

# Trabajo de Fin De Grado

---

PROYECTO DE EDUCACIÓN  
PARA LA SALUD  
*HEALTH EDUCATION PROJECT*

ESTO VA  
PARA TI,  
**CRACK**

Autor: Álvaro Domínguez Aragonese.

Universidad Autónoma de Madrid: Facultad de Medicina.

Grado en Enfermería.

Tutora: Olga Martínez

Curso Académico: 2017-2018.

**Educación para la salud**

*Enfermería Comunitaria*

**2017**

## *Agradecimientos*

**A todos los compañeros de la universidad,  
a mi familia y a la tutora,  
por el gran apoyo incondicional desde el comienzo .  
Gracias.**

# Índice de contenidos

1. Introducción: .....	1
Análisis del consumo de drogas ilegales .....	9
Análisis de comportamientos .....	11
2. Objetivos .....	16
3. Captación.....	17
4. Metodología: .....	18
0ª Sesión:.....	22
1ª Sesión:.....	22
2ª Sesión:.....	23
3ª Sesión:.....	24
4ª Sesión:.....	24
5ª Sesión:.....	26
6ª Sesión:.....	26
5. Evaluación .....	28
6. Conclusiones .....	31
7. Bibliografía.....	32
8. Anexos.....	36
Figuras: .....	36
Tablas:.....	42

## Resumen

**Introducción:** El presente documento constituye un proyecto de educación para la salud orientado a la prevención del consumo de drogas ilícitas en adolescentes estudiantes. A lo largo de la introducción se realiza un análisis del consumo de estas sustancias en los adolescentes, así como de los comportamientos que caracterizan a este grupo de población.

**Objetivos:** Los objetivos constituyen el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes relacionados con las drogas que el proyecto pretende conseguir mediante la aplicación de la metodología.

**Metodología:** Se ha establecido una sesión semanal de una hora de duración durante seis semanas en una clase de 4ª de la ESO. Durante la hora de metodología se realizarán las actividades diseñadas para cada sesión.

**Evaluación:** Se ha propuesto la realización de una evaluación inicial de los participantes mediante un cuestionario y un buzón de sugerencias. Posteriormente se realizará evaluación a lo largo del curso y al final.

**Palabras clave:**

Educación para la salud, adolescentes, drogas, salud escolar.

**Abstract:** The current document is a health education project aimed at preventing the consumption of illicit drugs in teenage students. Throughout the introduction an analysis of the consumption of these substances in adolescents is made, as well as the behaviors that characterize this group.

**Objectives:** The objectives constitute the set of knowledge, skill and attitudes related to drugs that the project aims to achieve through the application of the methodology.

**Methodology:** one-hour weekly session has been established for six weeks in a class of 4ª of ESO. During methodology, activities will be carried out for each session.

**Evaluation:** It has been proposed to carry out an initial evaluation of the participants through a questionnaire and a suggestion box. Then, an evaluation will be made throughout the course and at the end.

**Key words:**

Health education, teenagers, drugs, school health.

## 1. Introducción:

El propósito de este capítulo introductorio es enmarcar el contenido del documento expuesto a continuación. Se trata de un **Proyecto de Educación para la Salud** (EpS) orientado a adolescentes, y en el que se va a abordar la prevención del consumo de sustancias tóxicas, en concreto las drogas ilegales. Se trata de una conducta de riesgo presente en numerosas franjas de edad de la población, aunque sin embargo los datos apuntan a un inicio de consumo al comienzo de la adolescencia, etapa en la cual la existencia de falsas creencias junto con un comportamiento de conductas de riesgo favorece la implementación de un futuro consumo.<sup>1</sup>

En este aspecto, el **ámbito escolar** constituye uno de los escenarios donde la EpS realiza una función sustancial y necesaria. Dicho escenario es idóneo ya que permite abordar el grupo de la adolescencia y, además, al contar con recursos didácticos variados permite aplicar diferentes metodologías con intervenciones y actividades grupales adaptadas según la edad del estudiante y del contenido a tratar.

Antes de adentrarnos en el proyecto de educación en sí mismo, es preciso examinar la evolución del campo disciplinar de la **Promoción de la Salud** (PdS). La OMS define la salud como *“un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Esta definición se introdujo en 1946 y no fue hasta 1978 en la Conferencia Internacional de Alma-Ata cuando se estableció la necesidad de la PdS como una práctica primordial en la Atención Primaria (AP). En 1986 se celebra la primera Conferencia sobre PdS en Canadá, donde se define en la *Carta de Ottawa* este concepto de Promoción como *“el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren”*. Junto a todos estos cambios resulta necesario señalar la presencia de la **corriente salutogénica**, que influyó notablemente en la PdS. Esta corriente se sustenta en tres pilares fundamentales: el primero de ellos es la búsqueda de resolución de los problemas y de soluciones a los mismos, en segundo lugar identifica recursos que ayudan a las personas a buscar la salud positiva, y en último lugar mantiene un sentido de comprensión, manejabilidad y significatividad hacia los acontecimientos vitales.<sup>2</sup>

Una vez entendida la evolución, cabe remarcar la función de la EpS como una de las herramientas más importantes de promoción y prevención en la salud. La base de datos de MeSH en PubMed define la EpS como aquel tipo de educación que aumenta la autoconciencia y que influencia favorablemente las actitudes y el conocimiento relacionado con la mejora de la salud. La OMS sin embargo lo define como *“una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud”*.<sup>3</sup> En concreto para entender la finalidad de la EpS en este proyecto, constituye una combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas a favorecer conductas saludables, ya que es en el comportamiento donde la EpS realiza los cambios necesarios para mantener un estilo de vida saludable. Cabe señalar que este cambio de comportamientos o conductas a menudo resulta complicado, puesto que las conductas no saludables tienen una base social, personal y vital. La EpS supone un encuentro entre la conducta de la población y aquella que plantea el profesional como alternativa, encuentro que puede generar resistencias al cambio. Otras áreas de intervención de la EpS son los problemas de salud o las transiciones vitales.<sup>2</sup>

Paulo Freire, experto en temas de educación, explicó que la finalidad primaria de la educación es “favorecer la reflexión y la toma de conciencia de la persona sobre su propia situación, siendo sujeto de su propio aprendizaje”. La EpS favorece el **empoderamiento** de los individuos, ya que les proporciona la oportunidad y las herramientas para mantener un estilo de vida saludable. Este concepto, *empowerment*, también surge junto con la Promoción en Salud, a partir de los años setenta del pasado siglo y constituye el objetivo fundamental de todo programa educativo en salud. El empoderamiento, como término sanitario, tiene como definición fomentar la autonomía del paciente y hacerle partícipe de decisiones en relación con su propia salud. Junto con el empoderamiento adquirido a través de la EpS también crece la necesidad de analizar los factores que influyen en el individuo, tanto sociales, económicos o políticos y que generan las desigualdades de poder y por tanto de salud. Según la *pirámide de Kaiser* (Figura 1.1), este proyecto irá dirigido a la población en general ya que busca la prevención del consumo de drogas y la promoción de estilos saludables relacionados con estas.<sup>4</sup>

Partiendo hacia un **análisis de las drogas** como sustancias tóxicas, la Organización Mundial de la Salud define droga como “sustancia natural o química que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en la conducta de las personas debido a una modificación del estado psíquico, y tiene capacidad para generar dependencia”<sup>5</sup>. En este aspecto cabe señalar que la dependencia es aquella necesidad de consumir una sustancia, ya que su abstinencia (no consumirla) provoca en la persona un síndrome de signos y síntomas por falta de actividad de dicha sustancia en el sistema nervioso.<sup>6</sup>

Hay dos grupos imperantes en torno a las drogas. El primero, las drogas legales, abarcan tanto el *tabaco* como el *alcohol*. Se trata de dos sustancias cuya venta está prohibida a menores de 18 años, pero no a mayores de esa misma edad. Aun teniendo el calificativo de “legal”, se trata de sustancias muy extendidas entre los adolescentes, quienes realizan un consumo intensivo de riesgo que conlleva consecuencias para la salud a largo plazo. En este aspecto, el tabaco supone la sustancia con la edad de inicio de consumo más precoz (13 años) y con una prevalencia del 28% de los adolescentes. En añadido, el alcohol constituye la sustancia más consumida entre los adolescentes, con una prevalencia de consumo de hasta 80% de los adolescentes.<sup>5</sup>

El otro grupo son las drogas ilegales, cuya producción y comercialización están prohibidas. Son las protagonistas del proyecto y se explicarán con mayor profundidad más adelante. En la actualidad existen diferentes **modelos de enfoque** en cuanto al abordaje y prevención del consumo de drogas ilegales<sup>7</sup>:

- En primer lugar, está el modelo ético-jurídico, que clasifica las drogas en peligrosas e inocuas, y que busca que las drogas no estén al alcance de las personas.
- En segundo lugar, tenemos el modelo médico sanitario, que relaciona las personas, el contexto y las drogas, teniendo éstas últimas el papel principal en la relación entre los tres conceptos.
- El modelo psicosocial sin embargo hace hincapié en el papel del individuo en relación con el uso de las drogas y lo considera el punto principal donde debe centrarse toda intervención educativa. Entiende el uso y la función de

las drogas como forma de comportamiento que satisface una función del individuo.

- Por último, el modelo sociocultural también establece una relación entre individuo, contexto y droga y afirma que las drogas se relacionan en como la sociedad define su uso y a sus consumidores.

Pese a que estos modelos fueron los primeros, más tarde quedaron obsoletos tras la aparición de otros dos modelos de intervención más completos que rivalizaban entre sí. Uno de ellos, el modelo Bio-psico-social, constituyó un modelo de intervención que involucró la Teoría General de Sistemas como marco explicativo ante las múltiples variables que condicionaban el consumo de sustancias (tanto biológicas, psicológicas o sociales). Frente a este modelo se situaba el Biomédico, que se centraba en el diagnóstico y tratamiento de las adicciones como trastorno mental. De ambos modelos de enfoque, el **Bio-psico-social** ha resultado ser más eficaz en materia de prevención, puesto que actúa sobre los determinantes que condicionan el consumo en primera estancia.<sup>7</sup>

Continuando con un análisis del contexto del **consumo** de drogas ilegales, a nivel mundial la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) declaró en 2016 que la producción de cannabis fue la más extendida en el periodo de 2009-2014 en 129 países, los cuales la mayoría se encontraban en Asia y América. El cannabis resultó ser en 2014 la mitad de las incautaciones totales de droga, seguido de las anfetaminas, opioides y de coca.<sup>8</sup>

En el ámbito europeo, el Observatorio Europeo sobre las Drogas y la Toxicomanía afirmó en el Informe de 2016 que el consumo de cannabis, heroína, cocaína o anfetamina comenzaba a partir de los 15 años de edad. El consumo varía entre países en función del tipo de droga, aunque algunos como la anfetamina “*suelen consumirse en ambientes recreativos por jóvenes relativamente bien integrados*”. En este mismo informe se observa cómo las drogas más consumidas, el cannabis y la cocaína, mantienen un flujo de tráfico similar hacia Europa, proviniendo la mayoría de África y de América. En el caso de España, prevalece la ruta de comercio africana.<sup>9</sup>

Una vez analizado qué es el consumo y cuál es su contexto de consumo general, resulta imprescindible definir y **entender a la población** con la que se trabajará en el proyecto. En este aspecto la adolescencia es una de las etapas vitales más sanas, pero a la vez una de las más problemáticas debido a conductas y comportamientos de riesgo. La OMS define la adolescencia como “*el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años*”. También se establecen tres fases dentro de la adolescencia. La adolescencia temprana, que abarca desde los 10 hasta los 13-14 años de edad, la adolescencia media, desde los 14 años hasta los 17-18, y la tardía desde los 18 hasta los 21-24 años. Esta clasificación de la OMS es una de las muchas que existen sobre la adolescencia, ya que los límites de edad que definen esta etapa no están consensuados.<sup>10</sup>

Entre las características esenciales que definen la adolescencia encontramos el logro de la autonomía (siendo emocional y económicamente independiente de sus padres), la búsqueda de la identidad (un sentido estable de quién es como persona, un concepto que no cambia entre diferentes situaciones), el desarrollo emocional y social (relacionarse de manera efectiva con los otros), o el desarrollo cognitivo (conocimiento



abstracto, ideas, teorías, reflexión analítica). Los cambios sexuales y morales también están presentes, y repercutirán de manera importante en la vida propia.<sup>11</sup>

En esta etapa vital la ubicación social del adolescente cambia, pasando a estar poco definida y con límites menos precisos y más variables según el contexto cultural en el que se encuentra. Este conjunto de cambios determina un nuevo estatus social caracterizado por otra perspectiva social completamente diferente. En numerosas ocasiones, el paso a la adolescencia implica llevar a cabo ritos de iniciación para aclarar las dudas y la falta de definición personal. Se trata de una etapa en la cual convergen funcionamientos infantiles con los adultos que la sociedad exige al finalizar la adolescencia. Este choque de diferentes modos de vida, junto con las exigencias de la sociedad lleva a provocar en numerosas ocasiones una situación de confusión para el adolescente.<sup>12</sup>

La calidad de vida percibida relacionada con la salud es mejor en la adolescencia que en cualquier otra etapa vital, ya que está presente un sentimiento de inmortalidad, omnipotencia y egocentrismo. Aun así, esa alta actividad que caracteriza a la adolescencia puede incluir más trastornos de salud y de conducta. Dentro de estos trastornos de conducta se incluyen las prácticas de riesgo como el sedentarismo o la falta de ejercicio, la mala alimentación o incluso el consumo de sustancias tóxicas. La última encuesta nacional de salud muestra que los adolescentes realizan un consumo intensivo de sustancias tóxicas, consumo que se determina como práctica de riesgo habitual entre los jóvenes en España. El alcohol es la sustancia más consumida entre estudiantes de 14 a 18 años con casi un 80% de prevalencia. El tabaco lidera el segundo puesto de mayor prevalencia de consumo con casi un 40% entre los mismos estudiantes. La tercera sustancia psicoactiva más consumida y la primera ilegal es el cannabis con una prevalencia de casi un 30%. En cuarto lugar encontramos los hipnosedantes con una prevalencia de un 16%<sup>13 y 14</sup>. A modo de síntesis se adjunta Tabla 1.1.

Se observa también en el periodo de la adolescencia un cambio progresivo de las capacidades personales (autoconcepto, autoestima) y de las relaciones con los demás, sobre todo en el ámbito familiar y en el escolar (mayor dificultad para comunicarse con los padres y menor rendimiento académico). Además, el género femenino informa de que *“se perciben a sí mismas de forma más negativa en más aspectos”* en relación con la salud.<sup>15</sup>

Junto con las características de la población, también cabe mencionar las dificultades a las que se enfrentan los adolescentes hoy en día. A continuación, se señalan algunas conclusiones extraídas del informe del INJUVE (Juventud en España) de 2016.<sup>16</sup>

En primer lugar y partiendo desde el ámbito educativo, **la tasa de abandono escolar está en aumento**, aunque la Ley Orgánica de Educación establece la obligatoriedad de cursar solamente dos de las tres fases educativas (desde los 6 hasta los 16 años de edad). Sin embargo y debido al fracaso escolar, hay jóvenes mayores de 16 años que no consiguen superar las dos etapas obligatorias y abandonan los estudios sin obtener el graduado en Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO). Hacia 2014, la tasa de este tipo de estudiantes rondaba el 20% (1 de cada 5), un 15% el grupo femenino y un 25% el masculino. También guarda una estrecha relación con el estatus socioeconómico, siendo más frecuente el abandono cuando más bajo era dicho status<sup>16</sup>.

La importancia del abandono escolar reside en su **relación con el consumo de numerosas drogas**, entre ellas el cannabis. Algunos factores de riesgo relacionados con

el consumo y la escolarización son el bajo rendimiento académico, bajo apego a la escuela o mantener una conducta antisocial en la misma. De esta manera, el fracaso en el rendimiento escolar constituye uno de los principales motivos para el consumo, a la vez que un alto rendimiento escolar supone uno de los principales factores de protección frente al consumo de drogas. Numerosos estudios también han señalado la importancia del tamaño de la escuela, ya que en centros grandes el control y apoyo de los profesores hacia los alumnos es menor. En contraposición, el percibir a los profesores como disponibles para hablar de los problemas tiene efectos protectores al consumo. Por todo esto, la motivación en la escuela y encontrarse cómodo en ella facilita la adquisición de conductas saludables y disminuye el riesgo de consumo de sustancias.<sup>17</sup>

Junto con la dificultad y prolongación de los estudios se muestra el desempleo juvenil. En este aspecto, algunos colectivos como el de las chicas no estudiantes que tenían trabajo lo perdieron con la crisis. Relativamente esta situación está ligada al aumento del desempleo en España, ya que solo un 3,6% de los jóvenes no quiere trabajar.<sup>16</sup> El desempleo tiene muchas consecuencias, aunque en general provoca la privación de bienes y servicios esenciales. Además, se relaciona con un deterioro de las capacidades formativas y profesionales previas, de tal manera que actúa como factor de vulnerabilidad, mermando expectativas, motivación o autonomía entre otras. En resumen, el tener un trabajo remunerado que garantice acceso a recursos permite un logro de mayor autonomía, con mayor integración social en el medio sociocultural.<sup>17</sup>

En sí mismo, el consumo de drogas tiene una serie de **etapas o procesos** que van aumentando a la vez que se da un cambio del uso a la dependencia de la sustancia. Supone un proceso muy complejo en el que se diferencian seis etapas.<sup>17</sup>

- 1) La primera de ellas, o fase previa o de disposición, reúne aquellos factores de riesgo y de protección que aumentan o disminuyen la probabilidad de consumo de sustancias.
- 2) La segunda fase, o fase de conocimiento, mantiene una estrecha relación con la disponibilidad que tiene la sustancia en la sociedad del adolescente, además del conocimiento que existe sobre la droga y sus efectos psicoactivos.
- 3) Posterior al conocimiento sobre la sustancia puede o no llegar la fase de experimentación, puesto que el sujeto puede iniciar el consumo en esta tercera fase o no, quedándose simplemente en el conocimiento de la sustancia. La elección entre experimentar o no está mediada por los factores relacionados con la adolescencia explicados anteriormente, y que pueden ser familiares, económicos, interpersonales o académicos, entre otros.
- 4) La cuarta fase, o fase de consolidación es el periodo en el cual se pasa de un uso a un abuso de la sustancia, apareciendo la dependencia y las consecuencias negativas y positivas asociadas al consumo. Cabe señalar que durante esta fase se puede producir un aumento del consumo o un consumo de otras sustancias más peligrosas. Si la dependencia se mantiene en el tiempo se entiende que es una adicción consolidada.
- 5) La quinta fase, o fase de abandono consiste en el cese del consumo de la sustancia, que requiere de la conciencia del individuo sobre las consecuencias negativas. El abandono puede estar motivado por causas externas a la propia voluntad del individuo, como por ejemplo la familia, la pareja, presiones legales o por recomendación sanitaria. En esta quinta fase se encuentran los diversos

tratamientos para el abandono del consumo como ayuda a mantener una abstinencia a largo plazo.

- 6) Se debe tener en cuenta la posibilidad de una sexta fase, o fase de recáida en el consumo que puede provocarse hasta mucho tiempo después del abandono de este.

El presente proyecto está orientado a actuar en las **dos primeras fases previas al consumo** que involucran los factores de riesgo y protección y el conocimiento de la sustancia y sus efectos.

Atendiendo a las sustancias psicoactivas más extendidas, se ha podido observar que, a mayor tiempo de ocio nocturno, mayor es el uso de estas. En relación con el consumo de drogas ilegales y con el policonsumo (dos o más sustancias en el mismo periodo de tiempo) también es mayor a medida que se retrasa la hora de regreso a casa de las salidas nocturnas. La mayor prevalencia tanto de drogas ilegales como de policonsumo se observa en adolescentes cuya hora de regreso se sitúa a partir de las 4 am.<sup>18</sup>

Estudiando las diferencias entre los consumidores y no consumidores de sustancias, se observa un mayor consumo en aquellos consumidores cuyos factores de riesgo eran mayores. Además, la mayoría de los adolescentes que consumen drogas tienen un grupo de iguales con características semejantes. También se observa una asociación entre consumo y violencia, siendo aquellos con conductas violentas consumidores de alguna sustancia, mientras que de los no violentos solo la mitad son consumidores. La baja tolerancia a la frustración también juega un papel importante, relacionándose un consumo mayor cuanto menor es la tolerancia a la frustración en cualquier ámbito.<sup>19</sup>

Las **consecuencias** que el consumo de drogas tiene sobre la salud y la vida de los adolescentes son muy variadas. Comenzando con las consecuencias sobre la salud, el consumo de sustancias psicoactivas provoca enfermedades psiquiátricas. Además, se derivan otros problemas potenciales según el tipo de sustancia consumida o su vía de acción. Por ejemplo, en el caso de las drogas inyectables son las enfermedades de transmisión (VIH, hepatitis...), en el caso de las drogas inhaladas problemas respiratorios o cáncer. En el ámbito personal, el consumo aumenta la tolerancia, y la dependencia a la sustancia favorece el consumo de otras más peligrosas (policonsumo) que al final conduce a un deterioro personal al estar vinculado a la existencia y al consumo frecuente de la o las drogas en cuestión. En un ámbito más académico, los efectos del consumo se observan más rápidamente a través de fracaso escolar (aunque es factor de riesgo también puede ser una consecuencia), aislamiento social del resto de compañeros y amigos, desadaptación familiar y delincuencia (al igual que el fracaso escolar, también puede actuar como factor de riesgo). Las peores consecuencias engloban la sobredosis, el suicidio o las muertes accidentales cuando sean derivadas de las drogas o sus efectos.<sup>20</sup>

Aproximadamente entre el 50 y el 80% de los adolescentes tiene algún contacto con las drogas, observándose en las últimas décadas en el mundo occidental un descenso en la edad de consumo y un aumento más significativo en el colectivo femenino (el masculino sigue con una tendencia predominante de mayor consumo, pero con una menor diferencia respecto a décadas previas). Analizando una evolución para entender cómo se llega y cuando al consumo de las sustancias más perjudiciales, en

España se comienza sobre los 10-12 años con el alcohol y el tabaco. Ya sobre los 12-13 años, el alcohol está presente en las fiestas de fines de semana y el hecho de fumar tabaco es visto como algo usual a estas edades. Posteriormente se pasa al consumo de cannabis y estimulantes para terminar en heroína y cocaína. Aun así, no todos los adolescentes realizan el mismo consumo ni evolucionan de la misma manera.<sup>20</sup>

Se identifican tres grupos de adolescentes en relación con el consumo. Algunos inician y se enganchan, otros inician pero no desarrollan ninguna dependencia hacia las sustancias, y por último está el grupo que no inician ningún consumo. La diferencia entre los adolescentes de los tres grupos es principalmente los factores de riesgo, siendo más imperantes en algunos jóvenes que en otros.<sup>20</sup>

Cabe señalar que los estudios que han evaluado la efectividad de los **enfoques diseñados a prevenir el consumo** de sustancias tóxicas han demostrado que muchos son ineficaces. En este aspecto cabe mencionar las campañas informativas en medios de comunicación, sobre las cuales tanto los propios adolescentes como los expertos señalan resultar de nula eficacia debido al “dramatismo” de los mensajes transmitidos ya que otorga una apariencia irreal tanto al verdadero problema como a la solución que se pretende conseguir. Los programas educativos también tienen una eficacia reducida, puesto que hay una mala implementación de estos: los estudiantes reciben pocas sesiones educativas sobre las drogas y muy distanciadas a lo largo de la adolescencia. Una posible actuación podría consistir en fomentar una integración de este contenido en los currículos oficiales de los centros educativos, de tal manera que los adolescentes pudieran disponer de una información continua y con un recorrido marcado siguiendo un itinerario pedagógico correcto. En relación con los programas de ocio alternativo se reconocen como factores protectores al consumo, pero no como un elemento sustitutivo del propio consumo. Esto es, que su existencia favorece un menor consumo, aunque los adolescentes no identifican el consumo como un elemento excluyente frente a la existencia de ocio alternativo, sino más bien como complementario. Es por ello que muchos adolescentes consideran útiles y entretenidos los programas de ocio y tiempo libre, a los que dedican parte de la tarde, pero afirman que después siguen con la práctica de consumo. La sanción del consumo es vista como una medida tanto útil como represiva, en tanto que implica una coacción de la libertad y una imposición obligada, pero que en la realidad reduce el tiempo y la cantidad de consumo.<sup>21</sup>

Los enfoques preventivos centrados en el análisis de los factores sociales y psicológicos que promueven dicho consumo han resultado ser más útiles en reducir la prevalencia e incidencia del consumo de sustancias en adolescentes. Uno de estos programas es el denominado *Life Skill Training (LST)* o Entrenamiento en Habilidades para la Vida, que se fundamenta en un modelo de consumo de drogas basado en la interacción individuo-ambiente<sup>22</sup>. Este modelo sostiene que el consumo está motivado por una influencia que la sociedad (familiares, amistades, medios de comunicación) ejerce sobre el individuo. Así pues, resultará fundamental y necesario la adquisición de habilidades que permitan hacer impacto sobre esas influencias y así evitar las fuentes de riesgo que favorecen el consumo. La actividad preventiva en la cual se incluye este programa LST se ha centrado en desarrollar intervenciones en el ámbito educativo escolar. Esto es debido a que, teniendo en cuenta la diversidad de los factores de riesgo que afectan al consumo de drogas en el individuo y que se expondrán posteriormente, un programa escolar tendrá un mayor efecto sobre el consumo si actúa en los

conocimientos, habilidades y actitudes de los adolescentes, así como en las habilidades de resistencia al consumo.

Continuando más en profundidad, se realiza una **justificación** de este Proyecto **desde un marco legal** en el contexto de EpS. En el Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre, se establece la Cartera de Servicios (CS) comunes del Sistema Nacional de Salud para favorecer una cohesión y calidad de la atención sanitaria en España. La CS se define como *“el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”*.<sup>23</sup>

En dicho Real Decreto publicado por el BOE cabe señalar el Anexo II, que versa sobre la CS de AP y donde se encuentran diversos puntos en los que se establece la justificación de abordajes educativos en la etapa vital de la adolescencia. El punto 3 comprende las actividades de PdS, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, actividades que se realizan en el contexto de AP y que pueden ir dirigidas tanto al individuo, a la familia o a la comunidad. Dichas actividades se prestarán tanto en el Centro Sanitario como en el ámbito domiciliario o comunitario, lugar en el que entran en contexto los centros educativos. A lo largo del punto 3 se establece la necesidad de realizar actividades dirigidas tanto a potenciar hábitos y actitudes saludables, como a modificar aquellas conductas relacionadas con factores de riesgo o problemas de salud específicos. También resulta de elevada importancia el punto 6, que comprende todas las actividades previamente mencionadas que se realizan en grupos específicos entre los que entra la adolescencia (6.2). En relación con la PdS y la EpS en la adolescencia, la CS establece la importancia de realizar una anamnesis sobre hábitos de riesgo para la salud, entre los que se encuentran el consumo de tabaco, alcohol y sustancias adictivas.<sup>24</sup>

Enfocando la intervención propuesta desde la profesión de la enfermería, las Líneas Estratégicas especificadas en el Plan de Mejora de AP establecen el fomento del autocuidado y de la educación en estilos de vida saludables, y la prevención de enfermedades y/o discapacidades como actuaciones prioritarias de enfermería en AP, *“debiendo la enfermera, disponer de una total autonomía a la hora de establecer su juicio clínico tal y como le reconoce la LOPS en el artículo 7.1”*.<sup>25</sup>

Siguiendo otra perspectiva similar con el CIE, Consejo Internacional de Enfermeras, en el preámbulo de su Código Deontológico de la profesión de la enfermería establece que *“las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento”*. La importancia del Código Deontológico en este documento reside en la promoción de la salud, que se logra por medio de la EpS.<sup>26</sup>

Junto al CIE también se encuentra el concepto de EPA, Enfermería de Práctica Avanzada. La Plataforma ICN NP/APN define la EPA como *“una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer”*.<sup>27</sup> Numerosos estudios han determinado la importancia de esta figura en AP, demostrando que su eficacia se puede igualar a la de los médicos en conseguir resultados de salud. La importancia del enfoque de la EPA hacia AP reside en la evolución de los problemas de salud de la población

hacia la cronicidad, lo que ha originado que la AP adquiera un puesto primordial y fundamental para el correcto funcionamiento del sistema de salud.<sup>28</sup>

Otro aporte de la enfermería a la EpS se refleja en la estrategia del rol de la enfermera como educadora o entrenadora en autocuidados. Resalta que la EpS capacita a las personas a mantener el mayor nivel posible de autonomía interviniendo en numerosos contextos, entre ellos la comunidad. Tiene como visión el fomento del autocuidado y de los hábitos saludables mediante la prestación de servicios que permiten a las personas ser las protagonistas en cuanto a su propia salud se refiere. Entre los servicios que presta se encuentra la promoción de la salud ya mencionada, que pone en práctica enfoques participativos, siendo individuos, comunidades e instituciones los que favorecen salud y bienestar. Entre las áreas de trabajo que una enfermera educadora en autocuidados trabaja se destaca las políticas públicas de promoción de salud (políticas de consumo de drogas), así como la capacitación y entrenamiento a través de la EpS.<sup>29</sup>

## Análisis del consumo de drogas ilegales

El consumo de drogas ilegales es uno de los problemas de salud pública más presentes en la adolescencia, y que se asocia a enfermedades crónicas, muerte accidental y actividades delictivas. Entre otros problemas de salud que afectan a la adolescencia encontramos los embarazos, el VIH, enfermedades mentales (como la depresión), la violencia, los traumatismos y enfermedades de alimentación o ejercicio físico.<sup>30</sup>

Analizando el consumo de drogas en España, el cannabis es la sustancia ilegal con mayor consumo entre adolescentes de 14 a 18 años con una prevalencia de 29,1% (3 de cada 10) en 2014. Esta prevalencia siguió una tendencia creciente entre los años 1994 y 2004, y decreciente hasta 2012. Según el Ministerio de Sanidad, esta droga comienza a consumirse en España incluso antes de cumplir los 15 años, edad que se ha mantenido prácticamente similar desde 1994. Es necesario señalar que el consumo del cannabis está más presente en chicos, que aumenta progresivamente con la edad, desde un 13.2% de prevalencia a los 14 años, hasta casi un 50% en los 18 (momento en el cual la diferencia con respecto al grupo femenino es más notoria). A modo de comparación, las chicas mantenían una prevalencia de consumo de 11.4% a los 14 años, que aumentaba hasta 42.5 a los 18 años. Las características de su consumo varían en función de la edad, pero se estima que los adolescentes fuman alrededor de 3,2 porros de media a lo largo de 30 días. El consumo en función de la edad no presenta variación en cuanto a la cantidad, sino en cuanto al momento del consumo: los de 14 años consumen la misma cantidad que los de 18 en menos días (agrupan el consumo en fechas concretas, no se trata de un consumo regular en menor cantidad). Por último, cabe señalar que 2 de cada 3 consumidores en estas edades prefieren la forma de hierba (marihuana), frente al resto que prefiere el hachís o resina (consumidores jóvenes y chicas).<sup>18</sup> Entre las consecuencias principales del consumo de cannabis encontramos la adicción como sustancia psicoactiva, la relación peligrosa entre la marihuana y la conducción y la relación entre la marihuana u otras sustancias con el consumidor.<sup>31</sup>

La cocaína (polvo) siguió la misma tendencia que el cannabis. En 2004 comenzó una tendencia descendente con una prevalencia de un 9% de estudiantes que habían probado esta sustancia. En 2014, esa misma prevalencia había disminuido hasta un 3.5%. El consumo en corto periodo de tiempo (30 días) mantuvo una prevalencia menor

de 2%. Al igual que el cannabis, la cocaína se encuentra más extendida entre los chicos, con una variación entre el 4% y 5,6% en función de la edad (creciente). En chicas, en ninguna edad supera el 4%.<sup>18</sup>

El éxtasis, en forma de cristal, “pastis” o “piruletas”, alcanzó un máximo en España entre 2000 y 2002, con una tendencia descendiente posteriormente. El consumo de éxtasis se redujo a la mitad hacia 2012. En 2014, su consumo por adolescentes de entre 14 y 18 años representaba el 1.2% de prevalencia. El inicio de consumo, al igual que la cocaína, es más tardío que el cannabis, situándose entre los 15 y 16 años. Mantiene un mayor consumo entre chicos, que duplican las prevalencias de las chicas (1,6 a 0.8%). En función de la franja de edad, el consumo mayoritario del éxtasis se produce en torno a los 18 años, siendo insignificante en las edades previas (2,9% a los 18 años).<sup>18</sup>

Las anfetaminas, también conocidas como “speed”, “anfetas”, “metanfetaminas” o “ice” siguen la misma evolución del éxtasis. En 2002 se registró un 5.5% de prevalencia, frente a un 1.4% en 2014. Su incidencia se presenta en torno a los 15.2 años de edad y con mayor extensión entre los varones (duplican las prevalencias de las chicas). Al igual que ocurre con el éxtasis, su mayor consumo (2,5%) se sitúa en torno a los 18 años de edad.<sup>18</sup>

Los alucinógenos siguieron la misma línea que el éxtasis y las anfetaminas, registrándose en torno al 5-6% de prevalencia en torno a 2002, y que disminuyó hasta un 2% en 2014. También adquiere una mayor extensión entre los chicos, que duplican a las chicas. La prevalencia asciende con la edad, desde un 1,4% hasta un 3% a los 18 años.<sup>18</sup>

El consumo de heroína entre los 14 y 18 no supera el 1% de prevalencia. La edad media en el inicio del consumo de esta sustancia se sitúa en torno a los 14 años, diferencia que se observa con respecto al resto de sustancias expuestas previamente.<sup>18</sup>

Se sacan por tanto conclusiones sobre el consumo de drogas a nivel nacional. Es importante destacar el consumo de cannabis, más elevado que el resto de las sustancias. Además, se ha visto que el grupo masculino realiza más consumición de todas las sustancias.

El consumo a nivel regional en Madrid sigue la misma línea que el consumo a nivel nacional. La sustancia más extendida es el cannabis, con una prevalencia del 24% de los estudiantes de entre 14 y 18 años. Además, un 28% de los adolescentes declaraba haber consumido cannabis al menos una vez. Se expone en la Tabla 1.2 la prevalencia de consumo según la última consumición en comparación con los resultados nacionales. El consumo de cannabis ha disminuido respecto a años anteriores y se mantiene la tendencia de mayor consumo en población de mayor edad y en población masculina.<sup>32</sup>

En relación con el resto de las sustancias, mantienen prevalencias y características de consumo similares a nivel nacional. Se señalan son la cocaína (3,0%), los tranquilizantes sin prescripción médica (7.4%), el éxtasis (0.9%), alucinógenos (1.9%), speed (1,3%) y sustancias volátiles (0.8%). Por último, el consumo de heroína se mantiene en un 0,5% de prevalencia.<sup>32</sup>

Como se ha podido observar, el consumo está presente tanto en España como en la Comunidad de Madrid, consumo que plantea una necesidad de abordaje educativo. Se determina la necesidad de realizar EpS para prevenir el consumo de drogas ilegales en una población en la que convergen muchos cambios biológicos, psicológicos y sociales entre los que se encuentra la disminución de la percepción del riesgo.

En relación con las **intervenciones educativas** en materia de prevención de drogas existen diferentes enfoques utilizados. El primero consiste en un enfoque de conocimiento, enfoque tradicional de intervención consistente en incorporar conocimiento a la población, como determinante de una conducta saludable (la conducta no saludable venía motivada por una falta de conocimiento). Esta estrategia se ha determinado en la actualidad como inefectiva, ya que “*la impartición de información sola no se encontró que haya sido un componente efectivo en ningún estudio y puede ser contraproducente*”. El segundo enfoque consta de una orientación afectiva, asumiendo que el consumo viene motivado por la existencia previa de problemas personales tales como baja autoestima o valores inadecuados. Esta estrategia también resultó de baja utilidad puesto que no se encontró influencia de componentes de autoestima en la efectividad de los programas preventivos. El tercer tipo de enfoque y el empleado en este Proyecto de EpS es el psicosocial, que justifica el consumo como consecuencia de presiones sociales de iguales. Ante esta estrategia se desarrolló el mencionado previamente LST o Entrenamiento en Habilidades para la Vida.<sup>33</sup>

Las **necesidades educativas** de este Proyecto han sido detectadas en un marco compartido entre población y técnicos de diferentes ámbitos (profesores escolares, sanitarios, trabajadores sociales, AMPA), por lo que se plantea un enfoque de promoción de la salud. Se tendrán en cuenta determinantes para plantear estrategias coordinadas con los diferentes agentes implicados.<sup>34</sup>

Dichas necesidades proceden de diferentes *contextos*. En primer lugar de la actividad asistencial, con el contacto directo de los adolescentes con los sanitarios, quienes observan datos epidemiológicos y una serie de necesidades, planteando la posibilidad de una intervención grupal para prevenir el mencionado consumo de drogas.

También cabe la posibilidad de que los centros educativos lleven a cabo una solicitud de intervención educativa para prevenir el consumo de estas sustancias y promover hábitos de vida saludables.

En tercer lugar, las asociaciones también podrían representar un papel importante. Existen determinadas asociaciones en ciudades y barrios destinadas a prevenir el consumo de drogas en jóvenes. Desde este aspecto, los miembros podrían demandar una intervención educativa similar, orientada a la enseñanza sobre los distintos tipos de sustancias o a la prevención de transmisión de enfermedades relacionadas con su consumo.

A modo de resumen, la intervención propuesta sobre la prevención del consumo de drogas en adolescentes podría nacer tanto de una detección en un nivel asistencial, educativo o en asociación. En cualquier caso, se trataría de una intervención de educación grupal y el área de intervención en relación abordará por una parte los estilos de vida (favorecer los estilos saludables) y por otra parte la transición vital en la primera etapa de la vida (en la que entra la adolescencia, cuyas características se expondrán más adelante).<sup>34</sup>

## Análisis de comportamientos

La EpS tiene como finalidad *los cambios en los comportamientos* que están relacionados con la salud. Los objetivos que persigue todo proyecto educativo en salud son de instaurar o modificar hábitos o conductas saludables para favorecer una mejor calidad de vida en los individuos.



Para analizar los comportamientos de los adolescentes se ha seguido el modelo de la *Guía de Educación para la Salud del Gobierno de Navarra*. Se analizará por un lado los factores ambientales, que incluyen el entorno social y el entorno próximo, y por otro lado los factores personales, en el área cognitiva, emocional y de las habilidades.<sup>35</sup>

Factores Ambientales	
Entorno próximo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En torno al 83% de estos adolescentes han nacido en España.<sup>32</sup></li> <li>- Conviven mayoritariamente con el padre o la madre (aproximadamente un 95%) y con los hermanos en una familia nuclear.<sup>32</sup></li> <li>- La pertenencia a grupos de compañeros que consumen sustancias favorece la aparición de estas mismas conductas de riesgo u otras distintas.<sup>5</sup></li> <li>- En oposición a lo mencionado anteriormente, la pertenencia a grupos que realizan actividades alternativas y saludables supone un factor protector en la adquisición de conductas de riesgo.<sup>5</sup></li> <li>- Los contextos de ocio incrementan también las conductas de riesgo, especialmente en el ocio nocturno prolongado y frecuente.<sup>36</sup></li> <li>- La familia actúa como factor de riesgo o como factor protector, en función de la permisividad o no que los padres mantengan frente al consumo.<sup>37</sup></li> <li>- Una mayor comunicación con los padres también favorece una conducta saludable.<sup>37</sup></li> <li>- La ausencia repetida a la escuela o la falta de escolarización actúan como factores predisponentes al consumo.<sup>37</sup></li> </ul>
Entorno social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La creación de alternativas de ocio es reconocida por el 50% de los adolescentes como la medida más eficaz para prevenir el consumo de drogas.<sup>36</sup></li> <li>- Un 42% de los adolescentes destacan la utilidad de los programas de prevención de drogas en los centros educativos.<sup>37</sup></li> <li>- Un 41% de los adolescentes afirman que la prohibición del consumo a nivel nacional resulta efectiva.<sup>37</sup></li> <li>- Entre las medidas menos efectivas para prevenir el consumo encontramos los programas de prevención de consumo para padres y las campañas de televisión (31%).<sup>37</sup></li> <li>- El 41% de los adolescentes señala conocer los CAD's en Madrid como fuente de información y ayuda en temas relacionados con las drogas.<sup>37</sup></li> <li>- El código penal de España clasifica el consumo y el tráfico de drogas con penas de prisión que varían entre 1 y 18 años y con multas de hasta cuatro veces</li> </ul>

	<p>el valor de la droga comerciada.<sup>38</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Ley Orgánica 4/2015 establece sanciones de multa desde 600 hasta 30.000 euros en caso de consumo o tenencia ilícita de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en lugares, vías o establecimientos públicos.<sup>39</sup></li> </ul>
<b>Factores Personales</b>	
Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Según el informe ESTUDES, a nivel nacional prácticamente el 30% de los estudiantes entre 14 y 18 años manifestaron estar perfectamente informados en el tema de drogas, variando el porcentaje entre el grupo masculino (36%) y el femenino (23.6).<sup>37</sup></li> <li>- En cuanto al resto de los alumnos, un 43% manifestaron estar suficientemente informados, un 21,3% informados a medias y solo un 6% mal informados.<sup>37</sup></li> <li>- En la Comunidad de Madrid más del 75% de los estudiantes se consideran suficientemente informados respecto a las drogas, unos 5% mal informados y un 19% se consideran informados a medias.<sup>32</sup></li> <li>- El consumo de sustancias más prevalentes está más reducido entre aquellos alumnos que han recibido información sobre drogas en el centro educativo.<sup>37</sup></li> <li>- La variación en el consumo de las diferentes drogas está relacionada con las razones de consumo que los jóvenes hacían de las drogas.<sup>37</sup></li> <li>- La fuente de información más frecuente son los profesores o a través de programas de prevención en la escuela (67%), seguido de familiares y medios de comunicación. La información recibida sobre drogas a través de profesionales sanitarios ronda el 35% y la información recibida a través de organismos oficiales ronda el 20% (Figura 1.2).<sup>37</sup></li> <li>- Los estudiantes consideran los profesionales sanitarios como la mejor vía de información y la más objetiva sobre drogas.<sup>37</sup></li> <li>- En relación con los estilos de pensamiento, los adolescentes poseen un pensamiento abstracto y lógico. En ocasiones se ha relacionado la inteligencia con la impulsividad, aunque sobre todo a partir de los 12 años los procesos reflexivos y el trabajo cognitivo en grupos pequeños de iguales caracterizan el pensamiento adolescente.<sup>40</sup></li> </ul>
Área emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los adolescentes poseen una creencia de invulnerabilidad, que potencia la presencia de conductas de riesgo.<sup>38 y 40</sup></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los adolescentes creen que consumir con poca frecuencia no resulta perjudicial para la salud, aun sin tener en cuenta la cantidad del consumo.<sup>38</sup></li> <li>- El consumo generalizado se ha vuelto una práctica habitual en el entorno de amigos o en espacios de ocio. La presencia constante de sustancias ha favorecido la <i>normalización</i> de su consumo. La presencia de drogas en sitios públicos y en fiestas no es vista de una manera extraordinaria.<sup>38</sup></li> <li>- La percepción del riesgo está elevada de manera general cuando se trata de consumo habitual, al consumir drogas una vez por semana o más.<sup>18</sup></li> <li>- La existencia de abaja autoestima y bajo locus de control en los adolescentes actúan como factores predisponentes al consumo.<sup>41</sup></li> <li>- Se identifica la adolescencia como una etapa con bajo grado de adhesión a las normas sociales, ejerciendo una oposición en contra de los valores de la familia y de la sociedad.<sup>41</sup></li> <li>- La influencia de grupo es un determinante importante en esta etapa vital, puesto que la resistencia a la presión de grupo es menor. Si la presión conlleva una actitud negativa, favorecerá la presencia de conductas de riesgo.<sup>41</sup></li> </ul>
<p>Área de las habilidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se observa un déficit de cuidados básicos en la adolescencia, como puede ser la higiene o la nutrición.<sup>10</sup></li> <li>- La mayoría de los adolescentes poseen más habilidades relacionadas con hábitos no saludables que con saludables.<sup>11</sup></li> <li>- En general se observa una dificultad en las habilidades de comunicación y manejo de sentimientos, motivado por una baja autoestima.<sup>12</sup></li> <li>- También se encuentra una dificultad en las habilidades para rechazar una oferta de consumo de drogas, especialmente cuando proviene del entorno social cercano.<sup>10 y 32</sup></li> <li>- Los adolescentes presentan dificultades de comunicación respecto a temas que puedan involucrar culpa o peligro, tanto personal como a otros.<sup>32</sup></li> </ul>

## Población diana

Los datos sobre la **población diana** que este proyecto abarca se presentan a continuación.

Se trata de adolescentes entre 14 y 18 años de edad, de ambos géneros. Este grupo se encuentra escolarizado en 3º y 4º de la segunda etapa de educación obligatoria (ESO), en 1º y 2º de Bachillerato, y en 1º y 2º de Ciclos Formativos de Grado Medio. Analizando la asistencia académica, casi la mitad de los estudiantes madrileños

reconoce haber faltado al menos un día a clase en el último mes, siendo los principales motivos causas médicas o por enfermedad. En relación con los resultados académicos, un 7% afirma que su nota media global es un suspenso y casi un 10% un sobresaliente. Un 28% de los estudiantes ha repetido curso alguna vez.<sup>32</sup>

## Organización

Los **datos sobre el equipo** que llevará a cabo el proyecto se presentan a continuación. Para llevar a cabo la implantación del proyecto se realizará una intervención de EpS con un enfoque comunitario, teniendo en cuenta al equipo de educación del centro docente, los servicios sociales y el Equipo de Atención Primaria (EAP). La finalidad es el fomento de la coordinación y educación transversal, favoreciendo una continuidad de la educación en los tres ámbitos (social, escolar y sanitarios). También tendrá un papel fundamental en la captación para determinar las características de las sesiones (duración, lugar, recursos, objetivos).

En relación con el **EAP**, este deberá analizar las cargas de trabajo de los enfermeros y enfermeras dispuestos a impartir este programa y favorecer una disponibilidad adecuada para que se lleve a cabo. Se organizarán las agendas para coordinar las actividades asistenciales y comunitarias. Otros recursos disponibles podrían ser los profesionales del CAD, mencionados anteriormente, cuyo conocimiento y experiencia podría aportar una visión diferente o complementaria al proyecto.

## 2. Objetivos

El objetivo general del presente proyecto es la prevención del consumo de drogas ilegales en la población adolescente.

A continuación, se exponen los objetivos específicos:

- **En el área de conocimientos:**
  - 1) Que los adolescentes reconozcan los conocimientos existentes sobre las drogas y sus efectos.
  - 2) Que los adolescentes determinen las razones del consumo de drogas.
  - 3) Que los adolescentes aumenten los conocimientos respecto a los diferentes tipos de drogas ilegales, sus efectos y las consecuencias del consumo.
  - 4) Que los adolescentes analicen los factores predisponentes y los factores protectores del consumo.
- **En el área de actitudes**
  - 1) Que analicen la percepción del riesgo que los adolescentes tienen sobre el consumo de drogas ilegales.
  - 2) Que desarrollen actitudes que mejoren la autoestima y la pertenencia a grupos de socialización alejados de las drogas.
  - 3) Que los adolescentes analicen los grupos que favorecen la prevención del consumo.
  - 4) Que identifiquen actitudes que favorecen una comunicación saludable.
  - 5) Que los adolescentes analicen la resistencia a la presión de grupo en el consumo de drogas.
  - 6) Que los adolescentes desarrollen una actitud crítica respecto a las influencias negativas procedentes tanto del ámbito social, como de cualquier otro ámbito.
- **En el área de habilidades**
  - 1) Que sean capaces de analizar el consumo de ocio como uno de los entornos caracterizados por la presencia de droga.
  - 2) Que los adolescentes desarrollen la capacidad de toma de decisiones saludables.
  - 3) Que desarrollen conductas de rechazo hacia el consumo de drogas y favorezcan alternativas saludables.
  - 4) Que incrementen la capacidad de resolución de conflictos en situaciones de riesgo, así como las habilidades de resistencia a las presiones sociales que a ellos conducen.

Los objetivos específicos señalados constituyen un conjunto de los factores analizados en el análisis de comportamientos y no la totalidad de estos. Para un abordaje de todos los factores especificados resultarían necesarios proyectos más avanzados para dar respuesta a todos los factores.

## 3. Captación

Una buena captación determina el éxito de la intervención propuesta. En este caso, la intervención propuesta del proyecto educativo para prevenir el consumo de drogas ilegales tendría como población diana todos los adolescentes de entre 14 y 18 años de edad.

Como criterios de exclusión entran:

- Aquellos estudiantes que no conozcan o hablen el castellano.
- Alumnos de 14 años que estén cursando Educación Primaria Obligatoria.
- Alumnos de 18 años que estén matriculados en la Universidad.
- Alumnos de 14 a 18 años que no asistan a clase.
- Estudiantes de programas de Garantía Social y a Distancia, Régimen Nocturno y Régimen Especial.

El grupo real estará formado por 24 personas de 14 años que pertenezcan a una misma unidad docente, colegio o instituto. Se contempla esta edad como la edad de inicio media en el consumo de drogas ilegales, edad en la cual un programa de prevención de consumo tendría mayor efecto y repercusión.

La captación se realizará con ayuda de un cartel informativo que se expone en Anexos (Figura 1.3). Al igual que la metodología, el cartel informativo vendrá dado por el curso y la edad de los adolescentes del proyecto y se organizará junto con el equipo de orientación y el tutor o tutora del curso en cuestión.

Junto con el cartel informativo, se añade el documento de autorización que los alumnos del grupo real deberán aportar firmado por el padre, madre o tutor correspondiente para poder asistir a las sesiones (Figura 1.4).

## 4. Metodología:

A modo de introducción al apartado de metodología, este proyecto aborda una intervención grupal en el **área de intervención de los estilos de vida**. El modelo de relación en el que se inspira es a través de una estrategia participativa y cooperativa, en la que la relación terapéutica se basa en el acercamiento, la empatía, la escucha y la atención sin intención. Se pretende que el profesional esté al servicio del cliente buscando un clima de enseñanza tolerante con relaciones cercanas, flexibilidad, paridad y orientación. En este aspecto, el educador mantendrá un estilo asertivo, ejerciendo sus propios derechos, pero respetando los sentimientos y derechos ajenos.

El modelo de intervención educativa que se ha seguido es el modelo **político, económico y ecológico**. Este modelo hace hincapié en el efecto de los factores sociales y el entorno físico en la salud y favorece una educación participativa y bidireccional con el educando. Su metodología se diferencia del resto de modelos de intervenciones en que no tendría sentido sin los educandos, ya que cuentan con un papel participativo. En la práctica, este modelo busca favorecer una autonomía de las personas gracias a la ayuda del profesional, entendido como un mediador con la comunidad. Se trata de una tendencia pedagógica basada en el sentido de *educere*, entendida como una función de apoyo y asesoramiento del profesional hacia el educando.<sup>34</sup> Esta palabra que proviene del latín “*significa sacar o extraer*” y hace referencia a la influencia ejercida sobre una persona para formarla y desarrollarla a varios niveles (enfoque multidireccional).

A través de esta tendencia se persiguen objetivos educativos tales como la incentivación de procesos cognitivos en las personas, el desarrollo de creatividad o imaginación, estimular las capacidades físicas o de habilidades o incluso favorecer el crecimiento social, afectivo o grupal. Aún más en profundidad, los objetivos educativos guían el enunciado y la búsqueda de los objetivos de los proyectos educativos y servirán como marco y garantía de una intervención eficaz y adaptada a la situación real del grupo.

Las características de las sesiones se presentan a continuación. Al tratarse de un centro educativo con un horario preestablecido y restringido en cuanto al tiempo disponible, se ha acordado con el mismo emplear la hora semanal de los martes (Tutoría) durante un mes y medio para el desarrollo de las sesiones educativas del programa.

El número de las sesiones acordadas con el centro son de 6 sesiones de una hora de duración cada una. Se llevarán a cabo, como se ha mencionado previamente, en el aula de la clase y el número de participantes es de 24 personas. Debido a la limitación del tiempo, resulta más factible dividir la sesión en dos partes con diferentes objetivos, puesto que, si se fragmenta más, las actividades serían muy breves. En la planificación de dichas sesiones se han diseñado actividades creativas y que motiven a los participantes.

<i>Hora</i>	<i>Contenidos</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnica</i>	<i>Grupo</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos</i>
<b>0ª Sesión:</b>	Cuestionario anónimo sobre los contenidos teóricos que se irán desarrollando	Realizar un cuestionario anónimo con el tutor o tutora.	Cuestionario	Individual	10-15 min	Papel de cuestionario, bolígrafos.
<b>1ª Sesión:</b>						
<i>De 10:00 a 10:10h</i>	Presentación con resumen de los resultados del cuestionario.	Presentar el programa y los educadores. Normas (confidencialidad y respeto). Devolver cuestionario previo de sesión 0º.	Presentación	-	10 min	-
<i>De 10:10 a 10:40h</i>	Expresar conocimientos y experiencias previos sobre el consumo.	Determinar conocimientos y experiencias de consumo.	Rejilla	Grupo Pequeño (6 personas)	30 min.	Texto escrito, bolígrafos.
<i>De 10:40 a 11h</i>	Exposición teórica sobre tipos de drogas y sus efectos.	Aumentar los conocimientos respecto a las diferentes sustancias.	Exposición	Grupo grande (todos).	20 min.	Ordenador, cañón de proyección.
<b>2ª Sesión:</b>						
<i>De 10:00 a 10:10h</i>	Presentación de la metodología del debate.	Presentar las actividades de la sesión.	Presentación	-	10 min	-
<i>De 10:10 a 10:45h</i>	Juego de roles en debate a dos bandas	Analizar los factores predisponentes y protectores del consumo.	Debate y análisis del debate	Dos grupos de 3 personas y 3 moderadores (9p)	35 min.	Cuaderno o soporte para escribir, bolígrafos.
<i>De 10:45 a 10:55h.</i>	Vídeo relacionado con factores de consumo	Analizar los factores predisponentes y protectores del consumo.	Análisis de vídeo	Grupo grande (todos)	10 min.	Ordenador, cañón de proyección, pizarra y tizas (o similar).



Hora	Contenidos	Objetivos	Técnica	Grupo	Tiempo	Recursos
De 10:55 a 11h	Evaluación de las dos sesiones realizadas (1 y 2).	Conocer experiencia de las sesiones.	Ronda grupal.	Grupo grande (todos).	5 min	-
<b>3ª Sesión:</b>						
De 10:00 a 10:10h	Presentación de los contenidos de la sesión.	Presentar las actividades de la sesión.	Presentación	-	10 min	-
De 10:10 a 10:35h	Conocimientos de sustancias, efectos, dependencias, consejos.	Aumentar los conocimientos respecto a las diferentes sustancias.	Tormenta de ideas	Grupo grande (todos).	25 min.	Pizarra y tizas (o similar).
De 10:35 a 11h.	Cuestionario virtual para resumir conocimientos teóricos.		Herramienta virtual "Kahoot"	Grupo pequeño (6 personas)	25 min.	Ordenador y proyector. Un teléfono/ordenador por cada grupo
<b>4ª Sesión:</b>						
De 10:00 a 10:10h	Presentación de los contenidos de la sesión.	Presentar las actividades de la sesión.	Presentación	-	10 min	-
De 10:10 a 10:40h	Las relaciones: análisis como factor protector	Fomentar la relación familiar y escolar como factores protectores	Foto palabra	Grupo pequeño (6 personas)	30 min.	Fotografías para cada grupo.
De 10:40 a 10:55h.	Vídeo relacionado con las drogas.	Aumentar los conocimientos respecto a las drogas.	Análisis de vídeo	Grupo pequeño (6 personas)	15 min.	Ordenador, cañón de proyección, pizarra y tizas (o similar).
De 10:55 a 11h	Evaluación de las dos sesiones realizadas (3 y 4)	Conocer experiencia de las sesiones.	Ronda grupal.	Grupo grande (todos).	5 min	-

<i>Hora</i>	<i>Contenidos</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnica</i>	<i>Grupo</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Recursos</i>
<b>5ª Sesión:</b>						
<i>De 10:00 a 10:10h</i>	Presentación de los contenidos de la sesión.	Presentar las actividades de la sesión.	Presentación	-	10 min	-
<i>De 10:10 a 11h.</i>	Desarrollo de habilidades de toma de decisiones.	Aumentar la capacidad de resolución de conflictos y promover conductas de rechazo al consumo.	Role Playing	Grupo grande (12 personas).	50 min.	Aula, descripción previa de cada rol a representar.
<b>6ª Sesión:</b>						
<i>De 10:00 a 10:10h</i>	Presentación de los contenidos de la sesión.	Presentar las actividades de la sesión.	Presentación	-	10 min	-
<i>De 10:10 a 10:35h</i>	Autoestima	Analizar la autoestima de los compañeros y la propia.	Abanico	Grupo pequeño (6 personas).	25 min.	Cuaderno o soporte para escribir, bolígrafos. Pizarra y tizas o similar.
<i>De 10:35 a 10:40h.</i>	Evaluación de las dos sesiones realizadas (5 y 6)	Conocer experiencia de las sesiones.	Ronda grupal.	Grupo grande (todos).	5 min	-
<i>De 10:40 a 11h.</i>	Cuestionario	Evaluación del programa.	Evaluación	Individual	20 min.	Texto escrito, bolígrafos.

## 0ª Sesión:

Para comenzar, la tutora o el tutor de la clase realizará una introducción al programa, explicando a los estudiantes el comienzo del programa y su temática. Esta sesión se encuentra programada previa al comienzo del programa y tiene como finalidad varios objetivos fundamentales. El primero de ellos es la recogida por parte del tutor de las autorizaciones del programa firmadas por los padres. En segundo lugar, el tutor también deberá entregar la hoja informativa del programa a los padres.

También, y como se indica anteriormente, se enviará un pequeño cuestionario anónimo a rellenar por los alumnos de la clase. Este cuestionario contendrá preguntas a responder con un sí, no o NP (no procede)/NC (no contesta). Las preguntas estarán relacionadas con el contenido que se impartirá durante las sesiones. A modo de ejemplo se exponen algunas de ellas:

- ¿Conoces algún tipo de droga?
- ¿Has tenido contacto con alguien cercano que consumiera droga?
- ¿Crees que los adolescentes hoy en día consumen drogas?
- ¿Conoces los efectos y las consecuencias del consumo de drogas?
- ¿Crees que el consumo está influido por el círculo social del consumidor?
- ¿Te has encontrado alguna vez en una situación difícil relacionada con las drogas y que no sabías cómo actuar?
- ¿Crees que es importante educar para prevenir el consumo de drogas en adolescentes?
- ¿Qué esperas aprender con el programa de drogas?

Las respuestas serán recogidas por el tutor y enviadas al docente para el análisis previo de la situación de partida antes de comenzar con la primera sesión. También resultaría ideal preparar un buzón o contenedor, donde los alumnos pueden ir expresando dudas o cuestiones en relación con la temática, que también se analizarán junto con el cuestionario para favorecer una adaptación del contenido del programa según el aula en concreto.

## 1ª Sesión:

Para comenzar con el programa se hará una breve presentación a la clase durante 10 minutos. Durante dicho tiempo se comenzará con una presentación del educador o educadores que incluirá sus nombres, centro de salud de proveniencia y motivación hacia la consecución del proyecto. Se especificará que la coordinación del proyecto se llevó a cabo entre el centro escolar, los educadores, trabajadores sociales y el centro de salud. Se aportará también la dirección física del centro mencionado, así como por lo menos un correo de referencia para mantenerse en contacto o resolver dudas tanto del profesorado como del alumnado.

Se comentará una breve introducción de la necesidad del programa, del contenido temático, así como los objetivos a conseguir durante todas las sesiones programadas. Se procederá a explicar que para cada diferente actividad se formarán grupos de diferente cantidad de participantes, pero buscando siempre la participación de todos los miembros de la clase. Se podrán resolver dudas en cualquier momento, tanto relacionadas con la metodología de trabajo como con la temática de drogas ilegales. Se buscará y propiciará un clima de trabajo y tolerancia con respecto a las opiniones de

cualquier estudiante, evitando en todo momento juicios, imposiciones de ideas o críticas negativas provenientes tanto del docente como de cualquier otro estudiante. Para finalizar este primer apartado introductorio, se devolverá un resumen o conclusiones extraídas tanto del buzón como del cuestionario de la sesión 0º. Después dará comienzo la primera actividad.

Durante la primera media hora, se dividirá a la clase en grupos de 6 personas (4 grupos) que trabajaran en cada uno diferentes campos de varias temáticas educativas. Para esta actividad, el docente llevará a clase varias copias de un documento que contendrá la siguiente frase: “Comentad desde vuestra experiencia personal: alguna situación relacionada con drogas que hayáis vivido. ¿cuáles fueron tus pensamientos o sentimientos?”

El documento se entregará a cada grupo y uno de los miembros del grupo (portavoz) se encargará de sintetizar y anotar en un rotafolio grande las conclusiones sacadas. El rotafolio pasará por todos los grupos para que anoten sus respectivas conclusiones.

Durante los últimos 20 minutos de la sesión, se podrá realizar una presentación Power Point o similar en la que se expongan las principales drogas ilegales. El contenido teórico que tendrá la exposición contendrá fotografía de la sustancia (en las diferentes formas si las hay), efecto farmacológico que produce el consumo de la sustancia, la dependencia psicosocial o física que genera, y los riesgos de su consumo tanto a corto como a largo plazo. También se podrán incluir consejos o advertencias en su consumo. A modo de ejemplo se incluye la presentación del cannabis (Figura 2.1, 2.2, 2.3).

Antes de comenzar con la presentación de cada sustancia se podrá hacer una revisión general de los conocimientos previos que poseen y que pudieron comentar en la actividad de rejilla. Al final de la exposición se podrá hacer una pequeña revisión junto con la clase sobre qué sustancia consideran más peligrosa o cual está más presente entre los adolescentes. Se resolverán también posibles dudas en cuanto al contenido teórico explicado.

## 2ª Sesión:

Para la segunda sesión se llevará a cabo una actividad que consistirá en un debate a dos bandas. La actividad tendrá como objetivo analizar los factores predisponentes al consumo y los factores protectores del consumo. Para esta actividad se necesitarán 6 voluntarios (3 en cada grupo que debate), junto con otros 3 de moderadores de la actividad. El resto de los miembros de la clase serán observadores.

Se emplearán 5 minutos en formar los grupos y preparar el debate con los argumentos a favor o en contra, con la tarea de defender una posición u otra según el grupo asignado. En la realización del debate, los moderadores irán dando turnos de palabra de manera consecutiva, alternando los dos grupos. Al final, el docente recogerá las conclusiones más significativas e importantes aportadas por el debate y preguntará a los observadores cómo han visto el debate: puntos fuertes y puntos débiles de ambas posiciones.

Por último, en la otra parte de la 2ª sesión, se expondrá un vídeo relacionado con los factores analizados en el debate. El vídeo se titula: “*El consumo de drogas, ¿una*

*presión social para los jóvenes?*”, que se encuentra en Internet y resume los factores relacionados con el consumo de droga de los adolescentes en la actualidad.

Para finalizar se emplean 5 minutos para describir en conjunto toda la clase las actividades de las dos primeras sesiones llevadas a cabo. Deberán definir con una palabra lo que para ellos ha significado las diferentes actividades. Esta información servirá como parte de la evaluación de proceso.

### 3ª Sesión:

Para la primera actividad de la tercera sesión, se llevará a cabo una lección participada a través de una Tormenta de Ideas con toda la clase. El contenido a tratar con la tormenta de ideas será el conocimiento de las sustancias, efectos y dependencias que genera cada uno, así como consejos de cara al consumo.

Se emplearán de 5 a 10 min en elaborar las ideas sobre el contenido a tratar, mientras que el docente podrá realizar un cuadro en la pizarra con varias columnas y filas. Cuando dé comienzo la tormenta de ideas, se comenzará por los tipos de sustancias, que se anotarán en la primera fila o columna, para posteriormente seguir con efectos, dependencias que genera y por último consejos.

La segunda actividad de esta tercera sesión consiste en realizar un cuestionario en Kahoot. A modo de introducción, se trata de una herramienta virtual interactiva que resulta de gran utilidad pedagógica. Esta herramienta permite crear diferentes tipos de ejercicios entre los que se encuentra un cuestionario.

El cuestionario contendrá diferentes tipos de preguntas sobre las drogas que permitirán asentar conocimientos. Para esta actividad se ha ordenado la clase en grupos de 6, aunque incluso se podrían formar grupos de 3. Cada grupo necesitará un ordenador o teléfono.

Constará de diferentes preguntas con fotografías y cuatro opciones de respuesta que estarán enmarcadas en cuatro cuadrados de colores. Para cada pregunta dispondrán de un tiempo específico y solo una respuesta será la correcta. En la pantalla de los dispositivos aparecerán simplemente los cuatro colores, y en función de las posibles respuestas que aparecen en el proyector tendrán que elegir la más adecuada o la correcta. Al final del tiempo de la respuesta, aparecerá la respuesta verdadera junto con el porcentaje en gráficos de respuesta a cada opción. El docente podrá analizar las respuestas elegidas por los grupos y explicando por qué las diferentes opciones eran correctas o incorrectas. Cuando el docente decida, se pasará a la siguiente pregunta. Se incluyen fotografías a modo de ejemplo sobre el Kahoot (Figuras 2.4 a 2.8).

Si previamente el centro ha determinado que no se permite el uso de ordenadores y aparatos similares para realizar las actividades, se podrá sustituir el Kahoot por un crucigrama en papel. Éste contendrá afirmaciones y definiciones relacionadas con las drogas que los alumnos deberán rellenar de 15 a 20 min para comentar en el tiempo restante las respuestas verdaderas junto con el docente.

### 4ª Sesión:

Para la primera actividad de esta sesión se expondrán fotos que tienen como finalidad el análisis de la relación entre familia o escuela, y el consumo de drogas. Se dividirá a la clase en cuatro grupos de 6 personas. A cada grupo se le dará un

documento con 4 fotografías que deberán comentar entre ellos durante 10 min. Después el docente resumirá y devolverá al grupo la información durante el tiempo restante.

En la Figura 2.9 se muestra un cartel de una campaña publicitaria antidroga cuyo contenido explica que las drogas no afectan solo al que las consume, sino también a su familia. Los grupos comentarán si esta foto lleva razón o no. El docente en esta primera fotografía podrá preguntar a los grupos porque creen si es verdad o no, y cuáles son sus creencias u opiniones al respecto de la relación entre droga y familia. Algunas preguntas que se pueden realizar para profundizar más en esta fotografía son:

- ¿Creéis que lo que dice la imagen es verdad? ¿Por qué?
- ¿Qué diría vuestra familia si supiera que consumís drogas?
- Si vuestros padres o hermanos estuvieran consumiendo drogas y lo supierais, ¿qué haríais o les diríais?
- ¿Conocéis algún tipo de campaña antidroga que haya salido en la televisión o que hayáis visto por la calle?

En la Figura 2.10 se observa a un padre ayudando a su hijo en unas tareas en las que puede presentar dificultades. El docente en esta primera fotografía preguntará que observan los alumnos en ella. Algunas preguntas que puede realizar aquí son:

- ¿Alguna vez en especial habéis necesitado ayuda de vuestros padres?
- ¿Cómo creéis que os podrían ayudar si les dijerais que habéis probado alguna droga?
- ¿Creéis que se enfadarían y os castigarían o que os ayudarían?

En la Figura 2.11 se observa una clase en la que los alumnos están concentrados estudiando. Tras comentar la fotografía con sus compañeros, el docente podrá realizar preguntas para profundizar más en el ámbito escolar:

- ¿Creéis que la escuela facilita o dificulta el acceso o el consumo de drogas en vuestra opinión? ¿Por qué?
- ¿Creéis que tener malas o buenas notas en la escuela tiene relación con las drogas? ¿Por qué?
- ¿Si necesitarais información sobre drogas, le preguntaríais a un profesor?

En la Figura 2.12 se observa un taller especial de educación en el cual un Guardia Civil está impartiendo una clase a adolescentes. Tras comentar esta fotografía:

- ¿Alguna vez habéis tenido un taller de educación sobre la salud o la seguridad?
- En clase alguna vez, ¿os han explicado las drogas y sus riesgos? ¿Veis importante saberlo?

En los otros 15 min de la segunda parte de esta cuarta sesión se pondrá un vídeo relacionado con las drogas que dura 5 min. El título del vídeo es Pepita “Nuggets” y consta de una animación sobre los efectos de las drogas. Del vídeo se pueden extraer numerosas conclusiones sobre las drogas, que es la finalidad del vídeo. Con ello, los estudiantes tendrán una idea clara de lo que ocurre con las drogas y cuáles son sus efectos. Después de la reproducción del vídeo se repartirán en grupos de 6 personas y analizarán en una plantilla los aspectos y conclusiones que han extraído del vídeo.

El docente resumirá y devolverá a la clase las conclusiones que le vaya aportando el portavoz de cada grupo de manera ordenada. También las podrá ir escribiendo en la pizarra.

Algunas de las conclusiones que los estudiantes podrán sacar sobre el vídeo son:

- Mucha gente no consume la primera vez que se lo ofrecen, pero sí posteriormente.
- Al principio el efecto es mucho mayor y no genera consecuencias.
- Cada vez que consumimos, el efecto va durando menos y el choque con la realidad tras su finalización va siendo mayor.
- Al principio no tiene consecuencias para la salud, pero a medida que se va consumiendo en mayor frecuencia y mayor rapidez, se empieza a notar el deterioro.
- A medida que se continúa consumiendo la sustancia, tenemos mayor adicción hacia ella, lo que hace que intentemos buscarla más rápidamente.
- Visto desde fuera, parece que no es deseable estar en esa situación.

Al igual que para las sesiones 1 y 2, se emplearán los últimos 5 minutos de esta sesión en realizar una evaluación de proceso sobre las sesiones 3 y 4.

## 5ª Sesión:

Para el Role Playing de esta sesión, se dividirá a la clase en dos grupos de 12 personas. Se realizarán 2 actuaciones de 15 min cada una que involucrarán personas de ambos equipos. Después los 15 min que dura cada parte, se emplearán otros 10 min en comentar junto con el resto de la clase lo que ha ocurrido, y los sentimientos y pensamientos que ha generado.

A continuación, se expone la primera actuación. Habrá dos personas de cada grupo, que representarán a dos adolescentes que se encuentran en una discoteca, y otras dos personas que intentarán venderles algún tipo de droga en ese contexto. Los vendedores deberán intentar que los adolescentes compren la sustancia.

En la segunda actuación se necesitarán dos personas, una de cada grupo. Una persona representará a un adolescente y otra a su hermano, quien ha ingresado recientemente en un centro de desintoxicación. La persona que actúa como el hermano ingresado sostiene no entiende por qué está ahí e intenta explicar a todo el mundo que las drogas no perjudicaban a nadie. La otra persona deberá explicarle la situación y las consecuencias del consumo de drogas.

Después de cada actuación se comentará con el resto de la clase posibilidades de actuación que los demás hubieran seguido, errores cometidos... Se llevará a cabo un orden de manera alterna entre las intervenciones y propuestas de mejora. Mientras se lleva a cabo la representación, el docente puede ir escribiendo bien en la pizarra o en un documento personal, comentarios o actuaciones a señalar para el resto de la clase cuando la representación acabe.

## 6ª Sesión:

Para la última actividad se realizarán 4 grupos de 6 personas. Las personas de cada grupo se situarán de manera circular. Cada persona realizará con una hoja o folio un abanico, doblándolo varias veces sobre sí mismo y pondrá su nombre al principio, en un

lugar visible. Contarán con 5 min para prepararlo y después dará comienzo la actividad. Cada persona pasará su abanico al compañero de la derecha o izquierda (seguir un orden fijo), quien deberá escribir en uno de los lados del abanico una cualidad o característica relacionada con su manera de ser, pensar o actuar.

Se seguirán rotando los abanicos dentro de los grupos hasta que todos los miembros hayan finalizado. Para concluir y una vez que cada alumno tiene su abanico, escribirá sobre él otra cualidad que el considere importante sobre sí mismo/a. Durante el tiempo restante podrán comentar dentro de cada grupo el porqué de los comentarios o en qué pensaron cuando se les ocurrió la idea.

Posteriormente se emplearán 5 minutos para realizar evaluación del proceso sobre las actividades de las sesiones 5 y 6 que servirán como evaluación de proceso.

En el tiempo restante de 20 minutos de la 6 sesión se llevará a cabo la evaluación del programa educativo mediante una autoevaluación.



## 5. Evaluación

La **evaluación** corresponde a la parte final que permite valorar diferentes aspectos del proyecto o programa de EpS. En este aspecto, la evaluación de los cambios obtenidos se puede realizar desde diferentes perspectivas, ya sea por la contribución a la mejora de las condiciones de salud de las personas, o bien por su potencial para crear y mantener procesos de cambio social, que estos a su vez modifican los determinantes en la salud.

Por ende, la evaluación constituye una de las partes más complejas e importantes a tener en cuenta en un proyecto, puesto que se debe valorar el impacto de las intervenciones, los efectos que genera y en quien los genera. Cabe señalar que tanto ésta como el resto de las evaluaciones deben estar sujetas *a principios éticos*, al igual que en la metodología educativa, con posibilidad de opinar de manera libre, autónoma, imparcial y recíproca, para garantizar el respeto y la libertad de expresión.

Para el comienzo y para facilitar un análisis de todo el proceso evaluativo en los diferentes aspectos, se ha dividido la evaluación en tres fases: evaluación inicial o diagnóstica, evaluación del desarrollo o formativa y evaluación final o sumario. Esta división facilita la adquisición de un enfoque integral, formativo y optimizador en todas las partes de la evaluación.

Previo a la **evaluación inicial** se realizó un análisis de las necesidades con el contexto socioeconómico y cultural de los adolescentes, junto con un análisis de los comportamientos, que incluía los factores ambientales (entorno próximo y social) y los factores personales (área comportamental, emocional y de habilidades). Después de este análisis inicial de los adolescentes, se realizó de manera específica una evaluación inicial a través un cuestionario y un buzón de sugerencias o preguntas, incluido en la sesión 0 previa al comienzo del programa. Estas dos herramientas sirvieron para evaluar necesidades de aprendizaje, conocimientos, experiencias y expectativas previas de los estudiantes de la clase. La finalidad que persigue esta evaluación inicial es la de planificar objetivos, actividades y metodología de intervención orientada a las necesidades del grupo de estudiantes.<sup>34</sup>

Siguiendo hacia la segunda parte de la **evaluación**, aquella correspondiente al **desarrollo** de las sesiones, se evalúan los progresos y las dificultades a las que los alumnos se han enfrentado. Se podría asemejar a una evaluación del proceso de educación, que mediría las acciones llevadas a cabo en las sesiones, la organización de los servicios, las relaciones establecidas entre el docente y los alumnos de la clase, y el grado de participación y aceptación en relación con las actividades. Esta evaluación del seguimiento de la metodología del programa se podría efectuar durante todo el proceso de aprendizaje y busca como finalidad el buen funcionamiento de las sesiones establecidas, así como corregir o flexibilizar los cambios necesarios en función del avance diario de los estudiantes en el programa. Los principales instrumentos que se emplearán en esta fase serán los cuestionarios, los debates, los role playing y la observación, tanto de conocimientos, de habilidades y de actitudes que los alumnos vayan adquiriendo y que demuestren en las actividades de las sesiones. Para esta evaluación formativa, el docente podrá llevar impresa un documento impreso para cada actividad o sesión que contendrá<sup>35</sup>:

- Objetivos y contenidos a tener en cuenta en las actividades.
- En cuanto al **proceso**:
  - ¿Las actividades se han realizado siguiendo la forma y el tiempo previstos?
  - ¿Las técnicas utilizadas para la consecución de los objetivos han resultado útiles? ¿Estaban adaptadas al grupo? ¿Han sido presentadas y gestionadas adecuadamente por el educador?
  - ¿Se han relacionado adecuadamente profesionales y usuarios durante las actividades?
  - En relación con el clima: ¿qué tipo de clima ha predominado? ¿Las técnicas de gestión del clima por parte del educador han sido favorables?
  - En relación con la participación: ¿han participado todos los educandos? ¿Ha variado la participación por algún motivo?
  - Tener en cuenta la evaluación de las sesiones mediante la técnica de ronda grupal: podrán definir con una palabra lo que para ellos les ha parecido las diferentes actividades. Esto se tendrá en cuenta como parte de la evaluación de proceso.
- En cuanto a la **estructura**:
  - ¿Han sido adecuados los recursos en cuanto a cantidad, calidad y disponibilidad?
  - ¿Las instalaciones y el espacio han favorecido una fluidez en las actividades?
  - ¿Los presupuestos preestablecidos han mantenido una relación con los recursos ofertados?
  - ¿El horario establecido para las actividades ha sido el correcto?
- En cuanto a los **resultados** (evaluación sumativa):
  - ¿Se han conseguido los objetivos educativos establecidos para las diferentes actividades llevadas a cabo?
  - ¿Han aparecido dificultades de aprendizaje? ¿Cuáles han sido sus causas?
  - ¿Ha resultado útil e idóneo la actividad para la consecución de los objetivos planteados?
- Apartado para observaciones al final del documento.

Es importante conocer cómo evaluar los diferentes objetivos educativos para poder rellenar el apartado correspondiente a estos en la evaluación formativa.<sup>34</sup> En relación con los conocimientos adquiridos, estos podrán verse reflejados en conceptos, hechos o principios. Su evaluación formativa será visible en la rejilla inicial, en la actividad del *Kahoot* o en el crucigrama, aparte de en el resto de las actividades de manera indirecta (debate o role playing, ya que las situaciones que se presentan en ambos precisan de conocimientos relacionados con las drogas). Es importante visibilizar la evaluación de conocimientos en diferentes actividades, puesto que en el *Kahoot* o en el crucigrama se puede observar simplemente si los alumnos tienen o no los conocimientos correctos, aunque no cómo usan esos conocimientos y si relacionan conceptos. Para esta segunda evaluación resultará útil el role playing o el debate, ya que los argumentos y las explicaciones que los alumnos enfrentan posibilitan un uso más extenso del conocimiento adquirido.

Siguiendo hacia la evaluación de las actitudes, ésta resulta un aspecto muy importante a evaluar en los adolescentes, debido a la carga emocional que condiciona el consumo de drogas. La observación sistemática será la herramienta fundamental para poder valorar este aspecto, que se compone de una parte cognitiva, de una afectiva y de otra conativa. A partir de la observación podremos analizar las actitudes que se demuestran en conductas, respuestas, gestos o hechos a través de las diferentes actividades de la metodología. Se debe tener en cuenta que el desarrollo de actitudes es el proceso más lento y menos lineal, en comparación con la adquisición de conocimientos y conductas. Por ello, es importante seleccionar conductas representativas de la actitud a evaluar en este proyecto, conductas que vendrán determinadas por la consecución de los objetivos propuestos en el apartado de actitudes.

En la evaluación de los objetivos de las habilidades se evalúa el saber hacer, entendido como habilidades personales, psicomotoras y sociales. Para la evaluación de estos contenidos se tendrá que verificar el dominio de la habilidad en concreto establecida por el objetivo, y que se valorará a través de la observación y realización de los ejercicios prácticos del debate y el role playing. Esta observación deberá ser objetiva y fidedigna a la hora de recoger las características del evaluado o evaluados, con los aspectos o variables específicos a tener en cuenta según la situación global de la actividad. De esta forma se obtendrán datos para realizar juicios significativos en la evaluación de las habilidades.

Finalizando con el sumario o la **evaluación sumativa**, busca evaluar los resultados de aprendizaje con la finalidad de determinar logros, dificultades y sus causas, así como valorar la utilidad e idoneidad del programa. También sirve para modificar aspectos del programa de cara a su aplicación en otras clases, centros educativos y grupos de adolescentes. La evaluación sumativa se compondrá de la recopilación de los datos de resultados aportados por la hoja de seguimiento de las actividades (expuesta anteriormente). A partir de esta información, el educador obtiene una retroalimentación o *feedback* de los participantes del programa mediante una heteroevaluación<sup>34</sup>. Junto con la heteroevaluación se adjunta el cuestionario que los participantes rellenarán el último día del programa, en el que dispondrán de 20 minutos para rellenar los siguientes apartados:

- Indique con un número del 1 al 5 el grado en relación con el trabajo realizado, siendo un 1 muy malo/a, y un 5 muy bueno/a.
  - Opinión general →
  - Temas trabajados →
  - Forma de trabajo →
  - Adecuación a tus necesidades →
  - Utilidad para tu vida →
  - Tu implicación →
  - Satisfacción personal →
- Comenta 3 cosas que te han gustado del programa: ...
- Comenta 3 cosas que añadirías o cambiarías del programa: ...

## **6. Conclusiones**

El consumo de drogas es un problema de salud muy imperante en la sociedad actual y que afecta a numerosos adolescentes. Este problema tiene muchos factores relacionados tanto con las sustancias adictivas, como con el grupo de población que las consume.

De este análisis general se ha extraído la necesidad de implementar un programa de educación para la salud en los institutos de la comunidad de Madrid, como herramienta que puede ayudar a reducir el consumo y a favorecer hábitos de vida saludables en la población adolescente.

El análisis exhaustivo tanto de la población adolescente, como del grupo diana al que va dirigido el proyecto tiene como finalidad la adecuación de la metodología de las sesiones a la hora de favorecer una mayor utilidad y eficacia en materia de prevención.

A modo de opinión personal, la EpS me ha parecido una herramienta muy complicada, aunque a la vez muy gratificante y entretenida. La posibilidad de estudiar a fondo la población con la que se va a trabajar y la oportunidad de brindar a los demás una oportunidad de cambio en cooperación con profesionales de la salud aporta un gran enriquecimiento personal.

La metodología y la evaluación de la EpS supone también un espacio de libertad para el docente, quien puede crear y diseñar actividades a la vez que persigue un fin pedagógico. Las personas son protagonistas de su propia salud, y la educación les facilita el proceso y el manejo necesario para conseguir un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan y modifican su salud.

La educación es uno de los pilares fundamentales para un avance en la sociedad y su uso podría favorecer a todos los sectores de la sociedad. En concreto el de la salud podría estar mucho más favorecido si se implementasen más programas de educación en todo tipo de población. La diversidad que permite la educación en la salud ofrece un abanico de posibilidades de las que cualquier profesional de la salud puede hacer uso mediante consejos, educación individual o grupal, y en cualquier área de intervención.

## 7. Bibliografía

- 1) Cerezo P, Juvé-Udina M, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. Journal of School of Nursing [Revista en Internet] 2016 [acceso Enero 2018]; 50(4) [664-671]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018>
- 2) Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Scielo [Revista en Internet] 2011 [acceso Enero 2018]; 85 (2) [129-139]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272011000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002&lng=es).
- 3) National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information [sede Web]. USA: NCBI; 2017 [acceso Enero 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006266>
- 4) Rodríguez M. Empoderamiento y Promoción de la Salud [monografía en Internet]. Red de Salud 14; 2009 [acceso Enero 2018]. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>
- 5) Abad A, Baños R. Atención a la Población Adolescente. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad; 2014.
- 6) Vicenta A, Librada M, Astorga A. Glosario de términos de alcohol y drogas [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [acceso Enero 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- 7) Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre. Proyecto Hombre: el Modelo Bio-Psico-Social en el Abordaje de las Adicciones como Marco Teórico [monografía en Internet]. Asociación Proyecto Hombre; 2015 [acceso Enero 2018]. Disponible en: <http://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH-2.pdf>
- 8) Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas [monografía en Internet]. UNODC Research; 2016. Disponible en: [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)
- 9) Observatorio Europeo de las Drogas y la toxicomanía. Informe sobre los mercados de drogas en la UE [monografía en Internet]. Países Bajos: Europol; 2016 [acceso Enero 2018]. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2374/TD0416161ESN\\_1.PDF](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2374/TD0416161ESN_1.PDF)
- 10) Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. OMS; 2018 [acceso Enero 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- 11) Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Scielo [revista en Internet] 2015 [acceso Enero 2018]; 86 (6) [436-443]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062015000600010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010)

- 12) Lillo Espinosa J. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Scielo [revista en Internet] 2004 [acceso Enero 2018]; (90): [57-71]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005)
- 13) Vinuesa M. Encuesta Nacional de Salud España [monografía en Internet]. Serie Informes Monográficos nº2, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011-2012 [acceso Enero 2018]. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/SM\\_CVRS\\_infantil\\_ENSE2011\\_12\\_MONOGRAFICO2.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/SM_CVRS_infantil_ENSE2011_12_MONOGRAFICO2.pdf)
- 14) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011-2012 [acceso Enero 2018]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/NotaTecnica2011-12.pdf>
- 15) Moreno C, Muñoz V, Pérez P, Sánchez I. Los adolescentes españoles y su salud [monografía en Internet]. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004 [acceso Enero 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>
- 16) Benedicto J. Informe Juventud en España [monografía en Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [acceso Enero 2018]. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/24/publicaciones/informe-juventud-2016.pdf>
- 17) Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. Manual de Trastornos Adictivos [monografía en Internet]. Enfoque Editorial: ADAMED Laboratorios; 2016 [acceso Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- 18) Ruiz A, Gutiérrez MA. Informe 2016: Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales en España [monografía en Internet]. Madrid: Observatorio Español de las Drogas y la Toxicomanía; 2016 [acceso Enero 2018]. Disponible en: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016\\_INFORME\\_OEDT.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf)
- 19) Contreras L, Molina V, Cano C. Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. Redalyc.org [revista en Internet] 2012 [acceso Marzo 2018]; 24 (1) [31-38]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2891/289122901005/>
- 20) Mardomingo MJ. Características clínicas del consumo de drogas en la adolescencia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán [revista en Internet] 2004 [acceso Marzo 2018]; 5 (1) [27-35]. Disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/revista/2004/2%20CARACTERISTICAS%20CLINICA%20DEL%20CONSUMO%20DE%20DROGAS%20EN%20LA%20ADOLESCENCIA.pdf>
- 21) Suárez A, Del Moral G, Musitu G, Sánchez J. Eficacia de las políticas institucionales de prevención de consumo de alcohol en adolescentes: la opinión de expertos y adolescentes. Elsevier [revista en Internet] 2014 [acceso Marzo

- 2018]; 46 (7) [326-335]. Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S0212656713003107/1-s2.0-S0212656713003107-main.pdf?tid=a97717f2-14a9-11e8-ab71-00000aacb362&acdnt=1518958136\\_d86d6d4a80dc98e6a3bf24423abe5737](https://ac.els-cdn.com/S0212656713003107/1-s2.0-S0212656713003107-main.pdf?tid=a97717f2-14a9-11e8-ab71-00000aacb362&acdnt=1518958136_d86d6d4a80dc98e6a3bf24423abe5737)
- 22) Gilbert J. Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología conductual* [revista en Internet] 1995 [acceso Enero 2018]; 3(3) [333-356]. Disponible en: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1995/art04.3.03.pdf>
- 23) Salud Madrid. Cartera de Servicios. Portal de Salud [sede Web]. Comunidad de Madrid; 2018 [acceso Marzo 2018]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354482321467&language=es&pagina=PortalSalud%2FPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1354482321467](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354482321467&language=es&pagina=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1354482321467)
- 24) Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. *Boletín Oficial del Estado*, n° 222 (16-9-2006). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>
- 25) Comisión Científico Técnico de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Papel de Enfermería en Atención Primaria [monografía en Internet]. Comunidad de Madrid: Plan de Mejora de Atención Primaria; 2009 [acceso Enero 2018]. Disponible en: [http://www.semg.es/doc/comunidades/madrid/enfermeria\\_en\\_ap.pdf](http://www.semg.es/doc/comunidades/madrid/enfermeria_en_ap.pdf)
- 26) International Council of Nurses [sede Web]. Código Deontológico para la profesión de la enfermería. ICN; 2015 [acceso Marzo 2018]. Disponible en: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_spanish.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf)
- 27) ICN. Advanced Practice Nursing Network [sede Web]. ICN; 2018 [acceso Marzo 2018]. Disponible en: <http://icn-apnetwork.org/>
- 28) San Martín L. Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria. Elsevier [revista en Internet] 2016 [acceso Marzo 2018]; 26 (3) [155-157]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-practica-avanzada-enfermeria-nuevos-modelos-S1130862116300523>
- 29) Servicio Madrileño de Salud. Definición del rol de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados [monografía en Internet]. Comunidad de Madrid: Gerencia Asistencial de Atención Primaria; 2016 [acceso Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DRol+de+Enfermera+Entrenadora+en+Autocuidados+Julio+2016.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352931470404&ssbinary=true>
- 30) Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. OMS; 2017 [acceso Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>

- 31) Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. La marihuana: Lo que los padres deben saber [monografía en Internet]. Institutos Nacionales de Salud; 2012 [acceso Marzo 2018]. Disponible en: [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/nida\\_mj\\_parentssp.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/nida_mj_parentssp.pdf)
- 32) Consejería de Sanidad. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias. Comunidad de Madrid, año 2014 [monografía en Internet]. Madrid: Subdirección General de Actuación en Adicciones; 2016 [acceso Enero 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DInforme+ESTUDES+2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352920624049&ssbinary=true>
- 33) García L. Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes [monografía en Internet]. Las palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas; 2010 [acceso Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/152.pdf>
- 34) Palmar A. Métodos educativos en salud. Madrid: Elsevier; 2014.
- 35) Pérez MJ, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J. Manual de Educación para la Salud [monografía en Internet]. Navarra: Sección de Promoción de la Salud: Instituto de Salud Pública; 2006 [acceso Marzo 2018]. Disponible en: <https://www.navarra.es/nr/rdonlyres/049b3858-f993-4b2f-9e33-2002e652eba2/194026/manualdeeducacionparalasalud.pdf>
- 36) Babín F. Prevenir en Madrid: Programa de prevención de drogodependencias en contextos educativos. 2ª Edición, Madrid: Instituto de Adicciones, Universidad Complutense de Madrid; 2005.
- 37) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas [monografía en Internet]. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009-2016 [acceso Enero 2018]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>
- 38) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delitos por consumo y/o tráfico de Drogas en España e información sobre posibles sanciones [sede Web]. España: Plan Nacional sobre Drogas; 2016 [acceso Enero 2018]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/ciudadanos/legislacion/delitos/home.htm>
- 39) Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. Boletín Oficial del Estado, nº77 [Sec. I. Pág. 27216]. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/2015/03/31/pdfs/BOE-A-2015-3442.pdf>
- 40) Casas JJ, Ceñal MJ. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales [monografía en Internet]. Madrid: Unidad de Medicina del Adolescente; 2005 [acceso Marzo 2018]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo\\_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- 41) López S, Rodríguez L. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. Redalyc.org [revista en Internet] 2010 [acceso Marzo 2018];22(4) [568-573]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/727/72715515007/>



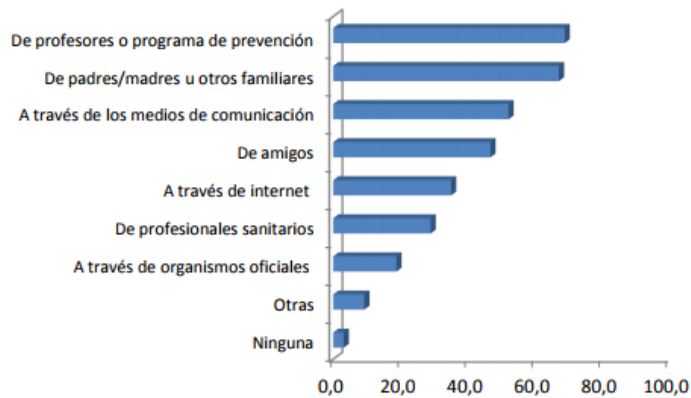
## 8. Anexos

### Figuras:

1.1)



1.2)



1.3)

**UNA REUNIÓN HECHA A TU MEDIDA.**

**PARA QUE CONOZCAS MÁS SOBRE LAS DROGAS.**

**¡TE ESPERAMOS!**

**HORA: 10 AM.**

**FECHA: 14-ENERO-2018**

**LUGAR: CLASE 3ª DE ESO (PLANTA 2)**

**¡NO FALTES!**



2.2)

## ¿QUÉ ES EL CANNABIS?

Formas de consumir:

- MARIHUANA
- HACHIS

Vía de consumo:

- Fumada
- Mezclada con alimentos



Efectos: depresor/perturbador

- Psicológicos: desinhibición, lentitud del tiempo, alteraciones sensoriales
- Fisiológicos: aumento de apetito, sequedad de boca, ojos rojos.
- Alta dependencia psicosocial. Posible síndrome de abstinencia y posible tolerancia.

Duración de efectos: comienza a los 10 min de consumo y dura de 1 a 2 horas.



2.3)

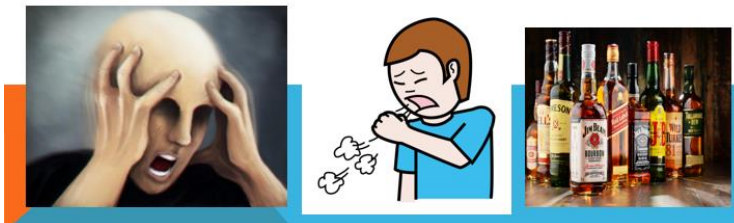
## RIESGOS Y CONSEJOS

Riesgos:

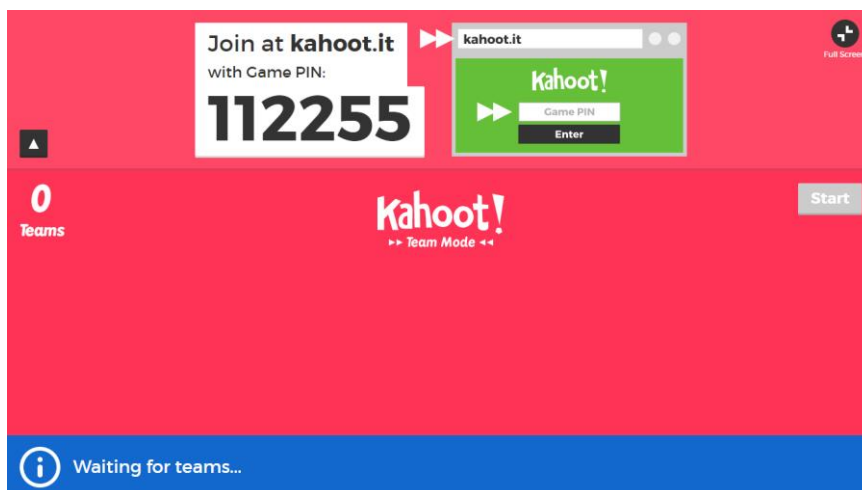
- Ralentización del funcionamiento psicológico, pánico, ansiedad.
- Respiratorios (tos), cardiovasculares, endocrinos...

Consejos:

- Si se mezcla con alimentos no se controla lo que se consume.
- Mezclarlo con tabaco provoca mucha adicción
- No mezclar con alcohol (potencia los efectos del cannabis)



2.4)



2.5)

## Question 2 of 5



what is cannabis?

Win up to 1,000 points!

2.6)

what is cannabis?



26



Skip

0  
Answers

▲ a plant that can be used as a drug

◆ a synonym of tobacco

● a plant-selling brand

■ aromatic plant

2.7)

PIN: 112255 2 of 5

Equipo 1 0



2.8)

what is cannabis?

Next

Show media

End Game

- ▲ a plant that can be used as a drug ✓
- ◆ a synonym of tobacco
- a plant-selling brand
- aromatic plant

2.9)



2.10)



2.11)



2.12)



## Tablas:

1.1)

**Tabla 1. 1 Prevalencia de consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2014.**

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	A diario en los últimos 30 días
<b>Tabaco</b>	38.4	31.4	25.9	8.9
<b>Alcohol</b>	78.9	76.8	68.2	1.7
<b>Cannabis</b>	29.1	25.4	18.6	1.8
<b>Éxtasis</b>	1.2	0.9	0.4	-
<b>Alucinógenos</b>	1.8	1.2	0.6	-
<b>Anfetaminas/Speed</b>	1.4	0.9	0.5	-
<b>Cocaína (polvo y/o base)</b>	3.5	2.8	1. <sup>8</sup>	0.3
<b>Heroína</b>	0.6	0.5	0.3	-
<b>Inhalables volátiles</b>	0.9	0.7	0.4	-
<b>Hipnosedantes (con o sin receta)</b>	16.1	10.8	6.2	0.8
<b>Hipnosedantes (sin receta)</b>	7.8	5.3	3.0	0.2

1.2)

**Tabla 1. 2 Prevalencia de consumo de Cannabis. ESTUDES 2014.**

	C. Madrid	España
<b>Alguna vez en la vida</b>	27,9%	29,1%
<b>Últimos 12 meses</b>	23,9%	25,4%
<b>Últimos 30 días</b>	17,5%	18,6%