigna una sustancia y cada uno de ellos debe explicar cómo gestionar el riesgo de su sustancia, reproduciendo los contenidos del Documento 13 del anexo 2, y teniendo en cuenta las claves del proceso preventivo de la actividad anterior.

Tendrán que realizar una puesta en escena, como si realizaran una práctica. Para ello, pueden imaginar que están en un lugar de consumo, como por ejemplo un botellón, y plantear cómo transmitirían esa información en ese contexto.

Actividad 3. (1:30 horas)

Planificación de las Prácticas.

DESARROLLO

Cada grupo deberá elaborar una actividad dinámica en la que se transmita información preventiva y gestión del riesgo respecto a una o varias sustancias.

Para ello, deberán rellenar en el aula la ficha práctica (documento 14 del anexo 2) en el aula. Durante este proceso, el mediador puede hacerles sugerencias e incluso, si ya se han realizado otras experiencias, ponerles imágenes para orientarles. Una vez finalizada la elaboración de la práctica teniendo en cuenta qué se va a realizar, dónde, cuándo y los materiales necesarios, se procederá a la valoración de la formación por parte del alumnado y profesorado.

MATERIALES

- Documento 9 del anexo 2: Claves del Proceso Preventivo
 - Documento 10 del anexo 2: Ficha Práctica
-

MATERIALES DE TRABAJO

Fichas de trabajo para las acciones formativas.

DOCUMENTO 1:

¿QUÉ ES UN/A MEDIADOR/A SOCIAL?⁴

“Cualquier ciudadano que, estando implicado en la vida de la comunidad, cuenta con una posición social estratégica que le otorga el reconocimiento de sus conciudadanos, es sensible a las necesidades y problemas del entorno y puede recibir informaciones de carácter científico e institucional y trasmitirlas de manera eficaz, a determinados colectivos sociales, lo que le convierte, junto con la capacidad de liderazgo, en un agente de cambio social” (Comas, 1989)

Puede:

- × **Crear opinión entre su grupo**
- × **Ser modelo de actitudes y comportamiento**
- × **Ser dinamizador/a de la comunidad**
- × **Conectar diversas partes de la comunidad**

Si leemos detenidamente la definición encontramos cualidades implícitas que le convierten en un **agente del cambio social**:

- Liderazgo
- Sensibilidad a las necesidades y problemas del entorno,
- Posición privilegiada de información y movilización.

No existe un perfil universal del mediador. En función del colectivo y del contexto donde quiera desarrollar su labor, así será el perfil idóneo.

⁴ Tomado del Manual de formación de mediadores sociales. Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2006

Algunas de las funciones que puede desempeñar el mediador juvenil:

1. **Creador de opinión.** facilita la transmisión de información veraz y objetiva y modificar el discurso social.
 2. **Modelo de actitudes y comportamientos.** Las personas aprendemos hábitos, actitudes y normas que se nos transmiten y a través de la propia observación.
 3. **Participar en el entorno comunitario.**
 4. **Facilitar el acceso a recursos.**
 5. Impartir **sesiones relacionadas con la prevención** de las drogodependencias
-

DOCUMENTO 2:

EL ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL 5

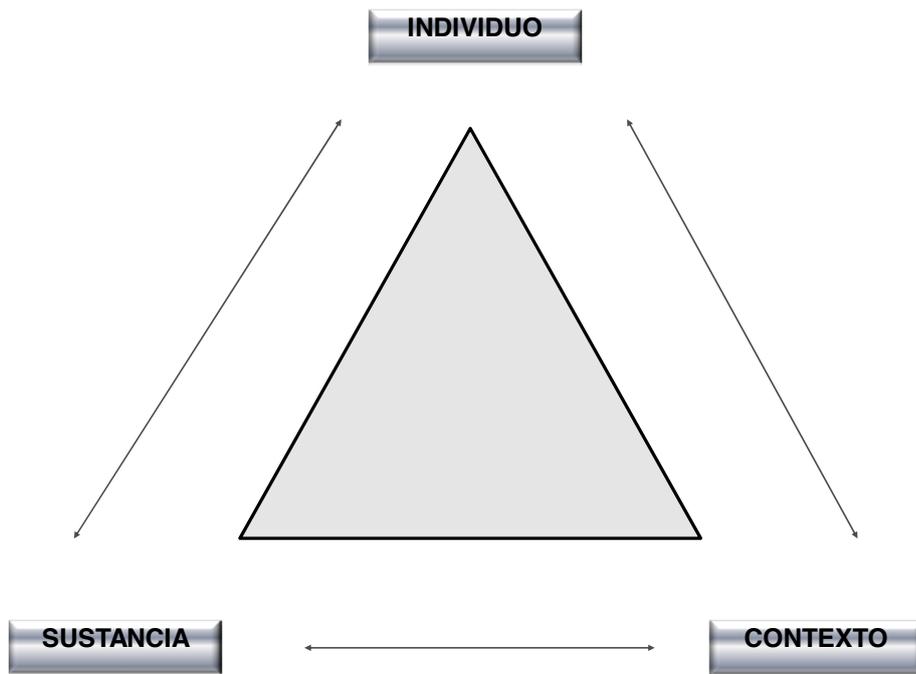
El fenómeno del uso de drogas debe ser observado y analizado como un sistema en interacción entre los siguientes elementos:

- La **sustancia**: tipo de droga, cantidad, frecuencia, vía de consumo...
- El **sujeto** que las consume: edad, sexo, motivaciones para consumir, percepción del riesgo...
- El **contexto social** donde se realiza el consumo: el contexto más próximo (escuela, amigos, familia, trabajo...) y el contexto más alejado (medios de comunicación, publicidad, valores sociales...).

Estos elementos son mutuamente influyentes. Por ejemplo, el uso de alcohol puede tener efectos muy diferentes dependiendo de las características de los sujetos que la consuman (su edad, estado anímico y de salud...) y/o dependiendo del contexto donde se produzca (en una fiesta familiar, en el trabajo, en un centro penitenciario...). El peso específico de los diferentes componentes y sus influencias variarán según los diversos momentos históricos y culturales. Por ejemplo: el consumo de heroína no ha tenido las mismas consecuencias en la década de los 80 que en la actualidad.

Esta forma de observar y comprender el fenómeno del uso de drogas se ha denominado **modelo multidimensional**. Gráficamente podemos representarlo mediante un triángulo.

📖 Tomado del Manual de formación de mediadores sociales. Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2006



DOCUMENTO 3:

REPRESENTACIÓN SOCIAL:

En el caso concreto de las drogas, entendemos por representación social el conjunto de creencias y actitudes que tiene la población (individuos, grupos e instituciones) hacia las drogas y sus consumidores.

Las representaciones sociales tienen dos efectos fundamentales:

- o La creación de la opinión pública, que denominamos discurso social.
- o La influencia sobre los comportamientos y, por lo tanto, sobre la evolución del propio fenómeno. Por ejemplo, el discurso social sobre las drogas de síntesis ha sido el siguiente: diversión, sexualidad, inocuidad... Estos estereotipos han podido incitar a algunos jóvenes al consumo.

La complejidad y variabilidad del fenómeno ha ido modificando la representación social de las drogodependencias.

Algunas de las **características que lo definen en la actualidad** son (Megías, Comas, Elzo, Navarro y Romaní, 2000):

- Disminuye la identificación de la heroína como “la droga” y del heroinómano como único dependiente.
- Los medios de comunicación informan casi exclusivamente sobre el tráfico y los poblados marginales y botellón juvenil.
- Existe la falsa creencia de que las drogas ilegales se consumen mucho más que las legales, llegando a infravalorarse el consumo de éstas.

- Aumenta ligeramente la población que asocia alcohol y tabaco como drogas. El cambio no es homogéneo pues existen diferencias por grupos de edad.
- Con relación a la peligrosidad se percibe con un alto nivel de peligrosidad a la heroína, cocaína, drogas de síntesis y anfetaminas, y con un menor grado de peligrosidad a las drogas legales y al cannabis.
- Se piensa que los problemas tradicionales han mejorado ligeramente (delincuencia, jeringuillas en la calle...), pero se perciben nuevas dificultades (consumos de fin de semana, botellón...).
- Como en décadas anteriores, los adolescentes perciben su propia ingesta de sustancias como algo manejable, aunque piensan que otros jóvenes son impulsivos, descontrolados y desfasados. Los adultos, en cambio, ven a los jóvenes como descontrolados y en grave riesgo

El mediador social debe evitar el discurso social estereotipado sobre las drogas ya que "lo que pienso de un fenómeno influye en mi actuación". Para ello, necesita una información veraz sobre datos de consumo, perfiles de consumidores, motivaciones para el consumo...

Una de las tareas principales consiste en conocer, y en algunos casos modificar, el discurso social sobre drogas de los individuos y colectivos con los que trabaja, ya que las ideas, creencias y actitudes preconcebidas actúan como filtro ante cualquier nueva información, dejando pasar únicamente aquellos fragmentos del mensaje que se ajustan a la representación social mantenida. Por ejemplo, un joven que piensa que el éxtasis es inocuo cuando un medio de comunicación habla del golpe de calor puede pensar que le engañan, que falsean la información...

DOCUMENTO 4.

CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL USO DE DROGAS

DROGA

“Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, produce cambios en la percepción, las emociones, el juicio o el comportamiento y es susceptible de generar en el usuario la necesidad de seguir consumiéndolo”.

Si leemos detenidamente la definición encontramos las siguientes características:

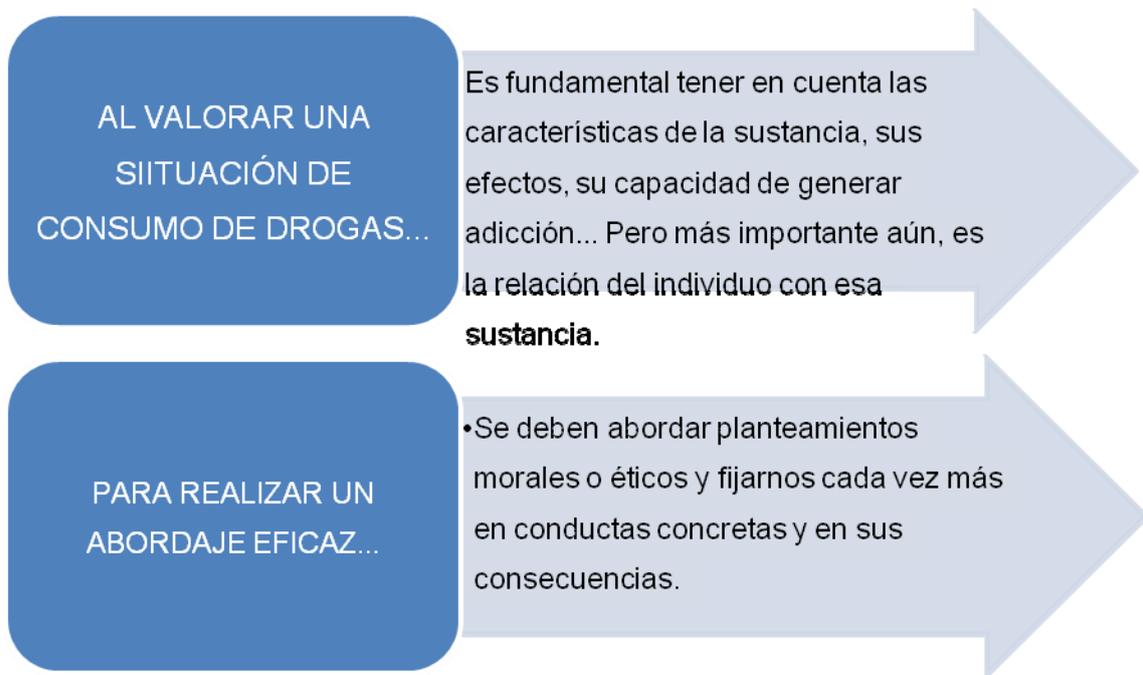
- Es necesario introducirla en el organismo para que produzca un efecto.
- Modifica el sistema nervioso. Hay sustancias depresoras (alcohol, heroína...), estimulantes (cocaína, éxtasis...) y perturbadoras (cannabis).
- Su consumo puede generar dependencia.

Por tanto, no existe “la droga”. Existen diversas sustancias más o menos adictivas, consumidas de distintas formas (oral, inhalada, esnifada...), por diferentes personas y que pueden dar lugar a diferentes tipos de situaciones más o menos problemáticas.

Si admitimos el modelo multidisciplinar anteriormente expuesto, el **concepto de droga hay que situarlo desde una perspectiva global ya que:**

- Factores ajenos a la sustancia pueden determinar los efectos. Por ejemplo, las expectativas que tiene el sujeto que consume pueden influir en los efectos.

- El momento histórico determina el significado. La heroína no tiene la misma relevancia social en la década de los 60 que en la actualidad.
- Las funciones varían en cada contexto. Por ejemplo, no tiene la misma connotación fumarse un porro en el parque o en el patio del IES.
- El consumo de algunas sustancias, dependiendo del contexto, puede ser adecuado o dar lugar a consumos perjudiciales. Por ejemplo, en el caso de las benzodiacepinas, cuando no las prescribe el médico.



USO

Es aquella relación con las drogas en la que, por su escasa cantidad, por la baja frecuencia y por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se producen consecuencias negativas sobre el consumidor ni sobre su entorno.

ABUSO

Es aquella relación con la sustancia en la que se producen consecuencias negativas para el consumidor o para su entorno, bien por la cantidad consumida, por las circunstancias en que se produce el consumo (por ejemplo, antes de conducir un autobús) o por las características individuales (por ejemplo, un menor de 13 años).

Podemos diferenciar dos tipos de situaciones que pueden generar consecuencias problemáticas:

- o Mantenimiento continuado en el tiempo de determinados patrones de consumo. Por ejemplo: beber un litro de vino y dos copas de coñac al día.
- o Determinadas características en las que se produce el consumo, aunque no tenga continuidad temporal:
 - o Relacionadas con la sustancia: intoxicación por elevada cantidad (por ejemplo, beberse 6 copas una noche); tomar varias sustancias juntas, potenciando sus efectos (por ejemplo, alcohol y benzodiazepinas...).
 - o Frecuencia. Por ejemplo, estar 4 días de marcha...
 - o Las características de la persona: edad, embarazo...
 - o Las circunstancias en las que se produce: manejo de máquinas peligrosas, conducir transportes, tareas que requieren mucha precisión...

Podemos afirmar que la frontera entre uso y abuso es difícil de establecer. De hecho en ocasiones, personas que hacen uso de una sustancia no son conscientes del momento en que empiezan a abusar de ella. Además hay algunas sustancias que, ya sea por su poder de generar adicción o porque su consumo conlleva entrar en un mercado ilegal, su uso implica tantos riesgos que, en la práctica, cualquier forma de uso es abuso.

El abuso puede llevar a la dependencia, pero puede existir abuso sin que genere inconvenientes inmediatamente y sin que haya aparecido dependencia.

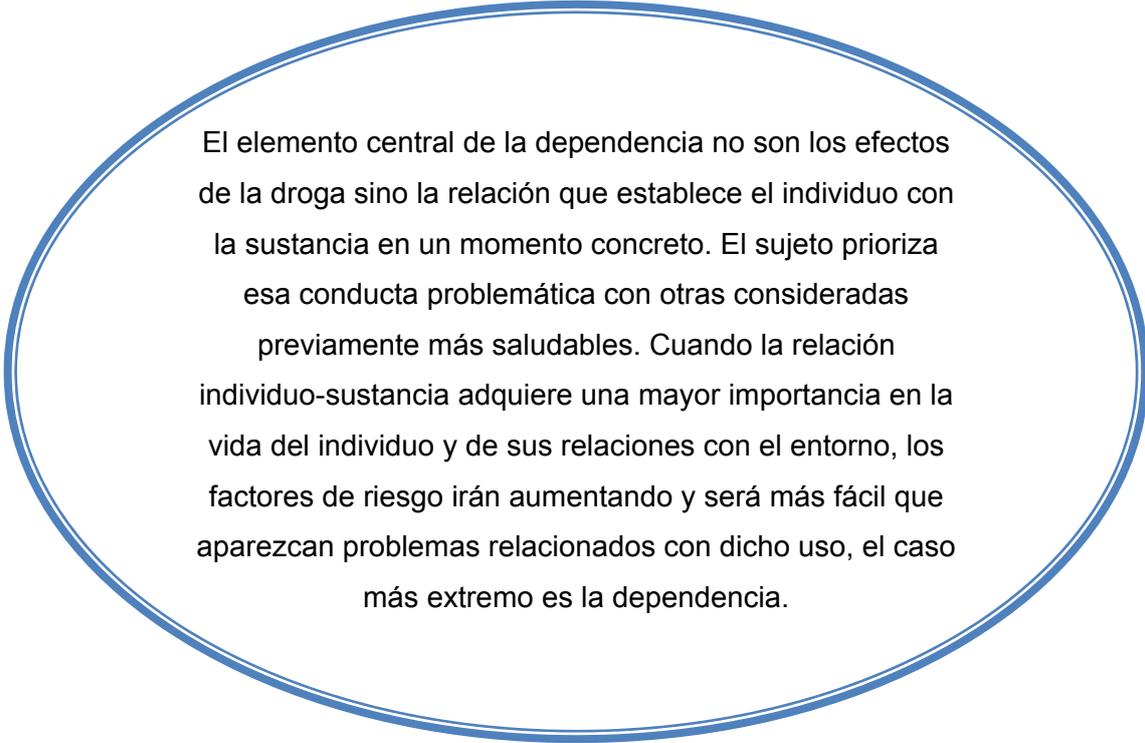
DEPENDENCIA

Es la situación generada por una diversidad de factores fisiológicos, psíquicos y sociales que, en conjunto, impulsan al sujeto a seguir consumiendo de forma continua o regular para sentir los efectos, o para evitar el malestar que produce

la privación de la sustancia, a pesar de la situación negativa que puede suponerle el consumo de drogas.

De lo anterior se desprende que una persona puede tener una dependencia aún cuando no consuma con mucha frecuencia e incluso aunque tome dosis moderadas. Por ejemplo, lo que ocurre si se asocia el salir de marcha y consumo como única forma de diversión.

Por tanto, varios elementos definen la dependencia (características farmacológicas, dosis, tolerancia, frecuencia y tiempo dedicado al consumo...).



El elemento central de la dependencia no son los efectos de la droga sino la relación que establece el individuo con la sustancia en un momento concreto. El sujeto prioriza esa conducta problemática con otras consideradas previamente más saludables. Cuando la relación individuo-sustancia adquiere una mayor importancia en la vida del individuo y de sus relaciones con el entorno, los factores de riesgo irán aumentando y será más fácil que aparezcan problemas relacionados con dicho uso, el caso más extremo es la dependencia.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Es el conjunto de signos y síntomas físicos y psíquicos que aparecen cuando se deja de consumir o se disminuye el consumo de una o varias drogas y que, por tanto, ponen de manifiesto un proceso previo de dependencia a las mismas.

El síndrome de abstinencia es diferente para cada sustancia y ha tenido su relevancia en el discurso social. Por ejemplo, el síndrome de abstinencia a la heroína, que en situaciones normales es menos grave que uno relacionado con la supresión de alcohol o barbitúricos, se ha llegado a vivir por los heroinómanos y por sociedad como algo absolutamente trágico y doloroso.

TOLERANCIA

Cuando se consumen algunas sustancias, el organismo se adapta progresivamente a ellas de forma que, para sentir los mismos efectos, es necesario aumentar la cantidad de sustancia que se consume.

CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE LAS SUSTANCIAS:

- La sustancia tan sólo es un elemento más del complicado sistema de relaciones que componen el uso de drogas y en muchas ocasiones no es el más relevante.
 - El agente preventivo debe conocer las sustancias pero no es su tarea más importante ni su función primordial.
 - La “droga” es la catalizadora de una serie de connotaciones estigmatizadoras.
 - Para determinar los efectos de una droga, en numerosos consumos, los factores ajenos a ésta son a menudo más importantes que la acción farmacológica de la misma. Recordemos que los efectos dependen del tipo de droga, de la cantidad consumida, del ambiente en que se consume y de los efectos que se esperan conseguir.
-

DOCUMENTO 5

¿CÓMO SE CLASIFICAN LAS SUSTANCIAS?

Existen múltiples clasificaciones, pero las que nos resultan más útiles para el desempeño de nuestra tarea son las siguientes:

- Por sus efectos sobre el **Sistema Nervioso Central**:
 - **Depresoras**: Tienen en común su capacidad para entorpecer y hacer más lento el funcionamiento habitual del cerebro, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso de progresivo adormecimiento cerebral. Opiáceos (heroína, metadona, morfina, etc.), tranquilizantes, hipnóticos, alcohol...
 - **Estimulantes**: Aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, provocando un estado de activación que puede ir desde el insomnio, hasta un estado de hiperactividad. Cocaína, anfetaminas, nicotina, cafeína...
 - **Perturbadoras**: Alteran el funcionamiento del cerebro dando lugar a distorsiones perceptiva y alucinaciones. Cannabis, LSD...
- Por su **codificación cultural**:
 - Drogas institucionalizadas: Reconocimiento legal y uso normativo.
 - Drogas no institucionalizadas: Venta sancionada por la ley. De uso minoritario aunque son las que más alarma social generan.

ALCOHOL

¿Qué es?: Es un depresor del sistema nervioso central cuyo principal componente es el etanol. Es la droga más consumida y aceptada socialmente.

¿Cuáles son sus efectos?: Dificulta la coordinación y provoca pérdida de reflejos, así como alteración de la atención y del rendimiento intelectual, aunque lo que se busca habitualmente sea la desinhibición y la euforia provocadas por la relajación del control de las emociones que causa su consumo. Los efectos dependen de diversos factores: la edad, el peso, la cantidad y rapidez al beber, el tomar a la vez comida, etc.

Consecuencias del abuso prolongado: A nivel orgánico puede causar enfermedades hepáticas y digestivas y afectar al sistema cardiovascular. A nivel psicológico puede aparecer insomnio, irritabilidad, dificultades cognitivas, agresividad y otras consecuencias negativas a nivel social y familiar. El alcohol produce dependencia a nivel físico y psicológico, y su consumo aumenta la tolerancia a la sustancia (para conseguir los mismos efectos es necesario ingerir mayores dosis).

Algunos mitos:

EL ALCOHOL QUITA EL FRIO

- Produce una vasodilatación periférica y sensación de calor. Al calentarse la piel, provoca una disminución de la temperatura con enfriamiento del interior del cuerpo, por ello, las duchas de agua fría pueden causar hipotermia.

TABACO

¿Qué es?: Es un estimulante del SNC, que contiene más de 4.000 componentes tóxicos (destacan especialmente por su nocividad la nicotina, alquitranes, irritantes y el monóxido de carbono).

¿Cuáles son sus efectos?: Acelera el ritmo cardíaco y la respiración, provoca dificultad para respirar ante pequeños esfuerzos, dolor de cabeza, mal aliento, suciedad dental, merma los sentidos del gusto y del olfato. Aumenta el riesgo de tener anginas, constipados, tos y expectoraciones. Los efectos del tabaco no repercuten únicamente en los fumadores, sino que también afectan a su entorno (*"fumadores pasivos"*).

Consecuencias del abuso prolongado: Puede provocar enfermedades del sistema respiratorio (bronquitis crónica, enfisema pulmonar, cáncer de pulmón) y del sistema circulatorio

Algunos mitos:

**HAY COSAS MUCHO
PEORES QUE EL
TABACO.**

- El tabaco es una de las principales causas de muerte en los países industrializados y la causante de múltiples enfermedades.

**LOS CIGARRILLOS
LIGHTS NO HACEN
DAÑO, NO SON
CANCERÍGENOS**

- El grado de satisfacción del fumador depende de la concentración de nicotina, lo que se traduce muchas veces en un aumento del número de cigarrillos consumidos.

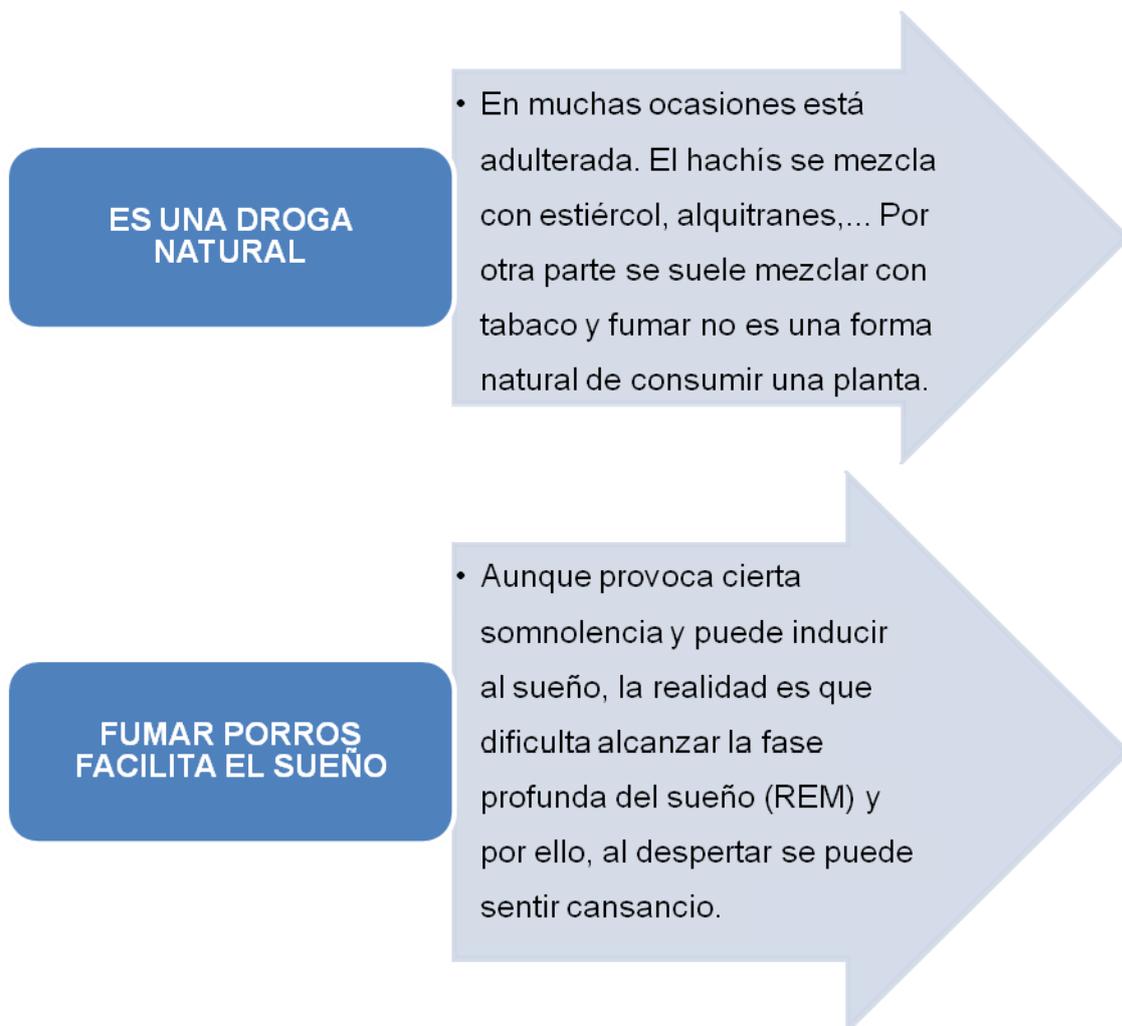
CÁNNABIS (*hachís, maría, costo, chocolate...*)

¿Qué es?: Proviene de la planta cannabis sativa y cannabis indica y sus derivados pueden ser la marihuana (flores, hojas y tallos triturados y secados al sol) o el hachís (la resina que se extrae de las flores de la planta hembra). El principal responsable de los efectos es el tetrahidrocannabinol (THC).

¿Cuáles son sus efectos?: Provoca alteración de la percepción, aceleración del ritmo cardíaco, descoordinación de movimientos, somnolencia, y dificultades de concentración, aunque los efectos buscados sean la sensación de relajación y desinhibición que provoca su consumo. A dosis elevadas es bastante frecuente que se produzca una bajada brusca de tensión, con mareo y palidez, que pueden ir acompañados de náuseas y vómitos (“amarillo”). En personas predispuestas, pueden darse episodios de ansiedad y otras alteraciones del comportamiento.

Consecuencias del abuso prolongado: A nivel orgánico puede producir problemas respiratorios, y a nivel psicológico provoca alteraciones de la memoria y la comprensión, entorpece las funciones de aprendizaje y altera la motivación y el sentido del tiempo. Además, a nivel psicológico genera dependencia y tolerancia.

Algunos mitos:



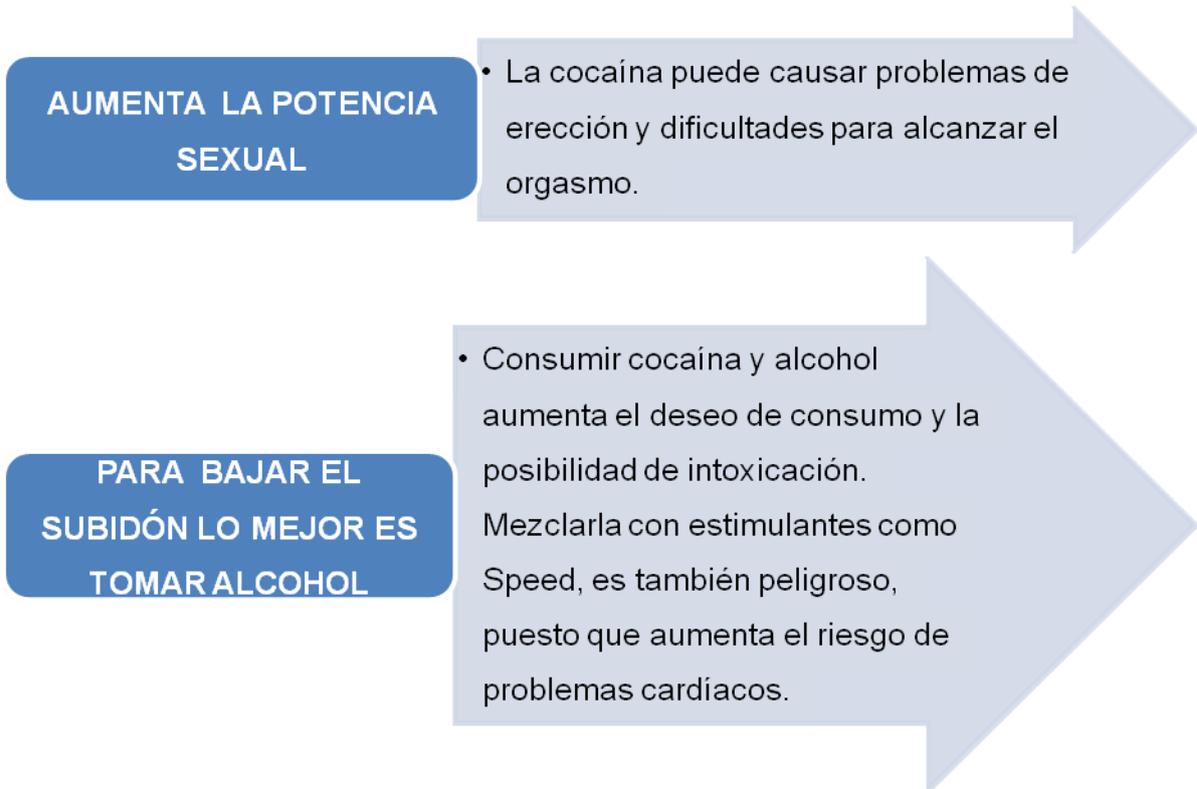
COCAÍNA

¿Qué es?: Es un estimulante del Sistema Nervioso Central que se obtiene en laboratorio mediante un proceso químico a partir de la hoja de la coca.

¿Cuáles son sus efectos?: Provoca un aumento de la presión sanguínea, del ritmo cardíaco y de la temperatura del cuerpo, así como agresividad, aunque generalmente se consume buscando la disminución de la fatiga y del sueño, la excitación y locuacidad que genera y el aumento de la seguridad en uno mismo.

Consecuencias del abuso prolongado: Puede facilitar la aparición de diversas afecciones cardiacas, insomnio, irritabilidad, depresión, alteraciones de la memoria, alucinaciones y delirios, etc. La cocaína provoca dependencia a nivel psicológico y genera una rápida tolerancia.

Algunos mitos:



ÉXTASIS (MDMA)

¿Qué es?: Es una sustancia química (metilendioximetanfetamina o MDMA) con efectos estimulantes y algunas propiedades alucinógenas. Se presenta generalmente en forma de pastillas, en polvo o en cápsulas.

¿Cuáles son sus efectos?: Provoca taquicardia, hipertensión, deshidratación, contracción de la mandíbula, desorientación e insomnio, aunque se consume buscando la euforia que produce, las ganas de hablar y de moverse, así como el incremento de la autoestima y la emotividad desinhibida. Uno de los efectos más peligrosos de su consumo es el *golpe de calor* (subida brusca de la temperatura del cuerpo). Pueden aparecer ataques de ansiedad y de episodios de paranoia.

Consecuencias del abuso prolongado: A nivel orgánico puede producir afecciones cardíacas, convulsiones, insuficiencia renal y hepática e infartos cerebrales; y a nivel psicológico puede dar lugar a depresión y delirios paranoides. Puede generar dependencia psicológica y tolerancia.

Algunos mitos:

EL ALCOHOL AYUDA A PONTENCIAR LOS EFECTOS DEL MDMA

- Beber alcohol aumenta el riesgo de deshidratación y la posibilidad de que aparezca un golpe de calor. No beber agua, llevar ropa no transpirable y el esfuerzo físico en exceso, sin hacer descansos también incrementan los riesgos.

SPEED

¿Qué es?: El sulfato de anfetamina es un estimulante del Sistema Nervioso Central, y suele presentarse en polvos y también en forma de cápsulas.

¿Cuáles son sus efectos?: Produce aumento de la tensión arterial y de la temperatura, excitación nerviosa e insomnio y en ocasiones agresividad y muecas exageradas y anormales de la mandíbula; pero la gente lo consume buscando la euforia que causa, así como la locuacidad, el aumento del grado de confianza y de satisfacción personal. También pueden incrementar el nivel de atención y concentración en tareas concretas.

Consecuencias del abuso prolongado: A nivel orgánico puede causar afecciones cardíacas, y a nivel psicológico depresiones, delirios paranoides, alucinaciones, trastornos de la atención y concentración, insomnio, cambios bruscos en el humor, etc. Genera una rápida tolerancia, además de dependencia a nivel psicológico.

Algunos mitos:

EL SPEED Y LA COCA COMBINAN MUY BIEN...

- Los efectos de ambas sustancias se potencian y, por tanto, su toxicidad, por lo que los riesgos aumentan (paranoia, agresividad, problemas cardiacos, etc)

EL SPEED FAVORECE LA POTENCIA SEXUAL

- Puede dificultar el acto sexual, afectando a la erección del pene y disminuyendo las secrecciones vaginales.

LSD (*tripis, ácidos...*)

¿Qué es?: Es la dietilamida del ácido lisérgico, sustancia perturbadora del Sistema Nervioso Central que suele presentarse en pequeños cuadrados de papel secante con diferentes dibujos o también en gelatinas.

¿Cuáles son sus efectos?: Alteraciones en la percepción sensorial, pudiendo dar lugar a alucinaciones, o distorsionando las formas de las cosas, los colores, los tamaños y los sonidos. Además, provoca dificultades de concentración, verborrea, hiperactividad y descoordinación motora. En ocasiones, pueden aparecer reacciones de pánico y angustia (*mal viaje*), y reaparición de alucinaciones tiempo después de haber consumido la sustancia (*flash-back*).

Consecuencias del abuso prolongado: A nivel físico puede producir temblores, pérdida de apetito y convulsiones, y a nivel psicológico insomnio y otras alteraciones: depresión y episodios paranoides. El LSD genera tolerancia.

Algunos mitos:

DEPENDIENDO DEL
DIBUJO, EL EFECTO
SERÁ DISTINTO.

- El dibujo de los tripis no indica ni los efectos ni las dosis de LSD, un mismo diseño puede llevar diferente cantidad de sustancia y por tanto provocar diferentes efectos.

GHB (“éxtasis líquido”)

¿Qué es?: La Gamma Hidroxibutirato (GHB) es una sustancia depresora que fue empleada médicamente como anestésico y por algunos culturistas, dada su capacidad para estimular la secreción de la hormona del crecimiento. En los últimos tiempos se utiliza ilegalmente en contextos de ocio. Se presenta en pequeños botes con un líquido transparente sin olor y con sabor normalmente salado.

¿Cuáles son sus efectos?: A dosis bajas provoca sedación con ligera euforia, somnolencia, confusión, dolor de cabeza y obnubilación. A dosis elevadas, puede producir temblores, sudoración e incluso vómitos. En los casos más graves puede llegar a producir delirios, agitación, alucinaciones y depresión respiratoria.

Consecuencias del abuso prolongado: Insuficiencia hepática, insomnio, ansiedad, etc. Puede producir dependencia a nivel físico y psicológico.

Algunos mitos:

EL GHB ES ÉXTASIS EN ESTADO LÍQUIDO.

- El GHB es una sustancia con efecto totalmente opuesto al éxtasis, ya que el GHB es un potente depresor y anestésico. Se utiliza ese nombre por marketing, para vender más.

LO MEJOR PARA LA FIESTA ES ALCOHOL + GHB

- Ambos son depresores y su combinación aumenta el riesgo de una parada respiratoria y de coma.

KETAMINA

¿Qué es?: Droga sintética utilizada en medicina y veterinaria, como anestésico disociativo. Se presenta como líquido incoloro e inodoro, polvo, cristales blancos, pastillas o cápsulas.

¿Cuáles son sus efectos?: A dosis bajas tiene efectos muy parecidos a una borrachera por alcohol o sedante (pérdida de coordinación, visión borrosa, problemas para hablar y pensar). A dosis elevadas, se experimenta un viaje psicodélico muy fuerte, pudiendo llegar a experimentar la sensación de tener el cuerpo anulado o de pérdida de la propia identidad.

Consecuencias del abuso prolongado: A nivel orgánico, náuseas, vómitos, dolor de cabeza; y a nivel psicológico trastornos de ansiedad, paranoias, flash back. Puede provocar una dependencia psicológica muy fuerte y generar una rápida tolerancia.

Algunos mitos:

ES LA MEJOR
DROGA PARA SALIR
DE FIESTA

- Muchos consumidores esperan efectos estimulantes de la ketamina y se encuentra con las consecuencias opuestas por lo que acaban jugándoles malas pasadas.

POPPERS

¿Qué es?: Sustancia vasodilatadora que se presenta en botes de cristal y se consume inhalando su contenido. El líquido es incoloro e inodoro y nunca debe ser bebida porque puede ser mortal. Además, los poppers son altamente inflamables, por lo que deben mantenerse alejados de cigarrillos, velas, etc.

¿Cuáles son sus efectos?: Suelen producir náuseas, vómitos, taquicardia e hipotensión. Algunas personas pueden experimentar dolores de cabeza, pérdida de equilibrio y puede afectar negativamente a la erección. Los efectos duran apenas un par de minutos, en los que se produce una sensación de euforia, ligereza y deseo sexual; además, favorece la desinhibición e incrementan las sensaciones del orgasmo.

Consecuencias del abuso prolongado: Fatiga, dolores de cabeza incluso en los días posteriores al uso y, en ocasiones daños en la nariz y pulmones, así como en el sistema nervioso, hígado, riñones y sangre. Provocan tolerancia y una considerable dependencia física.

Algunos mitos:

PARA MEJORAR LAS
RELACIONES SEXUALES
LO MEJOR ES COMBINAR
POPPERS + VIAGRA

- Mezclar Poppers y Viagra multiplica los riesgos de parada cardíaca, al igual que al mezclar Speed y Coca.

“MALOS COCKTAILS”

Alcohol + Coca = Aumenta las ganas de consumir más cocaína e incrementa el riesgo de intoxicación.

Alcohol + Cannabis = Bajada brusca de tensión, mareo y palidez, que puede estar acompañado de náuseas y vómitos (“*amarillo*”).

Alcohol + Éxtasis = Subida brusca de la temperatura del cuerpo y deshidratación (“*golpe de calor*”).

Coca + Anfetaminas/Metanfetaminas = Aumenta el riesgo de paranoia y ataques de pánico, así como de parada cardíaca.

Alcohol + GHB + Ketamina = Aumenta el riesgo de parada respiratoria y, por tanto de coma.

Ketamina + Coca/Speed = Aumenta el deseo de consumo y la probabilidad de generar dependencia a ambas sustancias.

Poppers + Viagra + Coca/Speed = Aumenta el riesgo de parada cardíaca.

DOCUMENTO 6

¿QUÉ ENTENDEMOS POR PREVENCIÓN?

Conjunto de esfuerzos (recursos servicios...) y actuaciones (informativas, formativas, participativas...) que una comunidad pone en marcha para promover la salud y reducir razonablemente la probabilidad de que aparezcan problemas relacionados con el consumo de drogas.

Para ello, debemos eliminar o modificar los factores de riesgo asociados al consumo de drogas y potenciar los factores de protección con la finalidad de:

- Evitar que se produzca el consumo.
- Retrasar la edad de inicio.
- Que no se convierta en un problema para el individuo y/o su entorno social.
- Si surge ese problema, evitar que la situación se agrave para el individuo y/o su entorno. El objetivo es que se resuelva lo mejor y más pronto posible y que sus consecuencias negativas se minimicen al máximo.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS:

- Se ha de analizar e intervenir sobre el problema en su conjunto. Abordaremos todos los elementos del modelo multidimensional.
- *Es un proceso activo* que debe tener en cuenta el contexto particular (necesidades, características...) y la percepción social que los miembros de esa comunidad tienen sobre el fenómeno de las drogodependencias.

- Las actuaciones preventivas se deben plasmar en un programa donde se describan objetivos a largo plazo, se delimiten claramente las diferentes etapas y se desarrollen actividades de forma continuada. La labor preventiva no es un acto, es un proceso que requiere de situaciones de aprendizaje continuado en el tiempo.
- Las actividades a realizar deben estar encaminadas a limitar o anular los diferentes factores de riesgo que pretendemos prevenir y a fomentar los factores de protección.
- Debe realizarse en todos aquellos espacios donde se desenvuelve el individuo (escuela, trabajo, familia, barrio...).

NIVELES DE PREVENCIÓN

La siguiente clasificación hace referencia al momento en que se encuentra la persona con relación al consumo de drogas:

UNIVERSAL

- La intervención se realiza antes de que cualquier indicio evidente presagie el uso de drogas.
- Persigue:
 - Evitar la aparición del consumo, es decir, que no aparezca el uso.
 - Retrasar la edad de inicio.
 - Controlar la disponibilidad de sustancias.
- Dirigida a toda la población (organizaciones sociales, padres y madres, jóvenes, grupos de riesgo...). Las principales estrategias y modelos son educativos.
- Agentes de prevención: las personas más próximas al individuo o grupo (familia, profesorado, mediadores sociales...).

- Actuaciones: campañas informativas, educación para la salud, actuaciones de ocio, formación...

SELECTIVA

- Se pone en marcha cuando ya se ha producido una situación relacionada con el uso de drogas.
- Pretende:
 - Descubrir y solucionar las consecuencias del consumo lo antes posible
 - Evitar la consolidación de un uso problemático.
 - Reducir la prevalencia, gravedad y duración de los primeros consumos.
- Dirigida a consumidores excesivos y de alto riesgo.
- Agentes de prevención: las personas más próximas en colaboración con especialistas.
- Actuaciones: programas educativos para grupos de riesgo, intervención en crisis, detección precoz...

INDICADA

- Se inicia después de instaurarse un uso problemático y/o una dependencia.
- Persigue evitar que la situación se agrave y disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas.
- Agentes de prevención: especialistas en colaboración con las personas más próximas.
- Actuaciones: las relacionadas con los tratamientos de deshabitación.

TIPOS DE PREVENCIÓN:

Dependiendo de si el objetivo preventivo se explicita o no, podemos diferenciar dos tipos de prevención:

INESPECÍFICA

- No se trabaja explícitamente sobre los problemas derivados de las drogas, se incide sobre otras variables (salud, educación, ocio...) que repercutirán en beneficios para los sujetos. El objetivo preventivo no es conocido por el destinatario. Se trabajan aspectos generales que, se supone, inciden en los factores de protección y de riesgo.
- Se puede llevar a cabo en todos los grupos y en todos los momentos. Es la prevención en positivo, aquella que trabaja el desarrollo de la persona, del grupo y de la comunidad.

ESPECÍFICA

- Se plantea como objetivo la prevención del consumo de drogas: reducir los factores de riesgo y potenciar los de protección. Las estrategias de intervención tratan la cuestión de las drogodependencias de forma explícita y directa haciendo partícipe de ello al destinatario.

Ambas modalidades son complementarias. La utilización de una u otra vendrá definida por los destinatarios, la demanda, los factores de riesgo y el nivel de problemática. Lo ideal es llevar a cabo estrategias que doten al destinatario de la acción preventiva, de alternativas y capacidades inespecíficas previas al problema (autoestima, valores, autonomía,...), así como competencias que permitan conocer y reflexionar sobre las drogodependencias, para que el sujeto pueda tomar una decisión responsable y lo más saludable posible.

TIPOS DE ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Las estrategias preventivas deben incidir en cada uno de los elementos que influyen en el fenómeno de las drogodependencias (sustancia, individuo y contexto). La propuesta de Torjman Sherri (1986) cumple estos requisitos, pues plantea diferentes **estrategias complementarias** que abordan los distintos elementos del modelo multidimensional.

Estrategias de influencia

Su objetivo es incrementar los conocimientos y cambiar las actitudes de los individuos y las comunidades respecto de las drogas. Incluyen actividades de información, educación y campañas en los medios de comunicación.

Una de sus grandes ventajas es que posibilita alcanzar una gran diversidad de población; se puede y debe dirigir no sólo a la población objetivo de las acciones preventivas sino a todos aquellos con los que se está en contacto.

Para poder desarrollarla adecuadamente se han de considerar todas las variables que influyen en la comunicación: fuente (persona o institución), mensaje, vehículo y destinatario. Según como estructuremos estas variables conseguiremos transmitir o no nuestro mensaje preventivo.

Estrategias de desarrollo de competencias

Dirigidas sobre todo a los factores individuales. Intentan mejorar los recursos y las habilidades personales para afrontar situaciones de la vida diaria.

Incluyen acciones para mejorar la autoestima, la toma de decisiones, la resolución de conflictos...

Estrategias de control

Son medidas legislativas, judiciales, administrativas, policiales... encaminadas a restringir la exposición a las sustancias y la aparición de los peligros o daños vinculados a las mismas. Algunos ejemplos son el control en la fabricación, comercialización y composición de las sustancias.

Esta estrategia es a menudo criticada porque se considera que establecer un control externo es limitar la libertad de la persona, pero contrariamente a esto el control externo es necesario para aprender a:

- Autocontrolarnos: Nuestras actuaciones tienen límites y consecuencias, debemos aprender a reconocerlos.
- Tomar decisiones conscientes y responsables: Así podremos evitar o asumir las consecuencias negativas, evitar la frustración y perseguir las consecuencias positivas.

Todo lo anteriormente citado nos permite actuar con libertad y sensación de control. Es importante que las medidas y las leyes se controlen y se hagan cumplir. Las sanciones muy elevadas, pero que no se cumplen no provocan temor, la gente tiende a cumplir las leyes sólo cuando sabe que existe un control.

Estrategias de diseño medioambiental

Pretenden modificar los entornos donde se desenvuelven y viven los individuos (la escuela, centros de trabajo, el barrio...). El objetivo es mejorar la satisfacción del individuo respecto de su entorno y reducir el estrés que determinadas tareas cotidianas o espacios pueden implicar.

Algunas de las actuaciones que se pueden desarrollar:

- Actividades de desarrollo alternativo: crear centros culturales, asociaciones deportivas...
- Reutilización de infraestructuras y recursos: utilización de los espacios deportivos en otros horarios, apertura de los colegios para actividades de tiempo libre...
- Prevención de consecuencias: modificaciones e instalación de mobiliario urbano como papeleras, ceniceros, insonorizar los locales...



Ninguna de las estrategias tiene un papel fundamental respecto a las demás. La clave está en la complementariedad.

DOCUMENTO 7

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

El modelo multidimensional, anteriormente citado, nos proporciona una visión global del fenómeno de las drogodependencias pero no nos facilita una explicación sobre la génesis y el mantenimiento de una situación de consumo. Se han utilizado diversas teorías, entre todas ellas, la más adecuada para nuestro quehacer preventivo es la del Modelo de Factores de Riesgo y Protección.

Definimos los **factores de riesgo** como aquellas características sociales, culturales e individuales que en conjunto, en un momento determinado, incrementan las condiciones de vulnerabilidad de las personas ante el consumo de drogas.

Los **factores de protección** son aquellos factores que nos permiten dar una respuesta positiva a los factores de riesgo, contrarrestándolos, mediante el fomento y desarrollo en el sujeto y en la comunidad de aquellos aspectos cognitivos, afectivos y del comportamiento que posibiliten mediar en la relación entre el sujeto y las drogas.

CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

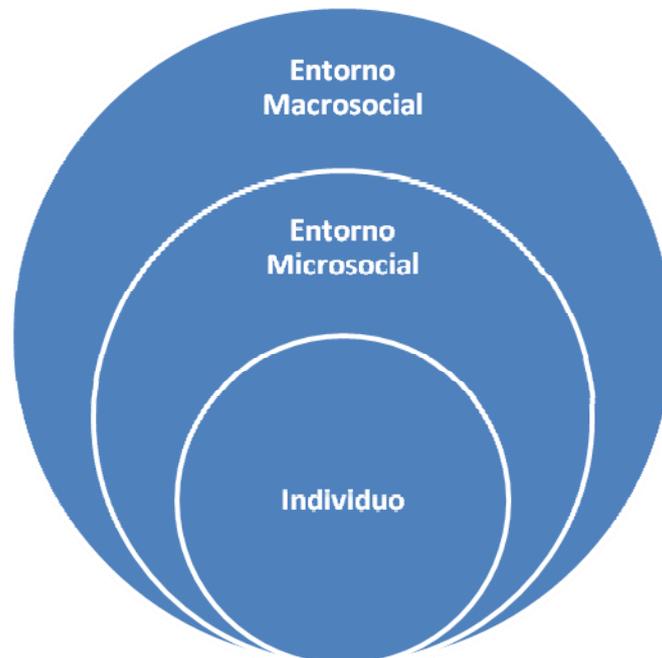
- Los factores de riesgo y protección deben ser el marco de referencia constante en todas las intervenciones preventivas.

- Para conocer los factores de riesgo y protección implicados en el consumo de drogas, tendremos que tener en cuenta los distintos elementos del fenómeno: sujeto, sustancia y contexto.
- Los factores de riesgo, al igual que los factores de protección, se caracterizan por:
 - **Interactividad.** Ninguno de los factores tiene un papel fundamental respecto a los demás. La clave está en la relación de distintas variables. Es imposible jerarquizar su importancia.
 - **Carácter no determinista.** La presencia de un factor de riesgo puede influir y favorecer el consumo pero no conlleva el inicio en el uso de drogas. Tampoco la presencia de un factor de protección determina la no aparición del consumo. Por ejemplo, el estar deprimido puede ser un factor de riesgo, pero no conlleva la aparición del consumo de drogas. El tener un “grupo de amigos saludable” puede ser un factor de protección, pero no determina la no aparición de éste.
 - El consumo de drogas es una conducta individual pero está condicionada por la **interrelación de diversos factores personales y sociales** que el sujeto experimenta desde su nacimiento hasta la edad adulta. En un momento dado del desarrollo evolutivo, pueden relacionarse diversos factores poniendo en peligro el equilibrio personal y creando unas condiciones que favorecen los usos problemáticos de drogas.

CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

El consumo de drogas, siendo una conducta individual, está condicionada por multitud de factores sociales. Es por esto que al observar y estudiar los factores de riesgo debemos diferenciar los relacionados con el individuo, los vinculados

con el entorno microsocioal (familia, escuela, instituto/universidad...) y los relacionados con el entorno macrosocioal (condiciones políticas, económicas, culturales...).



Factores de riesgo macrosocioales

El entorno macrosocioal es el ambiente socio-cultural donde el sujeto se desarrolla y del cual recibe numerosos estímulos a lo largo de su vida; contribuye en la creación de su propio sistema de valores y actitudes. Podemos destacar:

- **Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias.** Cuanta mayor disponibilidad de drogas mayor probabilidad de consumo.
- **Percepción social del riesgo.** Cuanto más baja es la percepción social del riesgo por el uso de drogas en una comunidad, más se puede extender su consumo.

- **Deprivación social.** Los barrios con una gran desestructuración socioeconómica, pueden favorecer usos problemáticos de drogas (alta densidad de población, crecimiento desordenado, hacinamiento, falta de alternativas laborales y formativas...). Es fundamental no confundirlo con pobreza. Al mismo tiempo, algunas investigaciones señalan que el riesgo puede estar localizado también en la alta disponibilidad económica.

- **Desorganización comunitaria.** La escasa participación social, lazos comunitarios débiles, la carencia de tejido asociativo, la insuficiencia o mal funcionamiento de los recursos, pueden constituir un factor de riesgo. Destacar que la carencia de centros recreativos y programas específicos dificultan a los jóvenes un disfrute saludable y positivo del tiempo libre.

- **Confusión de normas y leyes de la comunidad.** El desconcierto en el sistema normativo y especialmente, la no existencia de normas claras sobre el uso de drogas, parece que puede aumentar el consumo.

- **Determinados valores y actitudes sociales pueden inducir al empleo de drogas.** Los más significativos:
 - Tendencia al escepticismo y falta de confianza en el futuro. El hedonismo y la búsqueda de gratificación inmediata que se puede lograr sin esfuerzo.

 - El primar los intereses individuales frente a los colectivos (competitividad, consumismo desmesurado, individualismo, prestigio, triunfo, la búsqueda del éxito a cualquier precio...).

 - A nivel general, podemos señalar que en nuestra sociedad existe una actitud permisiva del consumo. Cualquier situación, acontecimiento o estado anímico (alegría, tristeza, depresión...), justifican el que se recurra a una sustancia.

- **Medios de Comunicación Social.** En muchos casos, el tratamiento dado por ellos, ha sido bastante poco riguroso y distorsionado, ofreciendo una visión de la realidad cargada de estereotipos (hablan sólo de la “droga”, del tráfico, incluso muestran modelos de consumo valorados como positivos,..).

Factores de riesgo microsociales

Son aquellos factores del ambiente inmediato al que está vinculado afectivamente el sujeto y donde se produce el desarrollo vital de la persona. Lo conforman los agentes básicos de socialización: familia, escuela y grupo de iguales.

Relacionados con la familia.

- El modelado en la familia. El estilo de vida de los padres influye poderosamente en los valores y comportamientos de los hijos. Cuanto más incompatibles sean estos estilos de vida con la utilización de drogas, mayor será el alejamiento y el control de las mismas por parte de los hijos.
- Pautas educativas familiares. El riesgo se ubica en los estilos educativos extremos ya que dificultan la autonomía de los hijos. Familias con normas extremadamente difusas o muy rígidas, muy sobreprotectoras o con ausencia de las mismas...
- Clima afectivo y comunicación en el hogar. Los lazos afectivos y la comunicación entre los miembros de una familia son esenciales para la estabilidad emocional de sus integrantes. Se asocian con factores de riesgo: conflictos familiares frecuentes, insuficiente comunicación, incapacidad de goce y disfrute de la unidad familiar, aislamiento emocional, ausencia de lazos afectivos fuertes...

Relacionados con la escuela/instituto/universidad.

- Estilos educativos rígidos o autoritarios donde se valoran únicamente los resultados académicos en detrimento de las capacidades del alumno, y que fomentan el fracaso escolar en los estudiantes más
- Masificación. Dificulta la existencia de un clima escolar adecuado y hace más difícil la relación educativa personalizada
- Grado de integración: destacar la insatisfacción, falta de motivación, el sentimiento de aislamiento o rechazo del grupo y la percepción de fracaso escolar. Todo ello está relacionado con el uso y abuso de sustancias.

Relacionados con el grupo de amigos.

- Dependencia de grupo. Los jóvenes más dependientes del grupo serán más vulnerables al consumo, buscarán la aprobación de éste y el apego será mayor.
- Presión de grupo. La presión ejercida por el grupo es un elemento clave, sobre todo, en el inicio al consumo de drogas, no tanto en el hábito o abuso.
- Modelos consumidores dentro del grupo. Los menores aprenden a usar drogas en aquellos grupos que aprueban este tipo de pautas de comportamiento. No sólo es relevante el consumo real sino también la percepción sobre el consumo y los valores que tengan los iguales.

Factores de riesgo individuales

- **Edad.** Cuanto antes se inicie un joven en el consumo de drogas mayor es el riesgo de uso problemático.
- **Estado general del organismo.** Las consecuencias de la ingesta de drogas serán diferentes en función de variables como los hábitos de higiene, constitución física, embarazo...
- **Baja autoestima.** Un autoconcepto bajo se suele correlacionar con la falta de recursos de autocontrol y con la incapacidad de afrontar dificultades. Las personas con autoestima baja pueden encontrar en la droga un modo fácil de evadirse.
- **Búsqueda de sensaciones.** La tendencia a la búsqueda de nuevas sensaciones es uno de los factores de riesgo más señalados en los estudios.
- **Actitudes hacia las drogas.** Las creencias sobre las sustancias y las expectativas sobre sus efectos son los factores de riesgo más relacionados con el consumo experimental o inicial.
- **Baja asertividad.** La falta de habilidades para decir lo que se piensa o se siente, sin renunciar a tus derechos pero sin avasallar a los demás, es un factor de riesgo.
- **Alta necesidad de aprobación social.**
- **Falta de autonomía.**
- **Escasa tolerancia a la frustración.**
- **Sistema de valores personales.** La tendencia al hedonismo, el egocentrismo, el escepticismo, el individualismo, el presentismo... son los principales valores que pueden constituirse en factores de riesgo.

- **Baja competencia social.** Dificultades para analizar problemas, anticipar consecuencias y para buscar soluciones alternativas.
- **Otros problemas de conducta.** La rebeldía, el deficiente autocontrol, los conflictos en las relaciones, la conducta antisocial en la adolescencia y la dificultad para asumir las normas son aspectos que aparecen relacionados con la probabilidad de consumo de drogas.

CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN

Al igual que los factores de riesgo los clasificaremos en:

Factores de Protección Macrosociales:

- **Disminución de la accesibilidad física.** El inicio del consumo de drogas se relaciona con la conciencia de la disponibilidad de drogas y tener una actitud favorable al consumo. La existencia de unas normas y leyes claras en relación con el uso de drogas, y su posterior cumplimiento favorece un menor consumo.
- Crear un **discurso social que desprestigie el consumo de drogas**, desarrollando creencias y actitudes contrarias a las mismas.
- **Educación en el ocio y tiempo libre.** Incrementar las oportunidades de ocio alternativas al consumo.
- **Promover actitudes críticas ante la publicidad.** Es necesario revisar los valores que transmiten la publicidad y los medios de comunicación.

Factores De Protección Microsociales:

Relacionado con la familia:

- Las pautas educativas más adecuadas son: la existencia de una correcta supervisión parental que va modificándose según van creciendo los hijos; normas y límites claros; lazos afectivos fuertes, donde se muestre interés, preocupación, apoyo y aceptación incondicional; fomentar el autocontrol y la capacidad para que tomen decisiones ellos mismos; desarrollar la negociación y la comunicación.

Relacionado con la escuela/instituto/universidad:

- Favorecer la integración escolar.
- Paliar la percepción de fracaso escolar por motivos académicos.
- Identificar la escuela como un espacio cercano, acogedor e influyente.

Relacionado con el grupo de amigos:

- El participar en varios grupos. La pertenencia a un único grupo, facilita la dependencia del mismo, mientras que la participación en varios la limita.
- Desarrollar la capacidad para enfrentarse a la presión de grupo, a través de la autonomía en la toma de decisiones y la habilidad para “decir no”.

Factores de Protección Individuales:

- **Edad.** Cuanto más elevada es la edad de inicio en el consumo, menos posibilidades de que aparezcan problemas con las drogas
- **Potenciar las capacidades individuales para relacionarse** con los demás favorece el crecimiento personal.

- **Fomento de la autonomía y la autoestima.**
 - **Capacitación en la resolución de conflictos y problemas.**
 - **Capacitar en la tolerancia a la frustración.**
 - **Buena integración comunitaria.** El identificarse y participar en instituciones (asociaciones, centros juveniles...), incrementará los apoyos y redes sociales.
-

DOCUMENTO 8

LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

Como agentes preventivos, es importante que reflexionemos sobre nuestro propio estilo de comunicación interpersonal ya que de ello dependerá, en parte, el que sea eficaz nuestra tarea preventiva. Por comunicación podemos entender:

Comunicación interpersonal es una interacción recíproca o mutuamente influyente, entre dos o más personas. Esta interacción es orientada por objetivos y/o sentimientos que transmiten mensajes e informaciones verbales y no verbales (Costa y López, 1991).

La **Comunicación** es la herramienta fundamental que las personas poseemos para relacionarnos y adaptarnos a nuestro entorno.

De esta definición podemos extraer varias conclusiones prácticas:

- La comunicación interpersonal no puede ser unidireccional: todos los elementos implicados son activos.
- Cuanto más conscientes seamos, tanto de nuestros sentimientos y objetivos como de los de nuestros interlocutores, mejor podremos entender y manejar el proceso de comunicación interpersonal.
- Los mensajes que se transmiten en la comunicación interpersonal pueden ser verbales y no verbales (el silencio, la mirada, los gestos, las caricias, el olor, la postura, la sonrisa, la forma de vestir....)

Comunicación Verbal

La conversación

- duración del habla
- retroalimentación
- preguntas

Comunicación No Verbal. Componentes:

- Mirada/ Contacto visual
- Expresión facial
- Sonrisas
- Postura corporal
- Gestos
- Distancia /proximidad
- Contacto físico
- Apariencia personal
- Movimientos de cabeza
- Volumen y tono de voz

La comunicación no verbal acompaña siempre al contenido verbal y tiene diferentes funciones:

- Enfatizar el mensaje verbal
- Expresar afecto
- Regular la interacción
- Sustituye palabras
- Orienta la manera en que el mensaje será interpretado

Para que la comunicación sea efectiva, la comunicación verbal y no verbal deben ser coherentes y consistentes. Cuando el mensaje que dan es diferente, existe inconsistencia entre ambos.

Es el componente no verbal el que da especial significación y el que impacta al/la interlocutor/a.

Elementos que dificultan la comunicación:

- Objetivos contradictorios
- El lugar y momento elegido
- Acusaciones, amenazas y exigencias
- Preguntas reproche
- Ruido externo
- Inconsistencia en los mensajes
- Cortes de conversación
- Etiquetar
- Generalizar
- Utilizar términos vagos
- No escuchar

ESTILOS DE COMUNICACIÓN

Existen tres estilos de comunicación: ***pasivo, agresivo y asertivo***. La utilización de cada uno de ellos determina el resultado de la comunicación y la consecución de nuestro objetivo, es decir facilita o dificulta.

A continuación presentamos un cuadro donde se recogen las características de cada uno de ellos.

1. Estilo Pasivo:

Este estilo se caracteriza porque no se expresan los sentimientos y pensamientos, o se expresan de manera ineficaz, negativa e inadecuada (excusas, sin confianza, con temor,...)

COMPORTAMIENTO VERBAL	COMPORTAMIENTO NO VERBAL	OTRAS CARACTERÍSTICAS
<ul style="list-style-type: none">• Vacilante: “quizás, supongo que,... bueno,... tal vez,...”• Utiliza parásitos verbales: ejem,... yo,...”	<ul style="list-style-type: none">• Postura cerrada y hundida de cuerpo• Movimientos forzados, rígidos e inquietos• Posición de cabeza a menudo hacia abajo• Ausencia de contacto visual• Voz baja,. Tono de voz vacilante• Movimiento del cuerpo tendente a alejarse de los otros• Puede evitar totalmente la situación.	<ul style="list-style-type: none">• Deja violar sus derechos.• Baja autoestima• Pierde oportunidades• Deja a los demás elegir por él.• Se siente sin control.• No suele lograr sus objetivos.

2. Estilo Agresivo:

Este estilo se caracteriza porque se expresan sentimientos, ideas y pensamientos, pero sin respetar a los demás, emitiendo normalmente conductas agresivas directas (insultos, agresión física) o indirectas (comentarios o bromas sarcásticas, ridiculizaciones). Sólo tiene en cuenta sus propios derechos.

COMPORTAMIENTO VERBAL	COMPORTAMIENTO NO VERBAL	OTRAS CARACTERÍSTICAS
<ul style="list-style-type: none">• Impositivo. Da órdenes. “Tienes que,... no tolero, no te consiento,...”• Interrumpe a los demás.	<ul style="list-style-type: none">• Postura erecta del cuerpo y hombros hacia atrás.• Movimientos y gestos amenazantes.• Mirada fija.• Voz alta.• Habla fluida y rápida.• Movimiento del cuerpo tendente a invadir el espacio del interlocutor.	<ul style="list-style-type: none">• Viola los derechos de otros.• Baja autoestima.• Pierde oportunidades.• Se siente sin control• Puede lograr algunos objetivos, pero dañando las relaciones (humilla), por lo que no logra sus objetivos.

3. Estilo Asertivo:

Este estilo se caracteriza porque con él se expresan directamente sentimientos, ideas, opiniones, derechos, etc., sin amenazar, castigar o manipular a otros. Respeto los derechos propios y los de los demás.

COMPORTAMIENTO VERBAL	COMPORTAMIENTO NO VERBAL	OTRAS CARACTERÍSTICAS
<ul style="list-style-type: none">• Firme y directo: “Deseo,... opino que,... me estoy sintiendo,... qué piensas,...”	<ul style="list-style-type: none">• Postura relajada.• Ausencia de tensión muscular.• Movimientos fáciles pausados.• Cabeza alta y contacto visual.• Movimientos del cuerpo y cabeza orientados hacia el otro.• Tono de voz firme.• Espacio interpersonal adecuado.	<ul style="list-style-type: none">• Logra sus objetivos sin ofender a los demás.• Se siente satisfecho consigo mismo.• Tiene confianza en sí mismo.• Elige por sí mismo.• Permite a otra persona saber que le comprende y cómo se siente.• Establece sus posición o lo que quiere con claridad.• Ofrece una explicación cuando es posible.

Los derechos asertivos básicos:

1. Todas las personas tienen el derecho a hacer lo que crean conveniente sin tener que dar a nadie explicaciones, razones o disculpas de ello.
2. Todas las personas tienen derecho a intentar conseguir lo que consideren mejor para ellas, siempre que no repercuta negativamente en los demás.
3. Todas las personas tienen derecho a ser tratadas con respeto.
4. Todas las personas tienen derecho a decidir sus propios valores y estilo de vida, con tal que no dañe a los demás.
5. Todas las personas tienen derecho a pedir información o ayuda (nunca a exigirla) y a negarse a prestar ayuda a los demás, mientras no esté en peligro la vida de estos.
6. Todas las personas tienen derecho a sentir emociones (miedo, ira, tristeza, ansiedad...) y a expresar los sentimientos, sin herir los de los demás.
7. Todas las personas tienen derecho a tener su propia opinión y a expresarla sin herir intencionadamente a los demás.
8. Todas las personas tienen derecho a detenerse a pensar antes de actuar. Cada uno ha de mantener el control final de sus decisiones, en vez de dejarse llevar por las circunstancias o presiones de los demás.
9. Todas las personas tienen derecho a cambiar de opinión. Nuestro mundo cambiante lo exige ahora más.
10. Todas las personas tienen derecho a equivocarse y a cometer errores.

11. Todas las personas tienen derecho a decir NO (NO lo sé, NO lo entiendo, NO quiero hacerlo...) sin sentirse culpables. Nuestros deseos no valen menos que los de los demás.

12. Todas las personas tienen derecho a sentirse bien consigo mismas. Es necesario reconocer nuestras cualidades y limitaciones y aceptarse como cada uno es.

LA ESCUCHA ACTIVA

Consiste en escuchar con comprensión y cuidado. Nuestro objetivo, cuando escuchamos a otras personas es comprender lo que el otro está diciendo. Muchas veces, sin embargo, diversos factores interfieren en la escucha: con frecuencia estamos más preocupados con lo que vamos a contestar que de entender a la persona que nos está hablando, y pasamos por alto cuestiones importantes, como su estado emocional.

Elementos que facilitan la escucha activa:

- Disposición psicológica: prepararse interiormente para escuchar.
- Observar al otro: identificar el contenido de lo que dice, los objetivos y los sentimientos.
- Expresar al otro que lo escuchas con comunicación verbal (“ya veo”, “ahá” parafrasear, resumir, preguntar, etc.) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo, proximidad física, asentir, etc.)

Elementos a evitar en la escucha activa:

- No interrumpir al que habla.
- No juzgar.
- No ofrecer ayuda o soluciones prematuras.

- No rechazar lo que el otro esté sintiendo, por ejemplo: “no te preocupes, eso no es nada”.
- No contar “tu historia” cuando el otro necesita hablarte.
- No contra-argumentar. por ejemplo: el otro dice “me siento mal” y tú respondes “y yo también.”
- Evitar el “síndrome del experto”: ya tienes las respuestas al problema de la otra persona, antes incluso de que te haya contado la mitad.
- No anticipar lo que el otro va a decir.

Habilidades para la escucha activa:

Empatizar: Escuchar activamente las emociones de los demás es tratar de “meternos en su pellejo” y entender sus motivos; es escuchar sus sentimientos y hacerle saber que “nos hacemos cargo”, intentar entender lo que siente esa persona. Sin embargo, no significa aceptar ni estar de acuerdo con la posición del otro.

Resumir: Mediante esta habilidad informamos a la otra persona de que estamos recibiendo lo que nos quiere comunicar; también le informamos de nuestro grado de comprensión o de la necesidad de mayor aclaración. Ejemplos de expresiones de resumen serían: “*Si no te he entendido mal...*”, “*Entonces, lo que me estás diciendo es...*”, “*A ver si te he entendido bien....*”

Hacer preguntas: Es una habilidad utilizada para conseguir información. Las buenas preguntas son cortas y directas. Las personas con habilidad en preguntar sólo hacen una pregunta a la vez y no tratan de explicarla, esperan una respuesta y no responden sus propias preguntas.

Habilidades de conversación

Son habilidades que mejoran la capacidad de iniciar y mantener conversaciones informales con otras personas. Permiten a la persona manejarse bien en interacciones informales, a la vez que hacen más probable el desarrollo de relaciones duraderas. Se utilizan cuando el objetivo es conocer a otras personas y conversar con ellas de forma eficaz. Los aspectos que hay que trabajar son los siguientes:

- **Contacto visual**

Se produce cuando se está mirando a los ojos de la otra persona. El contacto visual debe ser frecuente, pero no exagerado.

- **Afecto**

Es el tono emocional **adecuado** para la situación en la que se está interactuando. Se basa en índices como el tono de voz, la expresión facial y el volumen de voz (ni muy alto ni muy bajo).

- **Duración de las intervenciones**

El tiempo durante el que habla una persona en una conversación. Se pueden producir situaciones extremas cuando al conversar, la persona habla muy poco o habla demasiado.

- **Preguntas conversacionales**

Una pregunta conversacional puede definirse como cualquier pregunta formulada por una persona que origina una respuesta que tiene un **contenido informativo** sobre la persona que contesta.

Puede ser una petición directa de información, como “*¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?*”. Pero también pueden ser frases que suscitan información: “*Cuéntame más sobre eso*”. Lo importante es que una pregunta conversacional hace que la persona que contesta revele información.

- **Comentarios autorreveladores**

Un comentario autorrevelador es cualquier comunicación que **transmite información** acerca de uno mismo, por ejemplo *“Me gusta el verano”, “provengo de una familia numerosa”,* etc.

Este tipo de comentario no implica la revelación de información muy personal, de sentimientos íntimos o de secretos.

- **Componentes de refuerzo o cumplidos**

Pueden definirse como verbalizaciones que suponen un halago para la otra persona o refuerzan su discurso al transmitir que uno aprueba, está de acuerdo o comprende lo que se acaba de decir. Algunos ejemplos serían: *“Esto es muy divertido”; “Me encanta hablar contigo”*. Otro tipo de frases menos directas sirven también para transmitir el interés por la conversación: *“Bien”* o *“¡Estupendo!”*.

Hábitos positivos de comunicación:

1. Ser muy claros y precisos, tanto al expresar nuestros motivos de preocupación o las causas de nuestro enfado, como al explicarle al otro cómo esperamos que se comporte.
2. Tratar un solo tema cada vez. No mezclar las cosas.
3. Centrarnos en el presente (en lo que ha ocurrido ahora), sin remover en hechos del pasado.
4. Al referirnos a un problema, empezar explicando cómo nos sentimos. Por ejemplo: *“Estoy muy preocupado/a por el hecho de que hayas vuelto a faltar a clase”*.
5. Comprobar si nos han entendido bien. Si no es así, volver a explicar lo mismo con otras palabras.

6. Después de hablar nosotros, animar a los otros a que expresen también sus opiniones.
7. Escuchar con atención a los demás (hijos, pareja, etc.) cuando nos hablan.
8. Indicar a las personas con las que hablamos que les estamos prestando atención. Para ello, debemos asentir con la cabeza, mirar a la cara, etc.
9. Intentar comprender el punto de vista de las personas con las que hablamos.
10. Resumir de vez en cuando lo que nos dice la otra persona para mostrarle que prestamos atención y para comprobar si hemos comprendido bien lo que nos dice. Por ejemplo: *“Si he entendido bien, te preocupa la reacción que puedan tener tus amigos cuando les digas que debes irte porque tus padres quieren que regreses a casa antes de las doce, ¿es así?”*.

Hábitos negativos de comunicación.

Debemos evitar:

1. Generalizar. Por ejemplo, decir: *“Tú siempre”* o *“Tú nunca”*.
2. Criticar a la persona (por ejemplo, decir: *“Eres un vago”*), cuando lo que deberíamos criticar es la conducta (por ejemplo, diciendo: *“Hoy no has hecho los deberes de la escuela”*).
3. Gritar o levantar la voz para hacernos oír o para intentar que nos hagan caso.
4. Culpar, insultar, avergonzar, amenazar, reprochar, etc. Por ejemplo, diciendo cosas como: *“¡Vas a acabar conmigo!”* o *“¡No dices más que tonterías!”*

5. Adivinar, presuponer. Por ejemplo: “*Ya sé que tú...*” o “*Tú lo que quisieras es que...*”
6. Usar el sarcasmo o ironía. Por ejemplo: “*¡Qué sorpresa: has aprobado!*”
7. Pensar en otras cosas mientras nos hablan (por ejemplo: en la lista de la compra, el trabajo, etc.).
8. Mostrar impaciencia mientras habla la otra persona. Interrumpirla. No dejar que termine.

El modelo

Podríamos definir el modelo como el conjunto de hábitos, valores, actitudes y normas que se dan en los grupos humanos, que son observados por sus integrantes y que se transmiten de forma latente (no explícita y en ocasiones no consciente) como lo normal o lo aconsejable. Este modelo es añadido al conjunto de hábitos, valores, actitudes y normas que han sido transmitidos de forma manifiesta (explícita y consciente).

El ser humano no aprende sólo lo que le dicen, sino también lo que ve. Sin embargo, la observación sólo se convierte en modelo si lo observado es interiorizado, es decir, si el modelo es significativo. Para ello es imprescindible que el modelo lo transmita una persona o institución que signifique un referente claro para el sujeto, ya sea por su significación simbólica, su atractivo o por la confianza que exprese. El modelo que transmitimos puede ser coherente con la transmisión manifiesta de hábitos, valores, actitudes y normas, o puede desconfirmar lo que hemos transmitido de forma manifiesta (modelo incoherente).

El Momento Clave

En ocasiones, un buen estilo comunicativo, un modelo coherente o un contenido adecuado pueden irse al traste si no hemos elegido el momento adecuado para transmitirlo o entablar una relación. Es importante cuidar algunos aspectos que se refieren al momento en el que se quiere establecer la comunicación:

- El ambiente: el lugar, el ruido que exista, el nivel de intimidad...
 - Las emociones: si se ha perdido el control o si, por el contrario, las emociones están controladas...
 - La receptividad: si se está dispuesto a escuchar (mutuo acuerdo, tema pertinente con la situación...) o no (comunicación impuesta, emociones que bloquean la comunicación, distracciones).
 - No saturar: no intentar aprovechar todos los momentos clave.
-

DOCUMENTO 9

CLAVES DEL PROCESO PREVENTIVO

Mejorar la información cualitativamente más que ampliarla

Nuestra labor no consiste en transmitir toda la información de que disponemos en torno a las drogas y aspectos relacionados con su consumo. Incluso, en ocasiones se ha considerado peligroso informar sobre sustancias que el individuo no conoce o que no tiene cercanas, en la creencia de que esto puede suscitar curiosidad entre los jóvenes hacia sustancias que desconocen. Es importante reconocer su saber y experiencia, esto facilita una actitud igualmente respetuosa por su parte. Debido a que el consumo de drogas es un fenómeno que cambia rápidamente, y a la distancia que puede existir entre su estudio y la realidad del momento, es muy frecuente que los jóvenes tengan más información que nosotros o al menos más adaptada a la jerga y usos actuales, pero esto no debe preocuparnos.

Partir de sus inquietudes e intereses reales

Consecuentemente con lo comentado en el punto anterior, se puede entender que una parte importante de nuestra función es dar respuesta a sus planteamientos en torno a las drogas. En muchas ocasiones basta con aclarar las dudas e inseguridades de los jóvenes. Es fundamental tener en cuenta que muchas veces no coinciden los intereses reales de una persona con la explicitación que hacen de ellos en un primer momento. Debemos tener inquietud por “leer entre líneas” e indagar que hay detrás de la verbalización. Si desconocemos alguna pregunta que nos realicen, debemos admitirlo tranquilamente y documentarnos para responder en un encuentro posterior.

Respetar los ritmos personales. Incidir en los momentos de crisis

Nosotros debemos estar siempre receptivos. Habrá días en la que la comunicación fluirá más y otros menos, pero al joven le debería quedar claro que nuestra puerta siempre está abierta, sobre todo si percibimos que el menor está en un trance delicado.

Provocar la reflexión más que responder

Lo importante no es dar respuestas sino crear preguntas. Nuestra principal función es provocar la reflexión. Propiciar que el/a usuario/a se cuestione su propio discurso. Ayudarle a realizar un proceso personal que poco a poco ajuste las posibles ideas erróneas con respecto al uso de drogas. No debemos obsesionarnos con responder; mejor lanzar nuevas preguntas que obliguen a argumentar. Nuestras respuestas pueden girar en torno a: ¿Tú que piensas al respecto?; ¿Por qué?; ¿Por qué lo preguntas, qué quieres saber exactamente?; ¿Qué respuesta esperas por mi parte?; ¿Me lo preguntas para saber mi opinión o porque tú no lo sabes?; ¿Qué te parecería si te respondiera que...?; Vamos a ponernos en situación ¿qué pasaría si...?. Además, sabemos que de la información que recibe, cada persona interioriza aquella que mejor se acomoda a sus esquemas mentales (Coll y otros, 1997). Cuando una persona pregunta, frecuentemente, más que una información espera la confirmación de sus suposiciones. Cuando ya se haya promovido la reflexión individual o grupal, se puede resumir exponiendo las ideas más importantes que han surgido, aportando información y matizando y aclarando las dudas, mitos y estereotipos que aparezcan en el debate.

Estar atentos a sus intereses, inquietudes, motivaciones..., utilizándolas educativamente con ellos.

La labor en prevención parte de un factor decisivo, que es la Comunicación. Esto solo se logra si ésta es significativa. Esto quiere decir que, además de lo que nosotros podamos hacerles llegar a los menores, ver que nos pueden hacer llegar ellos a nosotros y devolvérselo de un modo útil, aparte de hacer que les entendamos mejor y ellos a nosotros. Esto favorece la vinculación y hace percibir a la persona que es significativa para “el otro”, que lo que piensa, ve o siente es importante. Este punto es de suma importancia, ya que una de las acusaciones más comunes de los adolescentes a los adultos es que no les escuchan. Una actitud como esta evita la realización de este reproche, o por lo menos lo suaviza.

Cuidar nuestro lenguaje

Debemos esforzarnos porque nuestras expresiones se ajusten a los conocimientos técnicos sobre el tema, sean respetuosas y no favorezcan prejuicios. Por ejemplo si hablamos de “las drogas” en vez de “la droga”, contribuimos a evitar que se piense que todas las drogas son iguales, en efectos, toxicidad, etc. También resulta irrespetuoso decir “yonqui” en lugar de “drogodependiente” o “persona con problemas de drogas” o llamar “drogas *de diseño*” a las “drogas de síntesis” puede añadirle unas perjudiciales connotaciones de moda, modernidad e inocuidad... Por otro lado debemos evitar que los tecnicismos y las expresiones demasiado rebuscadas nos desvíen del contenido que queremos transmitir o nos generen distancia con respecto a los jóvenes. No suele ser adecuado escandalizarse por sus formas de expresión aunque utilicen la jerga o estuvieran cargadas de incorrecciones técnicas o lingüísticas. Resulta absurdo fingir no entenderles con comentarios como *“no entiendo lo que quieres decir con ‘pillarse un pedo’, ¿te refieres a estar embriagado?”*. Por supuesto, esto no debe traducirse en que nosotros debamos utilizar un lenguaje incorrecto. Pero, ante todo, nuestro lenguaje debe estar adaptado a nuestros interlocutores/as, expresarnos de forma que nos puedan entender.

No generar falsas expectativas

En muchas ocasiones llevados por falsos entusiasmos, por “vender la moto”, por motivar al joven, etc., podemos prometer aspectos, actividades, logros o desarrollos que luego no se pueden realizar. Es muy importante “tener palabra” y si se dice que se va a hacer algo, hacerlo (si no, deberemos tener una batería argumental irrefutable). Generar falsas expectativas nos puede costar un retroceso muy importante en nuestro trabajo con el menor. Esta actitud influye decisivamente en la imagen que los adolescentes tienen de nosotros y hay que mantenerla en toda circunstancia, sobre todo en la aplicación de sanciones si se diese el caso. Es uno de los momentos más difíciles para emplear este concepto, pero muy importante ya que el menor también va a medirnos en ese espacio y hay que responder de manera adecuada.

No polarizar

Los mensajes extremos no son realistas ni apropiados (*por ejemplo "drogas no" o "drogas sí"*). Ante un mensaje directivo (*como: "no bebas alcohol"*), es fácil que se den dos tipos de actitudes: aceptar el mensaje de forma sumisa (*"no bebo por miedo"*), lo cual es contrapreventivo por que debilita a la persona; o, por el contrario, rebelarse contra ese mensaje (*"pues ahora voy a beber más"*), con lo que estamos consiguiendo el efecto contrario.

No dramatizar o asustar

Asiduamente, en un afán protector tendemos a desproporcionar los efectos negativos de las drogas. Esto es una forma de mentira, igual que lo sería el discurso de "no pasa nada". Si los jóvenes advierten que nuestros mensajes no son realistas se invalidará toda la información que ofrezcamos posteriormente, aunque sea cierta. Si mandamos un mensaje exagerado (*como: "si pruebas eso te mueres"*), el receptor posiblemente lo contrastará con sus conocimientos y experiencia (*"un amigo mío lo probó y no ha muerto"*), descubrirá que no es real, al menos en su totalidad, y a partir de ahí no se fiará del resto de nuestras informaciones.

No entrar en polémicas

Un discurso de oposición a nuestro interlocutor favorece poco su proceso de reflexión. Puede incluso ayudarle a afianzar sus argumentos presuntamente desajustados. Probablemente incorpore con más fuerza los argumentos que él verbaliza que los que nos escucha a nosotros. Es más inteligente, aunque también más difícil, incitar a su propia contra-argumentación. Por ejemplo, ante la afirmación “Fumar *“porros” no es malo*”, podemos preguntarle “¿Se te ocurre algún caso en el que sí lo fuera?”. Utilicemos la provocación y la disonancia cognitiva (Festinger, 1957), intentemos que enuncien razonamientos saludables.

No caer en estereotipos

Debemos reconocer que nuestra visión del tema no es aséptica e identificar los estereotipos en los que nos movemos. Intentar “objetivar” la información en la medida de lo posible. Son habituales los pensamientos generalizados (“como yo consumo alcohol ocasionalmente y cannabis no, pienso que el alcohol es menos perjudicial que el cannabis”) y los pensamientos filtrados (“no tengo la certeza de que esta chica consuma drogas pero habiéndose divorciado sus padres, no me extrañaría”). La contestación debe estar basada en la teoría que conocemos, pero en esto siempre incluimos, a veces inconscientemente, nuestra propia visión del tema. Esto no es negativo, pero debemos ser conscientes de ello.

No "etiquetar" o "estigmatizar"

El autoconcepto de una persona es clave en su desarrollo. Si una persona confía en sus capacidades, tiene un locus de control interno (Lefcourt, 1976), tiene mayor facilidad para marcarse metas con posibilidades de éxito. Si “etiquetamos” a alguien (*“futuro drogodependiente”, “joven en situación de riesgo”, “predelincuente”...*), corremos el riesgo de que se considere como tal y actúe en consecuencia; la llamada **“Profecía Autocumplida”**. Estemos atentos de no dar por hecho que “todas las personas consumen drogas”; expresiones

como “¡Quien no ha probado nunca un porro!” o “En nuestra cultura todo el mundo bebe alcohol”, se nos “escapan” a menudo.

DOCUMENTO 10.

Modelo esquemático para el diseño, ejecución y evaluación de proyectos/actividades preventivas diseñadas por los y las mediadoras.

NOMBRE ACTIVIDAD	“Debe ser original y llamativo”
CAMPUS	
Datos personales de los mediadores.	1. (Portavoz) 2. 3.
Sustancia o sustancias sobre las que se trabajará en la actividad	
Fecha de realización	
Horario	
Lugar donde se realizará la actividad	
Objetivos	
Descripción de la actividad	

Materiales necesarios para el desarrollo	

MATERIALES DE TRABAJO

Instrumentos de evaluación

CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA EL PERSONAL FORMADOR

En este cuestionario se evalúa el diseño del material, contenido de la formación, las condiciones en las que se ha desarrollado la formación, el nivel alcanzado de participación e implicación del alumnado, así como las mejoras introducidas en cuanto a las dinámicas de apoyo y las necesidades detectadas y aspectos de mejora.

Diseño del material

Utilidad

Ajuste del material a la temporalización

Funcionamiento de las dinámicas

Contenido de la formación

Ajuste del material a las características de la población

Ajuste a la temporalización

Ajuste del material a las demandas de la población

Eficacia del material a la hora de facilitar el funcionamiento del grupo

Vigencia de los bloques temáticos

Condiciones

Idoneidad de las instalaciones

Adecuación de los horarios al desarrollo de la actividad

Evaluación del desarrollo del grupo

Nivel de participación alcanzado

Nivel de cohesión grupal

Evaluación de prácticas

Personalización de la formación

Detección de mejoras

Enumeración de mejoras en materiales complementarios

Detección de áreas de mejora

A continuación se reproduce el cuestionario que nos permite evaluar estos aspectos

Evaluación de la Formación: Personal Formador

Universidad:

Facultad:

Edad:

Sexo: H/M

Valore cada uno de los siguientes aspectos generales sobre la formación en que has impartido del 0 al 10, siendo 0 el extremo más negativo y 10 el más positivo.

1. Utilidad del material	
2. Información contenida	
3. Dinámicas propuestas	
4. Adecuada temporalización	
5. Valoración Global de la formación	

Valore cada uno de los siguientes aspectos sobre el contenido de la formación siendo 0 el extremo más negativo y 10 el más positivo.

1. Utilidad de los materiales de apoyo (bibliográficos, audiovisuales)	
2. Adecuación de los materiales de apoyo a la población	
3. Adecuación de dinámicas al contenido de las sesiones	
4. Efectividad de las herramientas para lograr cohesión grupal	
5. Actualización del contenido	
6. Adecuación del contenido a la población	
7. Utilidad de herramientas para cohesión del grupo	

CONDICIONES DE LAS INSTALACIONES OFRECIDAS

En general, ¿cómo valoraría las instalaciones en las que se ha realizado el curso, siendo 0 el máximo valor negativo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En general, ¿cómo valoraría el horario en el que se ha realizado el curso, siendo 0 el máximo valor negativo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Valore la utilidad de cada uno de los temas abordados durante la formación siendo en escala de 0 a 10, siendo 0 nada útil.

1. Mediador/mediadora social y el fenómeno de las adicciones	
2. Drogas y conceptos asociados	
3. Prevención	
4. Habilidades de mediadoras y mediadores	
5. Medios de comunicación y prevención	
6. Prácticas	

Valore del 0 al 10 el desarrollo de los siguientes aspectos del desarrollo de la formación, siendo 0 el extrema más negativo:

1. Nivel de atención del alumnado	
2. Participación del alumnado en las sesiones	
3. Realización de consultas	
4. Trabajo en grupo	
5. Implicación del alumnado en las prácticas	

6. Posibilidad de atender demandas individuales	
---	--

¿Ha utilizado algún elemento de apoyo al margen de los facilitados?

No Sí ¿Cuál? _____

✘ ¿Qué aspectos podrían mejorarse? ¿Cómo?

✘ Comentarios libres, mensajes, opiniones, reflexiones, emociones...

Gracias por tu participación.

CUESTIONARIO PARA EL ALUMNADO

Cuestionario que ha de ser facilitado en el momento de finalización de la formación a todo el alumnado, recogiendo variables de identificación básicas como facultad, campus, sexo y edad.

Se evalúa el diseño del material, contenido de la formación, autoevaluación de la implicación, las condiciones en las que se ha desarrollado la formación, valoración del formador, impacto percibido de la formación, así como aspectos de mejora.

Contenido de la formación

- Ajuste del material a las características de la población
- Utilidad percibida de la temática
- Utilidad percibida de dinámicas
- Adecuación material a necesidades
- Percepción de relevancia de cada contenido

Evaluación del desarrollo de la formación

- Evaluación de la persona formadora
- Evaluación de auto-desempeño
- Evaluación de funcionamiento grupal

Impacto de la formación

- Cambio de percepción sobre consumo
- Cambio en actitudes personales sobre consumo
- Cambios en el propio consumo
- Cambios en actitudes profesionales

Detección de mejoras

- Enumeración de mejoras en materiales complementarios

Evaluación de la Formación

El presente cuestionario es anónimo. Te pedimos la máxima sinceridad en tus respuestas ya que la finalidad del mismo es contribuir a la mejora de la formación en la que has tomado parte. Gracias.

Universidad:

Facultad:

Edad:

Sexo: H/M

Valore cada uno de los siguientes aspectos generales sobre la formación en la que has participado del 0 al 10, siendo 0 el extremo más negativo y 10 el más positivo.

1. Contenidos trabajados	
2. Documentación aportada	
3. Adecuación a tus intereses (personales o profesionales)	
4. Metodología (técnicas formativas)	
5. Evaluación de tu participación y aprovechamiento	
6. Evaluación de la utilidad de los contenidos	
7. Evaluación del grupo en relación con su participación y aprovechamiento	
8. Valoración Global de la Formación	

En cuanto a la persona que ha impartido la formación, valore de 0 al 10 los siguientes aspectos:

1. Valoración general de la atención proporcionada por la persona formadora	
2. Valoración de los conocimientos de la formadora	
3. Valoración del apoyo profesional prestado por la formadora	

CONDICIONES DE LAS INSTALACIONES OFRECIDAS

En general, ¿cómo valoraría las instalaciones en las que se ha realizado el curso, siendo 0 el máximo valor negativo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En general, ¿cómo valoraría el horario en el que se ha realizado el curso, siendo 0 el máximo valor negativo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Valore la relevancia que ha tenido para ti cada uno de los temas abordados durante la formación siendo en escala de 0 a 10, siendo 0 nada relevante.

Mediador/mediadora social y el fenómeno de las adicciones	
Drogas y conceptos asociados	
Prevención	
Habilidades de mediadoras y mediadores	
Medios de comunicación y prevención	

Prácticas	
-----------	--

Podrías decirnos si la formación recibida ha modificado.....

- ¿Tus actitudes sobre la temática tratada?

No Sí ¿En qué sentido? _____

- ¿Alguna actitud personal?

No Sí ¿En qué sentido? _____

- ¿Algún comportamiento personal?

No Sí ¿En qué sentido? _____

- ¿Tu actitud profesional?

No Sí ¿En qué sentido? _____

Del siguiente listado marca los aspectos de la formación que más te hayan gustado.

La forma de dar la formación	
La perspectiva con que se aborda la temática de las sustancias	
La perspectiva con que se aborda la prevención	
Los materiales audiovisuales	
Los materiales bibliográficos	

La atención prestada a cada participante	
Las dinámicas de trabajo	
La dinámica del grupo	
Otro ¿Cuál? _____	

✘ ¿Qué aspectos podrían mejorarse? ¿Cómo?

✘ Comentarios libres, mensajes, opiniones, reflexiones, emociones...

Gracias por tu participación.

INSTRUCCIONES PARA EL GRUPO DE DISCUSIÓN

Configuración del Grupo:

En tras la finalización de la formación se contactará con las personas participantes. Para la realización del grupo son necesarios un máximo de 10 y un mínimo de 5 personas. En el caso de considerarse pertinente se puede realizar más de un grupo, pero nunca superar el número máximo de personas. Se les convocara en una sala tranquila con el objetivo de hablar sobre la formación. No es recomendable facilitar el guión del grupo con antelación, puesto que se trata de construir un discurso común espontaneo y el conocimiento del guión podría condicionar la fluidez del mismo.

La persona moderadora:

El objetivo de esta dinámica es recoger el discurso conjunto sobre el desarrollo e impacto de la formación. Para ello, no hay que olvidar que el papel de la persona formadora es el de moderadora. En ningún momento puede emitir opiniones ni condicionar el discurso.

Su papel es el de introducir las temáticas generales, reconducir la conversación hacia los temas centrales y evitar que el debate sea monopolizado, invitando a la participación a todas las personas asistentes.

Para más información sobre el papel de la persona moderadora y la dinámica del grupo, el libro *Detectives y camaleones: el grupo de discusión* (Murillo, 2006) facilita una descripción del funcionamiento y desarrollo de los grupos que puede resultar muy útil.

Medios:

El grupo debe celebrarse en un espacio que asegure la intimidad, fomentando así la participación. Así mismo es conveniente que sea tranquilo y silencioso.

El grupo debe grabarse, permitiendo así a la persona en el rol moderador concentrarse únicamente en la dinámica. Una vez finalizado el grupo deberá procederse a su escucha y transcripción. La transcripción del mismo será el documento a analizar.

Guión:

El guión que se presentan es una propuesta amplia, no un cuestionario cerrado. El orden de los temas es orientativo pero no tiene porque seguirse. Se plantean una serie de objetivos a abordar dentro de cada temática. Lo más frecuente es que los temas sean abordados espontáneamente por el grupo, pero si no es así, se le puede preguntar al grupo acerca de los mismos.

Duración:

La duración máxima del grupo es de 2 horas. Como término general el grupo suele desarrollarse en 1-1,30 horas.

Guión del grupo de discusión

Presentación:

Introducción del objetivo de la reunión e introducción de la grabadora. Recordatorio general de la grabación de la actividad, el anonimato de su participación y el compromiso de la posterior destrucción de la grabación.

Valoración general de la formación:

- **Aspectos destacados:** Aquellos aspectos que más les gustaron de la misma
- **Aspectos a mejorar:** Aspectos que cambiarían respecto a nuevas ediciones
- **Opinión sobre la dinámica de grupo generada**
- **Opinión sobre las herramientas utilizadas** (apoyo audiovisual)

Valoración de contenidos:

- **Impacto de información:** Qué información recuerda
- **Relevancia de contenidos:** Qué información consideran más interesante

Impacto de la formación:

- **Impacto en la percepción de riesgo:** La formación ha cambiado su percepción sobre el consumo de sustancias. Sobre el consumo de alguna en particular.

- Recuerdan algún **contenido que desmontara o contradijera alguna idea que tenían sobre consumo o riesgo** con anterioridad a la formación
- Han experimentado **cambios en el consumo de sustancias a raíz de su participación**. A qué se deben

Figura de mediación:

- Han comentado con alguien en su vida cotidiana contenidos de la formación. Con quién.
- Valoración de las prácticas
- Utilidad
- Implicación
- Contenido

Sugerencias para próximas formaciones:

- Sobre Temáticas: sustancias, comportamientos de riesgos
- Sobre dinámicas
- Sobre el desarrollo de la formación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Adams, G., Gullotta, T. y Montemayor, R. (1992). Adolescent identity formation. Newbury Park, CA: Sage.
- Aguilar, J. M. (1998). Grupo de discusión. Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas.
- Azjen, I. (1988). Attitudes, personality and behavior. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- Babín, F. (Dir.) (2004). Prevenir en Madrid: Programa Municipal de prevención de drogodependencias en contextos educativos. Manual para el profesorado. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Drogodependencias.
- Babín, F. (Coord.) (2007). Manual para la formación a mediadores sociales. Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas para la prevención de las drogodependencias.
- Botvin. G.J.. Baker. E.. Botvin. E.M.. Filazzola. A.D.. & Millman. R.B. (1984). Alcohol abuse prevention through the development of personal and social competence: A pilot study. Journal of Studies on alcohol.
- Botvin, G. J, Baker, E, Filazzola, A, & Botvin, E. M. (1990). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: A one year follow-up. Addictive Behaviors.
- Bowen, M. (1989). La terapia familiar en la práctica clínica. Vol 1. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bronfenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano. Madrid: Paidós.
- Coll, C., Martín, E., Mauri, T., Miras, M., Onrubia, J., Solé, I. y Zabala, A. (1997). El constructivismo en el aula. Barcelona: Graó.
- Comas, D. (1989). La formación de mediadores. En: Guía para realizar programas de formación de mediadores (pp. 11-19). Madrid: Comisión Interministerial para la juventud y la Infancia, INJUVE.

- Costa, M. López, E. (1991) Manual del Educador Social. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- Cuijpers, P. (2003). Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 10 (1), 7-20.
- Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, 1, 1-171.
- Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Fishbein, M. y Azjen, I. (1975). Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fumero, A. y Espiritusanto, O. (2012) “Jóvenes e infotecnologías entre nativos y digitales” Instituto de la Juventud de España
- Gallego, J. (2006). Materiales educativos en educación para la salud. Criterios de análisis y elaboración. Aragón: Dirección general de salud pública.
- García Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (2000). El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de intervención. Madrid: Alianza Editorial.
- Lefcourt, H. M. (1976). Locus of Control: Current Trends in Theory and Research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- López, A., Gil, G, Moreno A., Comas, D., Funes M. J. y Parella, S. (2008). Informe Juventud en España 2008. Madrid: INJUVE.
- Marcia (1976). Identity six years afer: A follow-up study. *Journal of Youth and Adolescence*, 5, 145-150
- Megías, E., Comas, D., Elzo, J., Navarro, J. y Romaní, O. (2000). La percepción social de los problemas de las drogas en España. Madrid: FAD.
- Megías, E. y Elzo, J., (2006). Jóvenes, valores y drogas. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Meilman, P. W. (1979). Cross-sectional age changes in ego identity status during adolecence. *Developmental Psychology*, 15, 230-231.
- Murillo, S. (2006). Detectives y camaleones: el grupo de discusión. Madrid. Talasa.

- Muus, R. E. (1996). Theories of adolescence. New York: McGraw Hill.
- Nieves, Y. (2010). Hábitos de ocio y consumo en población universitaria menor de 30 años. Madrid: Fundación Atenea.
- Oliver, J. (2010). Roles parentales y diferenciación de los hijos. Madrid: Fundación Atenea.
- Perry, W. G. (1999). Forms of ethical and intellectual development in the college years. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Prendes, M. P. y Solano, I. M. (2004). Herramienta de evaluación de material didáctico impreso. Sevilla: Grupo tecnología educativa. Recuperado de: <http://tecnologiaedu.us.es/tecnoedu/>
- Sloboda, Z. y David, S. L. (1997). Preventing drug use among children and adolescents. A researchbased guide. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse. (En Becoña, E. 2002)
- Swisher , J.D, Crawford, J.L., Goldstein, R., y Yura, M(1971). Drug education: Pushing or preventing? Peabody journal of Education, 49, 68-75.
- Swisher, J.D. & Hu, T. (1983). Alternatives to drug abuse: Some are and some are not. Research Monograph Series.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. y Stackpole, K. M. (2000). School based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. Journal of Primary Prevention, 20, 275-336.
- Torjman Sherri, R. (1986). Preventing in the drug field. Essential concepts and strategies. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Torrecilla, J. M. (Dir.) (2006). Manual de formación de Mediadores Sociales. Madrid: Madrid Salud.
- Witte, K. (1995). Fishing for success. Using the persuasive health message framework to generate effective campaign messages. En: E. Maibach, R. L. Parrot (Eds.). Sesigning Health Messages (pp. 145-166). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.