

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGAS EN EL CAMBIO DE ACTITUDES DEL ALUMNADO

*Results of a drug prevention program in the changing
attitudes of students*

*Résultats d'un programme de prévention de la toxicomanie
dans le changement d'attitudes des étudiants*

Cristóbal VILLANUEVA ROA

*Doctor en Psicopedagogía. Universidad de Jaén. Edificio C-5. Desp. 240. Campus
Las Lagunillas. 23071 Jaén*

Recibido: 22-02-2010; Aceptado: 20-04-2010; Publicado: 30-06-2010

BIBLID [0212-5374 (2010) 28, 1; 157-183]

Ref. Bibl. CRISTÓBAL VILLANUEVA ROA. Resultados de un programa de prevención de drogas en el cambio de actitudes del alumnado. *Enseñanza & Teaching*, 28, 1-2010, 157-183.

RESUMEN: El consumo de drogas es un problema con el que la población está altamente sensibilizada. Por otro lado, está claro que es el ámbito educativo, junto a la familia, el espacio idóneo para articular programas de prevención.

Uno de los aspectos por los cuales se considera que muchos programas educativos no han tenido los resultados esperados ha sido por no tener presente en éstos el ambiente familiar y no controlar su influencia.

Con la presente investigación hemos constatado que existen diferencias significativas en la actitud del alumnado de 2.º de ESO, en relación con el rechazo al

tabaco, alcohol y otras drogas, en función de que se les aplique o no el programa de prevención.

La investigación se ha realizado con diseño cuasi experimental pretest-postest con grupo de control no equivalente. El análisis de resultados muestra que la aplicación del programa ha sido efectiva en cuanto a que ha mejorado significativamente las actitudes del alumnado de cara a la prevención de drogas, principalmente tabaco que es la droga más consumida a esas edades.

En cuanto a las diferencias esperadas de la actitud del alumnado por la aplicación de un programa de prevención con los padres y madres, no hemos podido observar en los resultados diferencias significativas, posiblemente, porque las actitudes iniciales son muy positivas y por el poco tiempo transcurrido.

Como consecuencia del estudio creemos que es importante retomar el papel educador de la familia ya que su influencia resulta definitiva en la prevención.

Palabras clave: prevención, actitudes familia, educación, drogas.

SUMMARY: Drug abuse is a problem that the population is highly sensitive. On the other hand, is clear that in the field of education, together with the family, the ideal room to articulate prevention programmes.

One the aspects which many educational programmes have not had the expected results has been for not taking into account the family environment and not control his influence.

With this research we have found that there are significant differences in the 2nd ESO students attitude, regarding the rejection of tobacco, alcohol and other drugs, depending on which the prevention programme is applied or not to students.

Research has been done with quasi experimental pretest posttest to not equivalent control group. The analysis of results, shows that the implementation of the programme has been effective as far as the students attitude has highly improved with regard to the prevention of drugs, mainly tobacco which is the most widely abused drug at these ages.

Regarding the expected differences in students attitude by the implementation of a prevention programme with parents, we have not seen significant differences in the results possibly because the initial attitudes are very positive and is very short period of time.

As a result of the study we believe it is important to recover the educator family role since its influence is decisive in prevention.

Key words: prevention, family attitudes, education, drugs.

RÉSUMÉ: La consommation de drogues est un problème dont la population est très sensibilisée. D'autre part, c'est évident que le milieu éducatif, avec la famille, c'est l'espace idéal pour le développement des programmes de prévention.

De nombreux programmes éducatifs n'ont pas eu les résultats souhaités par le fait de ne pas avoir eu présent l'environnement familial et de ne pas contrôler son influence.

Avec cette recherche, nous avons trouve qu'il existe des différences importantes dans l'attitude des étudiants en 2.º ESO, concernant le rejet du tabac, de l'alcool et d'autres drogues, en fonction qu'on leur applique ou pas le programme de prévention.

Pour le recherche il a été utilisé par la conception quasi expérimentale pretest postest avec du groupe de contrôle non équivalent.

L'analyse des résultats montre que la mise en œuvre du programme a été efficace tant qu'il a considérablement amélioré les attitudes des élèves au regard de la prévention des drogues, principalement le tabac qui est la drogue de choix à ces âges.

Concernant les différences attendues dans l'attitude des étudiants en mettant en œuvre un programme de prévention avec les parents, nous n'avons pas trouvé des différences significatives dans les résultats, peut-être parce que les attitudes initiales sont très positives et le peu de temps passé.

À la suite de l'étude on peut conclure qu'il est important de reprendre le rôle éducateur de la famille puisque son influence est définitive en matière de prévention.

Mots clés: prévention, attitudes familiales, l'éducation, la drogue.

1. EL CONSUMO DE DROGAS: UN PROBLEMA ACTUAL

El consumo de drogas (Fig. 1) no es una actividad moderna, por el contrario, ha acompañado al hombre desde los primeros tiempos.

40.000 adolescentes españoles presentan un consumo de cannabis problemático

Archivado en: asuntos sociales, adicciones, droga, cannabis

EFE Actualizado 21-10-2009 13:08 CET

Madrid.- Unos 400.000 jóvenes españoles de entre 14 y 18 años ha consumido cannabis en el último mes y el 2,2 por ciento de todos los adolescentes que consumen esta droga habitualmente -unos 40.000- presentan ya un consumo problemático.



Así se recoge en el II Informe sobre el cannabis, presentado hoy por la Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Carmen Moya, quien ha destacado la "marcada" tendencia a la bajada en los consumos de esta sustancia, aunque las tasas entre los adolescentes siguen siendo muy elevadas.

El cannabis es la droga ilegal que más precozmente se empieza a tomar (14,5 años de media en España) y con mucha frecuencia, aunque no siempre, su consumo lleva al de otras sustancias.

FIGURA 1. El consumo de drogas es noticia habitual en los medios de comunicación.

En la historia de la humanidad, distintas drogas han sido utilizadas por todas las civilizaciones con diferentes fines sin que esto llegase a constituir objeto de alarma social, sin embargo, en las últimas décadas el consumo ha evolucionado de manera tal que se ha ido constituyendo en un problema cada vez más preocupante, ya que ha pasado de ser propio de una minoría a extenderse de forma extraordinaria, principalmente entre los sectores más jóvenes de la población y, por otro lado, por la utilización de drogas propias de otras culturas, fuera de su contexto tradicional.

Se trata además de un fenómeno que ha experimentado en los últimos años un profundo proceso de transformación, ya que según la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre las Drogas (2007) en la actualidad en España las drogas están vinculadas a la cultura del ocio, a diferencia de lo que sucedía en los años 80 cuando el consumo de drogas, fundamentalmente la heroína, estaba asociado a la marginalidad y a la delincuencia.

Según Bas Peña (2000), diferentes investigaciones han puesto de relieve que el fenómeno de las drogodependencias es uno de los problemas que más preocupa a nuestra sociedad.

Una breve revisión de los principales medios de comunicación nos confirma que el consumo de drogas es un problema con el que la población está altamente sensibilizada, y por lo tanto existe una alarma social importante y justificada respecto al mismo, máxime si tenemos en cuenta los escasos o nulos resultados, en ocasiones contradictorios, de la mayoría de las intervenciones.

El problema es tan extenso que la sociedad responde desde los frentes posibles intentando desde cada uno de ellos reducir esa problemática. Así, nos encontramos con distintos tipos de medidas en función de los diferentes modelos teóricos de prevención, entre las que se pueden destacar las medidas *policiales*, *legislativas*, de *cooperación internacional*, medidas *sanitarias* y, las que particularmente más nos interesan, que son las medidas *educativas*, que se caracterizan en que dejan de lado todo lo relacionado directamente con la droga para centrarse en el individuo ajeno a ella: el niño y el joven escolarizados que aún no han entrado en contacto con la droga o están iniciándose en el consumo. Se trata, por lo tanto, de medidas preventivas.

Pero los programas educativos que se aplican sólo con el alumnado no son suficientes. Está claro que el fenómeno de la drogodependencia no tiene un solo origen y son diversos los frentes desde los que hay que actuar de un modo global para que la prevención tenga posibilidades de éxito. Por este motivo, en el presente artículo vamos a abordar la prevención desde las familias y desde los centros educativos, ya que son éstos, dadas sus características, los que ofrecen mayores posibilidades para trabajar la prevención, además de estar considerados como los principales agentes de socialización de los individuos, aunque no los únicos y, en muchos casos, tampoco los más influyentes, como dice Yaría (2005).

La Escuela y las familias se han distanciado del crecimiento de los chicos y otros actores privilegiados han tomado ese lugar: los medios, la cultura de la publicidad, el marketing dirigido a esa nueva población cautiva que son los niños y jóvenes.

No obstante, las familias junto con los centros educativos constituyen recursos imprescindibles en la prevención (Vega Fuente, 1993).

2. MODELOS TEÓRICOS DE PREVENCIÓN

El comportamiento de cada individuo es complejo y variable, y no se puede entender una explicación ni acción eficaz que no tenga en cuenta esta complejidad y variabilidad. El uso de drogas es concebido como una modalidad de comportamiento en el que interactúan tres elementos (la sustancia, la persona que la consume y el contexto); esta interrelación es considerada y aceptada desde diversas ópticas, diversas perspectivas teóricas; no obstante, el consenso sobre esta cuestión se debilita al considerar la importancia relativa de cada uno de los tres polos: la complejidad de cada uno de estos elementos no debe ser simplificada a la hora de elaborar medidas que prevengan el consumo de drogas, como dice Díaz (2001) cuantos más factores se tengan en consideración más se complica el acercamiento al fenómeno; sin embargo, la importancia relativa que se les concede a cada uno es diferente según los distintos modelos que pretenden explicar el fenómeno de la drogadicción.

La explicación que cada modelo da del fenómeno tiene sus consecuencias a la hora de tomar medidas preventivas. La principal diferencia entre ellos está en la importancia que conceden a cada uno de los elementos, ya mencionados, que interactúan en el fenómeno de la drogadicción.

Aunque distintos autores dan diferentes nombres a los modelos explicativos, y reconociendo que hay muchas variantes en cada uno de ellos, en general vamos a comentar los más importantes para comprender mejor las medidas preventivas que de cada uno se derivan:

2.1. *Ético-jurídico*

Asigna una importancia decisiva a las drogas, que clasifica en legales o ilegales. El fin principal es conseguir que las sustancias queden fuera del alcance de los individuos. Según este modelo la droga es el agente activo y al individuo se le da el papel de víctima a la que hay que proteger mediante medidas legislativas aplicables al cultivo, la elaboración, la fabricación, la distribución, la venta y la posesión de la sustancia. Las principales formas de disuasión son el control de las drogas disponibles, el aumento de su costo, el castigo o la amenaza de castigo y la divulgación de los daños físicos, psicológicos y sociales para disuadir a quienes podrían usarlas.

Los programas educativos que desde esta perspectiva se plantean consisten básicamente en la difusión de información sobre los peligros de ciertas drogas.

2.2. *Médico o sanitario*

Se centra en el sujeto, considerando al drogodependiente como a un enfermo infectado, al cual se intenta «vacunar» utilizando diversas medidas, entre ellas el empleo de estupefacientes antagonistas, actividades de contención o aislamiento de los consumidores para impedir que «infecten» a otras personas, identificación y tratamiento de los individuos que están en grupos de riesgo, y unos programas educativos de prevención que proporcionen información acerca de los riesgos que se corren al iniciarse en el uso de ciertas sustancias y el daño personal y social que provoca el hecho de depender de ellas.

Quienes usan drogas deben ser curados y tratados como un problema médico. El uso de drogas debe prevenirse como un problema de sanidad pública, al igual que cualquier enfermedad infecciosa.

Son ejemplos de esta concepción las campañas publicitarias contra el alcoholismo y el tabaco. Estos programas educativos parten del principio de que la mayoría de los individuos aprecian la salud, aspiran a conservarla y desean evitar las enfermedades.

2.3. *Psicosocial*

Reconoce la complejidad de cada individuo y el peso que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones; por lo tanto, considera que el consumo de drogas está determinado por las presiones de los grupos sociales de pertenencia, por la actitud del sujeto, el cual es activo en cuanto al consumo, y por factores psicosociales, como, por ejemplo, carencia de cohesión familiar, crisis de identidad en la adolescencia, rechazo de la autoridad, alienación, falta de contacto entre adultos y niños, etc. Relega a un segundo plano la sustancia.

Los programas preventivos que se fundamentan en este modelo intentan poner al descubierto factores causales subyacentes y consideran que la información no lleva necesariamente a un cambio en el comportamiento si no cambian los demás componentes, como las actitudes y los hábitos, por lo que proponen ofrecer alternativas al consumo, tratar al drogodependiente como a una persona con dificultades de adaptación, maduración y desarrollo. Al centrar la importancia en el individuo y en los factores sociales las soluciones que propone al problema del uso de drogas no están relacionadas específicamente con ellas, y son aplicables a otros comportamientos de carácter destructivo o irregular.

2.4. *Sociológico o sociocultural*

Desde esta perspectiva, la importancia del inicio y mantenimiento de las conductas de consumo de drogas descansa en las estructuras socioeconómicas y ambientales por encima de las predisposiciones personales, siendo muy difícil cualquier cambio que no modifique previamente dichas estructuras. Según este modelo, la responsabilidad del consumo recae más en el contexto que en la persona y en la sustancia. Unas drogas concretas cobran su sentido e importancia no tanto por sus propiedades farmacológicas sino por el modo en que una sociedad determinada define su uso, a sus consumidores y reacciona ante éstos.

Las estrategias de prevención derivadas del modelo sociocultural se valen del contexto social del comportamiento para la introducción de cambios importantes. En vez de insistir en la adaptación del individuo al contexto abogan por que los factores de ese contexto se adapten al individuo y a sus necesidades. Proponen mejorar las condiciones de vida y crear un ambiente desfavorable al consumo e implicar a la sociedad para que disminuya la aceptación social de las drogas. Procede modificar las instituciones, en especial el sistema educativo, para que sean menos impersonales y más humanas; los servicios médicos y sanitarios deben centrarse más en los pacientes; se debe facilitar la acción de los grupos de compañeros y amigos que satisfagan las necesidades de crecimiento y los estilos de vida adecuados.

2.5. *Bio-psico-social*

Este modelo integra las distintas variables que determinan la salud y la enfermedad. Se basa en dos supuestos fundamentales:

1. La adicción depende en su génesis y mantenimiento de los siguientes tipos de variables:
 - a) Variables de tipo orgánico, como son los factores genéticos, somáticos y biofísicos.
 - b) Variables de tipo comportamental, como son las percepciones, pensamientos, expectativas, motivaciones, sentimientos, hábitos, creencias, actitudes, habilidades, etc., de estas variables. Son de especial importancia las relacionadas con conductas de riesgo y las de habilidades para afrontar estas situaciones.
 - c) Variables ambientales o externas son aquellas que dependen del ambiente físico, social, cultural y familiar. De estas variables la más relevante posiblemente sea el comportamiento de las personas significativas para el sujeto y que están próximas a él, principalmente la familia.
2. Todas las variables son importantes y el grado de influencia de cada una es diferente en cada individuo.

Para Maciá (1997), esta perspectiva, junto a los componentes cognitivos y afectivos, tiene en cuenta los aspectos ambientales que definen la realidad social en que se enmarca el sujeto, incluyendo asimismo sus componentes biológicos.

La conducta adictiva se considera como una conducta aprendida. La conducta inicial o experimental se explicaría a través de paradigmas de aprendizaje social y se debería en gran parte a la accesibilidad, curiosidad, actitudes y presión social del grupo de iguales.

Este modelo supone un intento de superación de los anteriores, planteando un abordaje más global del problema.

Sea cual sea el modelo explicativo, todos apuestan por la prevención. Desde hace varios años se viene recurriendo a la educación, al sistema educativo como lugar idóneo para suministrar información y cambiar actitudes, lo cual puede ser una útil estrategia de prevención si se hace en el marco general de una labor efectiva en la cual haya sitio para otras estrategias derivadas de modelos globales, dentro de los que forman parte los programas de prevención familiar.

3. NECESIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DESDE LOS CENTROS EDUCATIVOS Y LAS FAMILIAS

3.1. *La prevención en los centros educativos*

En el tema de prevención de drogas la formación del profesorado suele ser escasa, además de que son muchos los docentes que lo consideran algo espinoso por la reacción que puedan tener los padres y madres y, si bien es cierto que están concienciados del problema, no es menos cierto que hay diferencia de opiniones respecto a su responsabilidad en cuanto a prevención se refiere; hay algunos docentes que consideran que su obligación no va más allá de la transmisión de contenidos específicos de un área, dejando de lado o para otros esa formación integral que, además de conocimientos, trabaje actitudes y valores, buscando el desarrollo pleno de la personalidad. Muchos años después de escribirlas, aún siguen siendo de actualidad las palabras de Vega Fuente (1985), cuando dice que «Hoy en día se habla mucho en nuestro país de que tenemos que prevenir con la educación, de que necesitamos programas escolares con materiales adecuados. Pero todo esto resultará inútil si no formamos antes al maestro». Mientras el profesorado no sea consciente de que su obligación trasciende de la mera transmisión de contenidos y la formación inicial no prepare a los futuros profesionales para intervenir en la prevención, la Educación para la Salud seguirá siendo insuficiente para abordar la prevención de drogas, y, por lo tanto, seguirán haciendo falta programas específicos para intervenir en situaciones puntuales.

3.2. *La prevención desde las familias*

La familia es el primer grupo social donde el niño recibe una serie de influencias decisivas que van a permitirle o no un desarrollo normal.

El clima afectivo que se genere en el seno familiar con respecto al niño/a va a marcar su posterior desarrollo de la personalidad y desarrollo social. Es en la familia donde el niño aprende las primeras pautas culturales; es a través de ella como se adapta al grupo social donde ha nacido, pasando de ser un individuo biológico a ser un individuo social con una capacidad de comportamiento de acuerdo a unas normas sociales del grupo al que pertenece. Abarca una conducta, un papel y una actitud social.

De los padres va a depender fundamentalmente el clima afectivo que el niño va asimilando, y el sistema de creencias y valores que tienen los padres respecto a la educación de sus hijos determina las actitudes que adoptan en su relación con ellos. Las creencias y prejuicios que los padres tienen acerca del niño y de lo que debe ser como adulto en el futuro van a determinar tipos de relación basados en el respeto y atención a las necesidades del niño o basados en la imposición y falta de consideración a sus propios ritmos.

El comportamiento del niño es, en gran medida, el resultado de sus relaciones familiares. La familia puede configurar ambientes estimulantes y que den seguridad afectiva a sus miembros o, por el contrario, ambientes sin esa seguridad afectiva debido a tensiones y comportamientos erróneos.

Según Moreno y Cubero (1990), la familia va moldeando las características psicológicas del niño durante el tiempo que permanece bajo su custodia. Sin embargo, la familia no tiene poder absoluto e indefinido sobre el niño; es decir, ni los padres podrán «tallar» en sus hijos las características cognitivas, sociales y de personalidad que rígidamente y a priori deseen, ni los rasgos que caractericen al niño a lo largo del desarrollo se deberán exclusivamente a las experiencias vividas en el interior de la familia. En primer lugar, porque ciertas características pueden estar al menos parcialmente definidas cuando el niño nace, por ejemplo, su salud o ciertas características de temperamento infantil, como son su nivel de actividad o el de adaptabilidad a nuevas circunstancias o personas. En segundo lugar, porque otros contextos socializadores (escuela, compañeros), desde el momento que acceden a ellos, influyen sobre él de forma paralela a la acción de los padres. Por último, porque la familia, a su vez, se encuentra bajo la influencia de un conjunto de factores que condicionan y determinan su funcionamiento (situación socioeconómica de los padres, coyuntura política y económica de la sociedad en general, etc.). Esto hace que, por un lado, cada familia se encuentre expuesta a características o determinantes propios, como, por ejemplo, el número de personas que la componen, características de la vivienda donde residen, cantidad de ingresos familiares, nivel educativo, características de personalidad de los padres, etc., y, por otro, que la familia como institución está sujeta a cambios, como, por ejemplo, el paso de la familia extensa a la familia nuclear, el trabajo de la mujer, el divorcio, la influencia de los medios de comunicación, etc.

En cualquier caso, Moreno y Cubero (1999) consideran que la familia es un contexto de socialización especialmente relevante para el niño, puesto que durante muchos años es el único y/o principal en el niño que crece y, además, actúa como

llave de filtro que selecciona la apertura del niño a otros contextos: son los padres quienes deciden el momento de incorporación del niño a la guardería, son ellos quienes en los primeros momentos posibilitan los contactos sociales del niño con personas ajenas a la familia, más adelante elegirán el tipo de colegio al que irán sus hijos, con todo lo que ello conlleva, etc.

Varios son los estudios que avalan la influencia de la familia en las conductas de riesgo relacionadas con la drogadicción. En este sentido Recio Agradados *et al.* (1991: 15) citan en su libro varios estudios que evidencian la estrecha relación entre algunas variables de índole familiar y problemas relacionados con las drogas.

Por otro lado, está muy extendida la opinión de que el papel educativo de los padres y madres, en algunos casos, aunque cada vez con más frecuencia, se reduce a conseguir los medios económicos para que otros eduquen y enseñen a sus hijos. Quieren una buena educación para sus hijos e hijas pero apenas si participan en ella, descargando en la escuela responsabilidades que hasta hace poco eran competencia de la familia; en palabras de Savater (1997) cuando la familia socializaba, la escuela podía ocuparse de enseñar. Ahora que la familia no cubre plenamente su papel socializador, la escuela no sólo no puede efectuar su tarea específica con la tarea del pasado, sino que comienza a ser objeto de nuevas demandas para las cuales no está preparada. En este sentido, Bolívar (1995) afirma que la educación en valores responde –en último extremo– a la necesidad de recomponer las funciones educativas de la escuela en este nuevo siglo, donde la merma progresiva de otras instancias sociales a su labor educativa en este terreno se traduce en transferir parte de dichas funciones, ampliando el papel de la escolaridad, lo que convierte cualquier problemática social relevante en contenido curricular. La asunción de estas tareas por los docentes, cuando no hay vínculos de articulación entre familia/escuela/medio social, genera tensiones, malestar docente y nuevos desafíos.

Al margen de estas apreciaciones, lo que está claro es que el ámbito educativo es, junto a la familia, el espacio idóneo para articular programas de prevención. Pero mientras las investigaciones sobre prevención en el ámbito educativo son abundantes, en el ámbito familiar son escasas, aunque, como ya veremos, está profundamente demostrada la influencia de la familia en las conductas de abuso de drogas.

La función socializadora que cumple la educación obliga a tomar en consideración aquellos conocimientos que se consideran culturalmente relevantes; por tanto, la oferta educativa que se configura en nuestros centros educativos tiene que permitir tratar las nuevas problemáticas sociales. De este modo, temas como la educación para la salud y la prevención de drogodependencias no se convertirán en temas ajenos al currículo que se desarrolla en los centros, sino que formarán parte, congruentemente, de cada una de las áreas que lo articulan.

Una de las mayores aportaciones de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación es la importancia que le concede a los valores y actitudes en la educación. Para ello otorga a las actitudes, valores y normas el rango explícito de

contenidos de aprendizaje, e incorpora en sus fines y principios los valores fundamentales que han de inspirar un tratamiento transversal del currículo.

En esta línea y, según Escames, García, Pérez, y Llopis (2007), «en el momento actual nuestra sociedad reclama una educación que se proyecte y que programe una formación actitudinal y ética».

4. NUESTRA PROPUESTA GLOBAL DE PREVENCIÓN

De los resultados de la aplicación de programas específicos apenas si existen datos y, menos aún, si el programa trabaja de forma paralela con los padres, por lo que vamos a intentar demostrar la eficacia que a corto plazo tiene un programa basado en el cambio de actitudes para aplicar al alumnado, e intenta completarse con la eficacia de un programa que, además del alumnado, trabaje también con los padres y madres.

4.1. *Cambio de actitudes*

Como hemos comentado, el programa pretende cambiar las actitudes del alumnado frente a la droga, la intervención de los modelos de actitudes no se centra en las drogas en sí, sino en el alumnado, suponiendo que la maduración y el crecimiento individual provocarán un cambio de actitudes suficientes para evitar o reducir el consumo.

La actitud es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social (Moscovici, 2002).

Dado que los programas educativos ponen el énfasis en la modificación de las actitudes, parece conveniente en este apartado adentrarnos en este aspecto de singular importancia. Así, brevemente, vamos a considerar algunos aspectos relacionados con la actitud, el cambio de actitud y la relación entre actitud y conducta.

Maciá (1986) hace un recorrido por el concepto de actitud que proponen varios autores, con las implicaciones que estos conceptos tienen, comenzando por los componentes que se dan en las actitudes:

- a) El componente cognitivo: se refiere al grado de conocimiento, creencias, opiniones, pensamientos que la persona tiene hacia el objeto de actitud.
- b) El componente afectivo: alude a los sentimientos de una persona y su evaluación del objeto de la actitud. Es la emotividad que impregna la idea. Si una persona «se siente bien» o «se siente mal» cuando piensa sobre una categoría, podremos afirmar que tiene sentimientos positivos o negativos hacia los componentes de esta categoría. El elemento afectivo controla el nivel de agrado o desagrado de la persona con respecto al objeto.
- c) El componente de comportamiento: cubre tanto las intenciones de conducta como sus acciones respecto al objeto de actitud.

Otro aspecto interesante a considerar de las actitudes es la relación de éstas con los hechos, relación que a priori podría darse por supuesta y, sin embargo, los estudios demuestran que su dependencia no está tan clara. En este sentido, Morris (1997) en varios estudios ha concluido que no existe una correspondencia perfecta entre actitud y conducta.

Tradicionalmente, se han considerado dos grandes modelos de programas de educación sobre las drogas: en el primero se supone que aumentando los conocimientos o modificando las actitudes se logrará al final cambiar los hábitos de consumo de las drogas (disminuir su abuso). En el segundo se parte de la hipótesis de que inculcando o reforzando determinados valores se modificarán los hábitos.

Pero ambos modelos se mueven en el terreno de las suposiciones, pues no está demostrado que el aumento de conocimientos lleve a un cambio de hábitos, ni tampoco que inculcando ciertos valores se cambien los hábitos relacionados con las drogas.

Este tipo de programas educativo-formativos se han considerado útiles para conseguir un cambio de actitud hacia la droga. Sin embargo, el problema radica en la repercusión que puedan tener sobre el comportamiento futuro de los jóvenes.

En principio, parece evidente la necesidad de una información objetiva sobre los efectos y circunstancias del consumo de las drogas, indispensable para satisfacer la considerable demanda de datos de este tipo y para evitar la difusión de datos inexactos o incluso falsos; así mismo, junto a esta información, una más completa formación facilitará la toma de decisiones racionales ante el uso de las drogas, sin embargo, parece que esto no es suficiente. Esta lógica no es la que encontramos siempre en la conducta.

4.2. Cambio de actitudes e influencia de las familias

Uno de los aspectos por los cuales se considera que muchos programas educativos no han tenido los resultados esperados ha sido por no tener presente en éstos el ambiente familiar y no controlar su influencia. La influencia de los padres en cada individuo es determinante tanto en la construcción de la identidad personal como en el desarrollo de pautas de relación con los otros. Hasta cierta edad los padres constituyen el principal modelo de conducta para los hijos, y la forma de relacionarse con éstos puede favorecer el desarrollo de conductas problemáticas de uso de drogas.

Todo ello hace que el ámbito familiar pueda ser un espacio privilegiado para la prevención del consumo de drogas. Sin embargo, para que la intervención como padres sea más eficaz, es necesario que tengan información suficiente acerca de las drogas y de las formas en que pueden intervenir para evitar o retrasar su consumo.

Éste es precisamente el objetivo del programa que se aplica a los padres, en el cual se comentan las diferentes drogas, sus efectos y las complicaciones de su consumo, y aborda con detalle cómo los padres y madres, a través de la influencia

educativa que ejercen en el ámbito familiar, pueden contribuir a reducir la influencia de los factores de riesgo de consumo de drogas y, en consecuencia, a hacer menos probable el consumo de estas sustancias o, en última instancia, a reducir las consecuencias negativas de éste.

4.3. *Programas de prevención utilizados*

La utilización del presente programa de educación sobre drogas se ha considerado como un abordaje específico, complementario al tratamiento general y preventivo que esta temática recibe en el ordenamiento legislativo, en respuesta a una demanda concreta.

Por ello se ha elaborado un programa global de prevención que interviene en los ámbitos que Ortiz de Anda (1998) considera más relevantes del quehacer preventivo.

La intención principal del programa es prevenir el consumo de drogas. Siguiendo esa meta nos planteamos como objetivo general retrasar o impedir el inicio en el consumo de drogas. Este objetivo lo alcanzaremos a través de objetivos concretos que se plantean a lo largo de las sesiones. Destacamos:

- Dotar al alumnado de las capacidades, habilidades y recursos personales necesarios para manejar adecuadamente las situaciones en las que entren en contacto con las drogas.
- Ofrecer una información útil, precisa y adaptada al alumnado, padres y profesorado, sobre aspectos relacionados con el uso de las drogas.
- Adoptar una actitud crítica frente a la publicidad, principalmente, enfocada a los mensajes sobre tabaco y bebidas alcohólicas.
- Sensibilizar a la comunidad educativa sobre el fenómeno de las drogodependencias y su magnitud.
- Contrarrestar la influencia de los factores de riesgo de todo tipo que pudieran favorecer la aparición de problemas con el consumo de drogas.
- Modificar y/o favorecer actitudes positivas dirigidas hacia el mantenimiento de la salud y negativas respecto al consumo de drogas.
- Recoger información sobre hábitos y actitudes frente a las drogas.
- Dotar a padres y profesores de recursos para hacer frente a situaciones conflictivas relacionadas con los jóvenes.

4.3.1. Programa que se aplica al alumnado

El Programa de Prevención que se pretende aplicar con el alumnado se encuadra dentro de los que se definen como de prevención específica ya que persigue objetivos concretos y se dirige fundamentalmente a la modificación de los conceptos, procedimientos y actitudes que el alumnado presenta ante las drogas, fundamentalmente el alcohol y el tabaco, reforzando algunas de sus habilidades sociales y proponiéndoles alternativas para el disfrute de su tiempo libre, con el fin

de facilitar la toma de decisiones y dotarles de los recursos personales necesarios para mantener su opción frente a la presión social.

El programa está organizado en diez sesiones que se pueden agrupar en dos bloques: el primero de ellos, constituido por los cuatro primeros temas, corresponde a una prevención más específica del consumo del alcohol y tabaco, aunque profundizando en el trabajo de las actitudes sin olvidar el trabajo de los conceptos que forman parte de una información básica. Para estas sesiones se ha utilizado, con las adaptaciones precisas, el material del programa «Tú decides» de Calafat (1995). El segundo bloque, integrado por seis sesiones, está enfocado desde una prevención más inespecífica del consumo de drogas a través del desarrollo de algunas habilidades sociales, como son la asertividad, la autoestima, la defensa de los propios derechos y opiniones frente a la presión del grupo y la toma de decisiones, el sentido crítico frente a la publicidad y el conocimiento de las distintas alternativas para emplear su tiempo libre que su localidad les ofrece.

El desarrollo del programa con el alumnado se hace, por lo tanto, en diez sesiones de trabajo, dos por semana, además de las dos que se precisan para pasar los cuestionarios, una al principio y otra al final.

4.3.2. Programa que se aplica a los padres y madres

Para la intervención con los padres vamos a utilizar principalmente el Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Familiar de la FAD¹ (1996), realizando las modificaciones necesarias para adaptarlo a nuestro contexto.

El objetivo general que se ha planteado es el de facilitar un adecuado enfoque del fenómeno del uso y abuso de drogas y dotar de estrategias de intervención que permitan a los padres actuar como agentes preventivos dentro del ámbito familiar.

a) Metodología

Es un programa eminentemente práctico, con una metodología activa y participativa, que se desarrolla en sesiones de grupo tutorizadas por un animador.

b) Contenidos

El Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Familiar consta de siete bloques temáticos que son los que aparecen en el siguiente apartado.

Sesiones del programa que se aplica con las familias:

- I. Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar.
- II. Información básica sobre drogas.

1. Fundación de Ayuda contra la Droga.

- III. Elementos básicos para una buena prevención familiar.
- IV. Intervención familiar con hijos de 0 a 12 años.
- V. Intervención familiar con hijos de 13 a 17 años.
- VI. Prevención, Familia y Escuela.
- VII. La familia ante los problemas de drogas.

c) Material

El Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Familiar consta de:

- Carpeta con siete dosieres para los participantes con contenidos teóricos, ejercicios y cuestionarios de evaluación.
- Un manual para el experto/animador con la estructura metodológica para cada una de las sesiones, fichas de seguimiento y cuestionarios de evaluación.
- Información complementaria para el alumnado.
- Material audiovisual y guías didácticas.

d) Temporalización

Este programa tiene prevista una duración de 12 horas (2 horas por bloque temático). Las sesiones se distribuirán de forma flexible en función de las necesidades del grupo.

e) Destinatarios

El programa está pensado para padres y madres con hijos hasta los dieciocho años, pertenecientes a Asociaciones de Padres de Alumnos de centros docentes y demás padres y madres interesados en profundizar sobre estrategias relacionadas con la prevención del consumo de drogas, aunque nosotros lo aplicaremos a los padres de los alumnos que son sujetos de nuestra intervención.

5. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo de investigación nos hemos propuesto comprobar:

1. Si existen diferencias significativas en la actitud del alumnado de 2.º de ESO, en relación con el rechazo al tabaco, alcohol y otras drogas, en función de que se les aplique o no el programa de prevención, siendo estas diferencias favorables al rechazo en el caso de que se les aplique dicho programa.
2. Si la aplicación de un programa de prevención familiar a los padres del alumnado determinará una mejor actitud de este último en cuanto al

rechazo de tabaco, alcohol y otras drogas, que si no se realiza la intervención con los padres.

6. PARTICIPANTES

La muestra está constituida por 125 sujetos que suponen la totalidad de alumnado que cursa estudios de 2.º curso de ESO en dos poblaciones (C y H). Al tratarse de un nivel obligatorio, estamos hablando de la práctica totalidad de la población de estos núcleos urbanos comprendida en el intervalo de edad de 13-14 años.

Los alumnos se encuentran agrupados en cinco cursos, habiéndose hecho la distribución de los mismos a los grupos por orden alfabético. El número de alumnos por clase está entre 26 y 29. Las clases son asignadas al azar a las distintas condiciones experimentales y de intervención.

7. INSTRUMENTOS

7.1. *Cuestionario de actitudes*

Para medir las actitudes hemos utilizado un cuestionario que consta de tres apartados, recoge información sobre el uso del tabaco, alcohol, psicofármacos y drogas ilegales. El primer apartado responde a las conclusiones de Guilford, Taylor y Parker citados por Maciá (1986), que argumentan que una simple pregunta general puede, en ocasiones, proporcionar una buena medida de las actitudes de los interrogados. El segundo apartado de las escalas de actitud evalúa la actitud, en su componente afectivo, hacia el consumo de la sustancia, y su elaboración responde a la técnica del diferencial semántico de Osgood. El tercer apartado de las escalas evalúa las intenciones de conducta. Para su construcción se utilizó la técnica de Likert de calificaciones sumadas, que recoge y elabora gran cantidad de frases sobre el tema de las drogas, intentando que éstas sean de antemano desfavorables o favorables. Se agruparon con relación a los tres componentes de la actitud, cognitivo, afectivo y comportamental. A continuación se aplican las nueve escalas (tres para el alcohol, tres para el tabaco y tres para otras drogas) a todos los alumnos, pidiéndoles que muestren su acuerdo o desacuerdo a cada una de las frases a través de cinco opciones: «Muy de acuerdo», «de acuerdo», «indiferente», «desacuerdo» y «muy en desacuerdo» (Ma/A/?/D/MD). Tras esto se calcula la puntuación total de cada alumno en cada escala, dando unos valores numéricos de 5 a 1, respectivamente, a las cinco modalidades de respuesta, excepto en las frases desfavorables donde se invierte la puntuación. Se elige el 25% superior e inferior de los alumnos. Posteriormente se calcula la media de los valores numéricos de las respuestas dadas a cada elemento en ambos grupos extremos, así como la diferencia de medias. Finalmente se eligen

para la escala definitiva aquellas frases que discriminen entre los sujetos de ambos grupos.

En esta escala también hemos calculado la fiabilidad y consistencia interna, obteniendo los resultados que aparecen a continuación (Tabla 1):

TABLA 1
Fiabilidad y consistencia del cuestionario de actitudes

Fiabilidad: dos mitades de Sperman-Brown = 0,672
Consistencia: Alpha de Crombach = 0,719

8. VARIABLES

Las hipótesis anteriores ponen en relación las variables independientes y dependientes que coexisten en la investigación.

En el caso que nos ocupa, las variables dependientes, y refiriéndonos a las drogas (tabaco, bebidas alcohólicas, psicofármacos y drogas ilegales), son:

- La actitud. La variable independiente es la aplicación del programa de prevención y consta de dos niveles: el primero, que supone la intervención sólo con los alumnos, y el segundo que incluye, también, la intervención con padres. Se controlan variables de:
 - Inteligencia general: a través del rendimiento académico, el cual es prácticamente el mismo en todos los grupos, existiendo en todos ellos algunos alumnos destacados y algunos con retraso por haber repetido un curso.
 - Estatus socioeconómico: como se ha visto en el análisis del contexto, el nivel socioeconómico de ambas poblaciones es bastante homogéneo.

9. PROCEDIMIENTO

Fase I

Información de lo que se va a hacer a cada uno de los sectores en los que se va a intervenir y aplicación de la batería de cuestionarios.

En la primera sesión se informa a los sujetos de que se va a realizar en el centro un programa preventivo del consumo de drogas por un grupo de psicólogos y pedagogos en colaboración con el profesorado del centro y que con este fin se pide su colaboración para responder a los cuestionarios que se les proporcionan, aclarándoles que la colaboración es anónima.

A continuación se les pasan los cuestionarios. El experto procede a la lectura y explicación de cada ítem, tras lo cual el alumnado responde.

Todo el material se corrige inmediatamente con el fin de tener un conocimiento preciso de los sujetos con respecto al tema a tratar y valorar la conveniencia de realizar subgrupos específicos en orden a controlar algunas variables de consumo, actitudes, información, etc., que pueden distorsionar la investigación.

Fase II

Se procede a la aplicación del programa, tanto al alumnado como a los padres y madres. Tras la aplicación de los programas se vuelven a pasar los cuestionarios.

Fase III

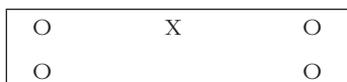
Se analizan los resultados y se elaboran conclusiones. El procedimiento estadístico seguido ha consistido en analizar cada una de las variables estudiadas tal y como a continuación se detalla:

1. Se ha realizado un análisis de varianza para comparar los resultados del pretest en los distintos grupos y variables para comprobar si existían diferencias significativas entre ellos antes de aplicar el programa.
2. De igual forma se ha realizado un análisis de varianza, en cada una de las variables, para ver las diferencias intragrupos entre el pretest y el postest.
3. En los cuestionarios de actitud los análisis se han hecho para cada una de las variables, tabaco, alcohol y otras drogas y en el caso de las actitudes, además, para cada uno de los componentes dentro de cada sustancia, perceptivo, afectivo y comportamental.

10. DISEÑO Y ANÁLISIS DE DATOS

El diseño de investigación utilizado es el diseño cuasi experimental pretest-postest descrito por León y Montero (1993), como grupo de control no equivalente según García Gallego (2004). El diagrama típico sería el siguiente (Tabla 2).

TABLA 2
Diagrama del diseño con grupo de control



Este diseño es de gran difusión en la investigación de los fenómenos educativos. Consta de dos grupos, experimental y de control, que han recibido tanto el pretest como el postest ciertamente sin igualación preexperimental por

aleatorización. Los grupos constituidos lo son de forma natural, clase o curso concreto; el tratamiento X se asigna por azar a uno cualquiera de los grupos.

Aunque este tipo de investigación también tiene sus limitaciones, es la que mejor se adapta, en este caso, al contexto en el que se va a desarrollar la investigación, ya que algunas condiciones no se pueden manipular y en definitiva se trata de probar que algo funciona tal y como refieren León y Montero (1993: 256) cuando dicen que una investigación aplicada hace referencia a una determinada intervención en una situación para modificarla en un sentido socialmente deseable.

Para Jiménez y otros (1987) «cuanto más similares sean en su reclutamiento el grupo experimental y el de control, y así sean constatadas tras la realización del pretest respectivo, más eficaz resultará el control». En nuestro caso el esquema del diseño es el siguiente (Tabla 3).

TABLA 3
Esquema del diseño de nuestra investigación

Grupo	Aplic. Cuest.	Progr. Alumn.	Progr. Padres	Aplic. Cuest.
A (Control)	O			O
B (Experim. 1)	O	X		O
C (Experim. 2)	O	X	Y	O

En este esquema las filas constituyen subgrupos, representando O la observación realizada en el pretest y en el postest, X el tratamiento con los alumnos (aplicación del programa) e Y el tratamiento con los padres y madres (aplicación del programa de padres y madres).

El subgrupo A está formado por un grupo natural de 2.º de ESO de la población H a los cuales sólo se les ha pasado el pretest y el postest.

El subgrupo B está integrado por tres grupos, también respetando la distribución natural de las aulas, dos a una población (C) y uno a otra (H).

El subgrupo C está integrado por el alumnado de un curso de la población H.

Por lo tanto, por localidades, la distribución en los grupos quedaría como representa el siguiente cuadro (Tabla 4).

TABLA 4
Distribución de grupos por localidades

Poblaciones	G. de Control	G. Experimental 1	G. Experimental 2
H	1	1	1
C	0	2	0

11. FUENTES DE INVALIDACIÓN

Analizamos a continuación las posibles fuentes de invalidación, referidas a la validez interna.

La historia

En lo que se refiere a acontecimientos específicos ocurridos en el desarrollo de la experimentación, los cuales pueden afectar la actuación de los sujetos antes o después del tratamiento experimental, no tuvo lugar durante el desarrollo de la investigación ninguna campaña en los medios de comunicación ni algún otro acontecimiento que pudiese influir en el cambio de actitudes de los sujetos.

Aplicadores del programa

La fuente de sesgo que pueden constituir aquí los aplicadores del programa, profesores y expertos, se intentó controlar mediante la coordinación de la aplicación en las reuniones de asesoramiento y seguimiento, de forma que ésta se llevase a cabo de acuerdo a las mismas consideraciones metodológicas y didácticas. También se controló haciendo que la mayor parte del programa, ocho de las diez sesiones de que se compone, fuese aplicado por las mismas personas, por lo que las sesiones de la parte de información las impartió la profesora de educación física y las seis correspondientes a la segunda parte del programa corrieron a cargo de un psicólogo.

Expectativas del experimentador

Tampoco éstas han inducido variación alguna en los comportamientos de los sujetos, entendiendo por comportamientos las variables que se están estudiando (actitudes, hábitos de consumo, etc.), ya que no ha sido el mismo investigador el que ha aplicado el programa, sino otros expertos, que, como ya se ha comentado, han sido los mismos en el pretest y en el postest.

En cuanto al horario de aplicación, al hacerse dentro del horario escolar a razón de dos sesiones por semana, todas de la misma duración, no ha habido diferencias significativas en la aplicación del programa.

La maduración

En este sentido, se puede afirmar que dos meses es un espacio de tiempo muy corto para que pueda producirse un cambio madurativo relevante entre la aplicación del pretest y la del postest, más aún cuando todos los alumnos y alumnas destinatarios se hallan en la misma etapa evolutiva. Así pues, la maduración se estima controlada en cuanto se supone que actuará de forma similar en los grupos, dada la igualdad inicial de los mismos.

Por otra parte, cualquier maduración en este sentido tiende a provocar en el alumnado, según manifiestan los estudios de Rooney y Villahoz (1990), una tendencia a aumentar las actitudes permisivas hacia el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, por lo que la maduración constituiría un elemento que daría más consistencia a los resultados del postest.

La instrumentación

En este sentido no ha habido ningún cambio en los instrumentos de medición utilizados, por lo que esta posible fuente de sesgo no lo es en este caso.

La mortalidad experimental

En nuestro caso, al tratarse de sujetos en edades de escolaridad obligatoria, los efectos de la mortalidad experimental quedan limitados al mínimo al depender del traslado de algún alumno o alumna o de alguna causa no deseada. En realidad no se produjo ningún caso.

Las posibles interacciones entre selección-maduración

Recurrir a los grupos de control es una forma de controlar estas interacciones, así pues, estas posibles interacciones quedan controladas por las propias características del diseño.

En cuanto a la validez externa, Campbell y Stanley (1966) consideran que las fuentes de invalidación de la misma (interacción de administración de tests y X, interacción de selección y X e interferencia de X múltiples) quedan controladas por las características del diseño.

12. RESULTADOS

La primera cuestión que nos planteamos averiguar, referida al cambio de actitudes del alumnado que recibe un programa de prevención, sí se verifica ya que no se encuentran diferencias significativas entre grupos en el pretest (Tabla 5).

Un análisis de las diferencias intragrupos, en cuanto a actitud se refiere, nos da los resultados que se observan en la tabla siguiente (Tabla 6). Grupo experimental 1.

Como se puede apreciar, se dan diferencias significativas en las actitudes respecto al tabaco y en total.

TABLA 5
Análisis de varianza entre grupos. Pretest de actitudes

ACTITUDES		Suma de cuadrad.	gl	F	Sig.
TABACO	Inter-grupos	47,276	2	0,209	0,812
	Intra-grupos	14029,638	124		
	Total	14076,913	126		
ALCOHOL	Inter-grupos	116,583	2	0,269	0,764
	Intra-grupos	26820,594	124		
	Total	26937,177	126		
DROGA	Inter-grupos	91,341	2	0,470	0,626
	Intra-grupos	12050,013	124		
	Total	12141,354	126		
TOTAL	Inter-grupos	569,546	2	0,387	0,680
	Intra-grupos	91141,336	124		
	Total	91710,882	126		

Tabla 6
Análisis de varianza intragrupos. Pretest/postest de actitudes

ACTITUDES		Suma de cuadrad.	gl	F	Sig.
TABACO	Inter-grupos	750,978	1	7,455	,007
	Intra-grupos	15714,935	156		
	Total	16465,913	157		
ALCOHOL	Inter-grupos	477,869	1	3,018	,084
	Intra-grupos	24702,544	156		
	Total	25180,413	157		
DROGA	Inter-grupos	161,931	1	2,314	,130
	Intra-grupos	10918,436	156		
	Total	11080,367	157		
TOTAL	Inter-grupos	4307,842	1	8,150	,005
	Intra-grupos	82456,380	156		
	Total	86764,222	157		

En cuanto al grupo experimental 2, los resultados son (Tabla 7):

TABLA 7
 Análisis de varianza intragrupos. Pretest/postest de actitudes

ACTITUDES		Suma de cuadrad.	gl	F	Sig.
TABACO	Inter-grupos	381,633	1	5,729	,024
	Intra-grupos	1865,067	28		
	Total	2246,700	29		
ALCOHOL	Inter-grupos	378,075	1	3,818	,061
	Intra-grupos	2772,467	28		
	Total	3150,542	29		
DROGA	Inter-grupos	414,408	1	4,192	,050
	Intra-grupos	2768,267	28		
	Total	3182,675	29		
TOTAL	Inter-grupos	3520,833	1	6,301	,018
	Intra-grupos	15645,533	28		
	Total	19166,367	29		

En este grupo se dan algunas diferencias más que en el grupo experimental 1 ya que aquí las diferencias son significativas en cuanto al tabaco, otras drogas y en total.

TABLA 8
 Análisis de varianza intragrupos. Pretest/postest de actitudes. Grupo control

ACTITUDES		Suma de cuadrad.	gl	F	Sig.
TABACO	Inter-grupos	5,611	1	,042	,839
	Intra-grupos	7126,417	53		
	Total	7132,027	54		
ALCOHOL	Inter-grupos	1,620	1	,014	,908
	Intra-grupos	6346,908	53		
	Total	6348,527	54		
DROGA	Inter-grupos	32,501	1	,370	,546
	Intra-grupos	4660,908	53		
	Total	4693,409	54		
TOTAL	Inter-grupos	46,200	1	,059	,809
	Intra-grupos	41283,500	53		
	Total	41329,700	54		

Observando la tabla podemos comprobar que la actitud respecto al consumo de tabaco y el total mejora significativamente en el grupo experimental 1 y frente

al tabaco, otras drogas y la actitud total mejoran significativamente en el grupo experimental 2, no mejorando significativamente, en ningún aspecto, en el grupo control. Por lo tanto, el programa se manifiesta claramente efectivo en el cambio de actitudes.

En cuanto a la segunda cuestión que nos planteamos, referida a la mejora de actitudes del grupo experimental 2 respecto al 1, no se confirma, ya que no hay diferencias significativas entre las puntuaciones que ofrecen estos grupos, tal y como se muestra en la siguiente tabla (9).

TABLA 9
Resultados de las comparaciones entre las puntuaciones postest de los grupos experimentales 1 y 2 en información

ACTITUDES		Suma de cuadr.	gl	F	Sig.
TABAC	Inter-grupos	2,886	1	,000	,985
	Intra-grupos	7702,643	97		
	Total	7702,672	98		
ALCOH	Inter-grupos	108,978	1	2,277	,135
	Intra-grupos	4642,936	97		
	Total	4751,914	98		
DROG	Inter-grupos	24,229	1	,474	,493
	Intra-grupos	4959,609	97		
	Total	4983,838	98		
TOTAL	Inter-grupos	28,591	1	,085	,771
	Intra-grupos	32578,323	97		
	Total	32606,914	98		

La explicación a este hecho es similar a lo que ocurre con la información; en definitiva, poca influencia de las madres y padres sobre la actitud de sus hijos e hijas hacia estas sustancias y poco tiempo transcurrido para ejercer esa influencia, además de que la actitud, en general, se puede considerar bastante aceptable, por lo que es difícil de mejorar y nos movemos en intervalos muy pequeños que pueden no dar lugar a puntuaciones lo suficientemente separadas como para que la diferencia sea considerada como significativa.

13. CONCLUSIONES

Las conclusiones que presentamos pretenden no sólo valorar lo que ha supuesto el programa en cuanto a proceso programado y aplicado con unos resultados que permiten aceptar o rechazar las hipótesis planteadas, sino, además, hacer una reflexión de cómo se ha vivido esta experiencia, cómo se ha recibido en los centros educativos y en las familias.

Para empezar hemos de realizar algunas consideraciones:

- a) Respecto a las condiciones previas a la aplicación del programa:
 - A pesar de las alarmantes cifras que maneja el Centro Provincial de Drogas y las diferentes estadísticas que presentan los medios de comunicación respecto al consumo de drogas en estas poblaciones, nos ha llamado la atención el hecho de que, tras el análisis inicial, hemos comprobado que la información, actitudes y hábitos de consumo del alumnado son bastante positivos respecto al no consumo.
 - En la evaluación del proceso, es importante tener presentes los condicionantes que desde primera hora hemos encontrado, a saber, se ha tratado de una intervención puntual, en horario escolar, con escasa colaboración del profesorado, nula colaboración de uno de los equipos directivos y una participación activa y efectiva del otro, para tratar de prevenir, o sea, evitar una conducta futura y que, por lo tanto, actualmente no es sufrida como un problema en los Centros, prueba de ello es que no se contempla en los respectivos Planes de Centro la aplicación del programa ni la inclusión en el currículum de la Educación para la Salud como materia transversal.
- b) Respecto a la intervención:
 - Ante la falta de apoyo para introducir este tema de manera prioritaria en las distintas programaciones se acordó que la intervención más acertada sería con la aplicación de un programa específico durante unos cursos, de manera que el profesorado poco a poco vaya asumiendo la aplicación del mismo.
 - En cuanto a los instrumentos utilizados unos han sido más adecuados que otros pero, en general, la información obtenida a través de los distintos cuestionarios ha sido válida para adaptar la intervención a las actitudes e información previa del alumnado. También han sido útiles para evaluar los resultados, aunque sería necesario un plazo de tiempo más largo para constatar algunos cambios.
 - La aplicación del programa ha supuesto un total de 60 horas en sesiones con los alumnos, 12 horas de formación con los padres, 16.625 ítems corregidos, 16.000 folios en material para los alumnos, etc.
- c) En cuanto a los resultados conseguidos y los inconvenientes encontrados:
 - En la investigación sólo aparecen los resultados que se ha pretendido de alguna forma medir; aspectos como la inquietud y sensibilidad que la aplicación del programa ha despertado en los distintos colectivos, padres y madres, profesorado, compañeros de otros cursos, administración local, fuerzas del orden, establecimientos expendedores, etc., son variables que, a largo plazo, pueden influir tanto como cualquier otra intervención de tipo más directo.

- En cuanto a los resultados obtenidos, la aplicación del programa ha sido efectiva en cuanto que ha mejorado significativamente las actitudes del alumnado de cara a la prevención de drogas, principalmente tabaco, que es la droga más consumida a esas edades y la que, en general, suele iniciar la escala de consumo. El contraste con los resultados del grupo control confirma la validez de la intervención.
- En cuanto a las diferencias esperadas de la actitud del alumnado por la aplicación de un programa de prevención con los padres y madres, como hemos podido observar en los resultados, no aparecen diferencias significativas, posiblemente, como se ha comentado, porque las actitudes iniciales son muy positivas y por el poco tiempo transcurrido, por lo que puede resultar interesante una observación una vez haya transcurrido más tiempo.

Como se ha podido comprobar, los resultados son lo suficientemente significativos como para confirmar que el camino elegido era acertado y tienen la ventaja de que se han obtenido de la más pura realidad.

Respecto a los logros conseguidos, insistimos, de los que se han cuantificado, en general, a través de nuestra intervención hemos conseguido mejorar las actitudes además de estabilizar los hábitos de consumo.

Entre los logros conseguidos pero no cuantificados tenemos que destacar que se ha incluido el programa de prevención en los Planes Anuales de Centro.

Uno de los principales inconvenientes con el que nos hemos encontrado en la aplicación del programa y está presente, no sólo en los programas de prevención, sino también en los de cualquier materia transversal, es el de la falta de sensibilidad y formación del profesorado. Otro de los inconvenientes es la poca colaboración de la administración, que en un plato de la balanza coloca algunos concursos y materiales de cara a trabajar estos temas mientras en el otro pone en los medios de comunicación públicos miles de horas de violencia, publicidad de drogas, idealizando vidas artificiales y estilos de vida totalmente contradictorios con lo que el sistema educativo intenta conseguir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bas Peña, E. (2000). *Prevención de drogodependencias en secundaria*. Madrid: Narcea.
- Calafat, A.; Amengual, M.; Farrés, C.; Mejías, G. y Borrás, M. (1995). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas*. Palma: Servei d'Acció Social i Sanitat. Consell Insular de Mallorca.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1966). *Diseños experimentales y cuasi-experimentales en la investigación social*. Argentina: Amorrortu editores.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre las Drogas (2007). *Guía sobre drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Díaz, A. (2001). Drogas y sociedad. En S. Yubero Jiménez (Coord.). Drogas y drogadicción: un enfoque social y preventivo (pp. 11-74). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- EFE. 40.000 adolescentes españoles presentan un consumo de cannabis problemático. Descargado el 21 de octubre de 2009. http://www.soitu.es/soitu/2009/10/21/info/1256123314_172788.html.
- Escames, J.; García López, R.; Pérez Pérez, C. y Llopis, A. (2007). El aprendizaje de valores y actitudes. Teoría y práctica. Colección Educación en Valores. Barcelona-Madrid: Octaedro-OEI.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996). Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- García Gallego, C. (2004). Diseños de investigación en psicología. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Jiménez Fernández, C.; López Barajas, E. y Pérez Yuste, R. (1987). Pedagogía experimental II. Madrid: UNED.
- León, O. G. y Montero, I. (1993). Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. Madrid: McGraw-Hill.
- Maciá, D. (1986). Método conductual de prevención de la drogodependencia. Valencia: Promolibro.
- Moreno, M. C. y Cubero, R. (1990). Relaciones sociales: familia, escuela y compañeros. Años preescolares. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Eds.). Desarrollo psicológico y educación I. Psicología evolutiva. Madrid: Alianza.
- Morris, C. (1997). Psicología. Michigan: Prentice Hall.
- Moscovici, S. (2002). Psicología social: influencia y cambio de actitudes. Barcelona: Paidós.
- Recio Adrados, J. L. (Dir.); Santos Aguado, C.; Sánchez Sanclemente, M. A.; Escamilla, J. P.; Plaza, L. A. y Barahona, M. J. (1991). El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas. Madrid: Cruz Roja Española.
- Rooney, J. y Villahoz, J. (1990). Estudio sobre el uso de drogas entre la población estudiantil de la provincia de Huelva. Huelva: Diputación Provincial.
- Savater, F. (1997). El valor de Educar. Barcelona: Ariel.
- Vega Fuente, A. (1985). La formación del maestro ante las drogas: Teoría y práctica. Madrid: Editorial Escuela Española.
- (1993). La acción social ante las drogas. Propuestas de Intervención Socioeducativa. Madrid: Narcea.
- Yaría, J. A. (2005). Drogas: escuela, familia y prevención. Buenos Aires: Bonum.