

LA EDUCACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

Bernardo RUIZ DELGADO
Universidad de Sevilla

No es precisamente la moda ni la curiosidad la que nos empuja a hablar de un tema tan complejo y delicado como es el tema de las drogodependencias, sino la sensibilización personal que nace de la experiencia propia en los Servicios Sociales de nuestra provincia. Baste un ejemplo: los niños que llegan hoy a un Centro de Acogida procedentes de hogares maltrechos por las drogas padecen un deterioro físico y psíquico sin precedentes en ninguna otra época anterior. Algunos de estos niños padecen enfermedades ya superadas como la sarna o la tuberculosis y en algunos casos no conocen, con cinco años, la cama o el tenedor.

Es urgente la superación de esta lacra de fin de siglo por la aniquilación y alienación que está provocando en el ser humano. Hay que profundizar en las causas que están provocando las drogodependencias desde análisis rigurosos y serios. Y al destacar la necesidad de análisis profundos no nos referimos tanto a la elaboración de complejas investigaciones en las que, en muchas ocasiones, no suele quedar compensado el esfuerzo que requieren con la utilidad que ofrecen o manifiestan, sino más bien se trata de matizar y dirigirse allí donde, básica y realmente, se encuentra el problema. Naturalmente, esto requiere, la mayoría de las veces, un mayor esfuerzo y compromiso por parte de todos; resultando en ocasiones una tarea incómoda.

Hablar de las drogodependencias no es sólo hablar de las drogas y de los sujetos que las consumen sino que requiere también discutir sobre otras variables como la familia, los medios de comunicación, el trasfondo comercial y mafioso que las mantiene, las leyes, los programas políticos, los programas preventivos y asistenciales, los contextos donde se desarrollan y, cómo no, sobre la educación. La educación hace de *agente especial* desarrollando una influencia decisiva en el proceso de aparición o desaparición del fenómeno, incidiendo en los sujetos y jugando un papel preventivo o contrapreventivo (causante del fenómeno).

Los trabajos y programas en el ámbito educativo dirigidos a impedir la aparición de las drogodependencias se instalan básicamente en lo que se denomina "prevención primaria", aunque también inciden en las tareas propias de la "prevención secundaria y terciaria" tal y como analizaremos más adelante (BERJANO, 1983).

Así, en los últimos años, haciendo un recorrido histórico breve, se ha ido destacando la importancia de la "labor educativa en los programas y planes de trabajo en el área de las drogodependencias". En el Plan Nacional Sobre Drogas ha quedado patente la importancia del mundo educativo. Queda patente también en las manifestaciones de relevantes organismos como la UNESCO, la OMS o el Consejo de Europa.

En Euskadi, por citar otro ejemplo, ha sido evidente la existencia de un amplio programa de trabajo hecho realidad a través del Centro Coordinador de las Drogodependencias (D.A.K.) del Gobierno Vasco. Por otro lado, en Cataluña, dependiendo de la Generalitat, es de valorar los esfuerzos de los diversos equipos que se han dedicado a la prevención y a la asistencia del drogodependiente destacando el trabajo en su vertiente educativa. Véase la labor de la

pedagoga-bióloga Rosa Costa Pau. Es la Educación para la Salud el marco en el que tiende instalarse la tarea educativa en drogodependencias.

También en Andalucía han sido reconocidos históricamente los trabajos realizados por Ramón Mendoza desde la Consejería de Salud y Consumo enfocando la intervención con prevención de las drogodependencias. El trabajo educativo es decisivo en el marco de las drogodependencias. Todavía queda mucho por recorrer: mejorar los programas educativos, elaborar más y mejores materiales y metodologías didácticas, crear mecanismos de evaluación fiable, clarificar los enfoques y las definiciones con las que se opera y, sobre todo, como apunta el profesor Morón Marchena, experto en estos temas, operativizar el óptimo funcionamiento de la Educación para la Salud como transversalidad educativa.

1. A MODO DE APROXIMACIÓN TEÓRICA

La drogodependencia está siendo objeto constante de atención. Las investigaciones sobre ella generan nuevos conocimientos que intentan dar razón de todo el universo político, social, económico, médico y educativo que convoca la droga. Se revisa y mejora, sobre todo, lo que se refiere a trabajos de asistencia y prevención. Por todo ello vemos necesario exponer y analizar algunos aspectos básicos que nos permitan una comprensión más profunda del problema.

1.1. Matizaciones Terminológicas

Es necesario al hablar de drogodependencias conocer con matices qué es una droga, u drogodependiente o qué significan toda una serie de términos que giran en torno al tema (síndrome de abstinencia, tolerancia, escalada, politoxicomanía, dependencia, etc.). Ello evita la posible confusión que puede entorpecer nuestro análisis. Por ello vamos a intentar exponer algunos conceptos considerados como fundamentales (KRAMER y CAMERON, 1975), siendo consciente no obstante, de que la concepción de un término puede contener múltiples matizaciones, según el autor o la escuela, que los interprete.

Entendemos por fármaco o “droga” “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de las funciones de éste”. Se trata de un concepto intencionadamente amplio pues incluye, además de los medicamentos destinados al tratamiento de enfermos, todo tipo de sustancias activas desde el punto de vista farmacológico.

Del consumo o absorción periódica y continuamente repetida de cierta droga resulta un estado de *dependencia*; término recomendado por la OMS a partir de 1964, en sustitución de los deficientemente empleados “toxicomanía” o “hábito”. Es pues conveniente hablar de droga dependiente y drogodependiente en lugar de toxicómano, drogadicto, etc. La OMS define la *drogodependencia* como “un estado psíquico y algunas veces igualmente físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y producto psicoactivo”. Para VARENNE la droga dependiente se caracteriza por los siguientes aspectos:

1. Un invencible deseo (exigencia) o necesidad imperiosa de seguir tomando droga u obtenerla por todos los medios.

2. Una tendencia a aumentar la dosis.

3.Una relación de dependencia psíquica y generalmente física respecto a los efectos de la droga

4.Un efecto nocivo para el individuo y para la sociedad.

Es muy importante señalar que en la aparición de la drogodependencia se dan **tres factores** que siempre aparecerán conjugados:

a) La persona o sujeto consumidor con sus características personales y antecedentes.

b) La naturaleza de su medio sociocultural general y, por supuesto, del más inmediato. Esto es, el contexto donde se desenvuelve el sujeto.

c) La droga en cuestión y sus características farmacodinámicas. Teniendo en cuenta la cantidad utilizada, la frecuencia del uso y la vía de administración (VEGA: 1981).

Así pues, **sujeto contexto y droga** forman un conjunto inseparable que no podemos olvidar al hablar de drogodependencias.

Las “drogas causantes de dependencia” son aquellas que pueden producir en un organismo vivo un estado de dependencia psíquica, física o de ambos tipos. Entendiendo por **dependencia psíquica** la situación en la que existe un sentimiento de insatisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar. Entenderemos por **dependencia física** el estado de adaptación entre la persona y la droga que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga. Estos trastornos constituyen el “síndrome de abstinencia” (vulgarmente conocido como “pavo” o “mono”) caracterizado por malestares y trastornos físicos, dolores incluidos, cuando se deja de tomar bruscamente la droga a la que estaba ligado. Los síntomas variaran según la sustancia consumida, y no todas las drogas producen el síndrome. En el consumo de drogas suele surgir un fenómeno por el cual un organismo necesita ir aumentando progresivamente las dosis de la sustancia para conseguir los mismos resultados. Este fenómeno se denomina **tolerancia**, y entendemos como **tolerancia cruzada** el fenómeno por el que, al tomar una droga, aparece tolerancia no sólo a esa droga sino también a otra del mismo tipo y, a veces, de otro conexo. Por ejemplo, entre heroína y morfina o entre alcohol y fármacos del tipo de los barbitúricos (OUGHOURLIAN, 1977).

Un hecho muy extendido en nuestros días es la **politoxicomania**, caracterizada por consumo de varias drogas, ya sea de forma simultánea (mezcla de alcohol con estimulantes), ya sea en momentos sucesivos (quienes consumen excitantes por el día y barbitúricos para dormir).

Por último, y aún siendo conscientes de que esta analítica conceptual es insuficiente, es importante distinguir entre **uso** y **abuso**, conceptos difíciles de delimitar y que terminan dependiendo del criterio de cada persona; lo que para unos constituyen abuso para otros no llega a serlo (MENDOZA y VEGA, 1980).

1.2. Las Drogas y su Clasificación

A la hora de delimitar conceptos vemos que aparecen pequeñas matizaciones según el autor que maneje el concepto. Esta dificultad se agrava cuando tratamos de clasificar las distintas drogas existentes. Se dan distintas maneras de enfocar la clasificación. El enfoque podrá ser

clínico o legal; puede atender a la peligrosidad o a la dependencia que producen; pueden centrar en las características de las drogas y en su composición o en la acción principal que ejerza sobre el sistema nervioso; etc. A veces si se quiere ganar en globalidad a la hora de clasificar, se puede perder en rigor. Procuraremos conjugar estas dos dimensiones lo más consecuentemente posible. Veamos algunas de ellas.

Una de las primeras personas en clasificar las drogas fue LEWIN en 1927. Su clasificación sigue siendo elemento base de discusión sobre el tema. LEWIN distinguía cinco grandes grupos: 1. Euphorica. 2. Phantastica. 3. Inebriantica. 4. Hypnotica. 5. Excitante.

A partir de esta clasificación irán apareciendo otras defendidas por distintos autores, también algunas fruto de la aparición de nuevas sustancias, sobre todo químicas o artificiales (GONZÁLEZ DURO, 1979).

La clasificación de LEWIN comprendía únicamente *sustancias naturales*. Por ello, a partir de 1952, y debido al desarrollo de la Psicofarmacología y el crecimiento de los psicótrópicos (síntesis), se hizo necesario establecer una nueva clasificación. Así, en 1957, Jean DELAY propuso otra, que es adoptada por el III Congreso Mundial de Psiquiatría. Esta nueva clasificación se basa en la noción de “tonus psicológico” (resultante del nivel de vigilancia y del estado de humor). De ese modo, DELAY, clasificará los psicótrópicos en tres tipos según hagan *descender* (psicolépticos), *elevantar* (psiconalépticos) o *desviar* (psicodislépticos) el “tonus psicológico”. En 1968, DENIKER reagrupará las dos clasificaciones anteriores, integrando los psicótrópicos clásicos a los modernos. Hasta ese momento todas las clasificaciones eran fundamentalmente *clínicas* en cuanto están basadas en las reacciones físicas humanas a las drogas administradas. Hay algo incompleto en esas clasificaciones, pues, como dice VARENNE, “*los efectos de las sustancias psicótropas son múltiples. Una sola droga puede influir en el humor, en la función de vigilia, en el sistema nervioso neurovegetativo y extrapiramidal, etc. El criterio de clasificación se limitará a tener en cuenta el principal efecto psíquico del producto utilizado*” (VARENNE 1975:50). Es importante destacar esto pues a partir de entonces dicho efecto principal pasará a constituir la base de las posteriores clasificaciones hasta la actualidad. No obstante surgirá nuevas matizaciones y clasificaciones. Es el caso de la Comisión Canadiense, creada en 1969, que basará su clasificación en la unión de los *criterios psicofisiológicos y farmacológicos* a la vez. En 1975 DENIKER todavía presenta dos tipos más de clasificación: según *su origen* y según sus *efectos tóxicos*. En cuanto a las primeras afirma que existen productos de origen natural (opio, cáñamo etc.); medicamentos desviados de uso (hipnóticos, anfetaminas) y producto obtenidos por la investigación (LSD). En lo que se refiere a los efectos tóxicos que produce DENIKER distingue las “mortales” de las “alienantes” (ALO CLARO, 1981). Pueden clasificarse también en *legales e ilegales*.

No pretendemos exponer todas las clasificaciones aunque seamos conscientes de la importancia de todas ellas. Más bien destacar, como señala Amando VEGA (1981:29), que todas las clasificaciones son válidas siempre que no perdamos de vista el enfoque de cada autor. Tampoco debemos olvidar que las clasificaciones resultan artificiales y que su principal interés es educativo y didáctico, el de facilitarnos la comprensión.

Vamos a exponer y a adoptar la *clasificación clínica*, porque la consideramos completa y suficiente (KRAMER y CAMERON, 1975). Esta clasificación se resume en los siguientes tres grupos:

A) DEPRESORES DE LA ACTIVIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

1) Analgésicos narcóticos:

— El opio y sus derivados naturales y semisintéticos:

* la morfina. * la heroína.

— Los narcóticos sintéticos:

*la metadona. * la mepridina.

2) Barbitúricos (Tiopental, Secobarbital...)

3) Ansiolíticos o tranquilizantes menores (Valium, Librium, Diazepan...)

4) Alcohol.

B) ESTIMULANTES DE LA ACTIVIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

1) la cocaína y la coca.

2) las anfetaminas.

3) la cafeína (té, café...).

4) la nicotina (tabaco).

C) PERTURBADORES DE LA ACTIVIDAD DEL SISTEMA CENTRAL:

1) Alucinógenos propiamente dichos

* LSD * la mescalina o "peyote". * Psilocibe y Psilocibina.

2) Derivados del cannabis

*la marihuana *el hachís. * la griffa. *el kif o kiffi.

3) Alcaloide natural de la belladona y productos sintéticos.

4) Disolventes volátiles:

*éter *colas.

En las próximas páginas entraremos a analizar brevemente las *sustancias principales* siguiendo el mismo orden de la clasificación expuesta. O sea depresores, estimulantes o perturbadores del sistema nervioso central (FREIXA y SANFELIU, 1984).

A. DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

* **Opio:** Se extrae de la adormina (Papaver Somniferun), hojas verdes agrisadas y una flor que puede ser de color blanco, rojo, rosa o morado. Fáciles de cultivar en distintas partes del mundo, los granos son oleaginosos y constituyen un alimento de valor. El opio ha sido una droga de suma importancia desde el punto de vista médico, administrado para la tos y la diarrea, así como para aliviar el dolor y provocar el sueño. Primitivamente se consumía en infusión. El hábito de fumar opio es relativamente reciente. Del opio se extrae en 1827 la morfina y en 1898 un producto semi-sintético, producido en forma de polvo blanco cristalino, cuya potencia es varias veces mayor que la morfina: la heroína.

* **La morfina:** El nombre viene de Morfeo (el dios del sueño). Se trata de un valio analgésico que fue utilizado mucho para combatir dolores agudos de corta duración resultantes intervenciones quirúrgicas, fracturas, quemaduras,... y en las fases finales de ciertas enfermedad como el cáncer.

* **La heroína:** Se trata de una droga de elevada tolerancia que crea una fuerte dependenc tanto física como psíquica. Calificada de múltiples maneras (“rey de los estupefacientes”, “tort rador encantador”, “caballo mágico” ...)Es muy fuerte y por su elevado costo suele estar adultera frecuentemente, provocando la muerte, a veces, por sobredosis. Está prohibida en la mayor pa de los países y es una de las sustancias mas apreciadas por los drogodependientes debido placer intenso que produce. Su calidad en el mercado negro suele reducirse a un 3 ó 5% y mezcla con todo tipo de sustancias químicas (polvos de talco, leche en polvo etc.).

* **Barbitúricos:** Sustancia muy utilizada derivada del ácido barbitúrico. Son considerad medicamentos peligrosos. En ocasiones se usa como arma suicida, siendo también objeto d comercio ilegal. Producen depresión del sistema nervioso que se traduce en relajación, disminucio de la actividad mental y sueño, de ahí su uso como pastillas para dormir.

* **Tranquilizantes:** Se prescriben a personas que sufren tensiones y ansiedad. Los divers tranquilizantes tienen diferentes ingredientes y actúan en distintas partes del cuerpo.

* **Alcohol:** Se trata de la droga más aceptada en nuestra sociedad y la más antigua de nuest cultura. Se presenta en multitud de bebidas de uso ordinario. A pesar de los tópicos a favor d alcohol (estimulante, vasodilatador, facilita la sociabilidad, alimento etc.) sus efectos no puede ser más perjudiciales.

El alcoholismo ha aumentado entre los adolescentes actuales, que suelen consumirlo e grupo, raramente en solitario. En España sigue constituyendo, actualmente, la droga más impo tante. Su prevención es urgente (ALVIRA MARTÍN, 1984).

B) ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

* **Cocaína:** Extraída de la hoja de coca que se obtiene de un arbusto llamado *Erythoxylo coca*, producido principalmente en la zona occidental de América del Sur. Empleada por millone de personas empobrecidas en Sudamérica quienes las mastican en crudo para aliviar sus dura vidas, caracterizadas por exceso de trabajo y desnutrición.

La cocaína puede producir sentimientos de euforia e impresión de mayor fuerza muscular seguido de un periodo de depresión. Con dosis elevadas provoca desconfianza, temores, alucinaciones y, a veces, comportamiento agresivo y antisocial (OUGHOURLIAN, 1977)

* **Anfetaminas:** Se trata de los estimulantes más importantes. Suprimen el apetito, refuerza la actividad y estimulan el sistema nervioso central. Por sus características estimulantes fuero empleadas en tiempos de guerra.

Suelen ser empleadas de forma abusiva por camioneros, estudiantes y deportistas (“doping”). El síndrome de abstinencia provocado por las anfetaminas se caracteriza por una intensa ansiedad temblores, fatiga y somnolencia. A veces, tras supresión brusca, puede aparecer una depresió grave con tentativa de suicidio. Su interés es terapéutico.

* **Cafeína:** Se trata de sustancias estimulantes socialmente admitidas. Se conocen principalmente la cafeína, la teofilina y la teodromina. Se encuentran en diferentes plantas como el café, té y el cacao.

La toxicidad varía según individuos. Hay quienes no toleran pequeñas dosis. A partir de 500 miligramos se puede producir intoxicación aguda. Entre los síntomas característicos destacamos: insomnio, agitación psicomotora, temblor, hiperreflexia y taquicardia. La intoxicación crónica se manifiesta por taquicardia habitual, molestias gástricas y carácter irritable.

* **Tabaco:** Se trata de la droga, después del alcohol, que más perjudica a largo plazo en nuestra sociedad. Destacan entre los productos tóxicos del humo del tabaco: la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono. La nicotina estimula el sistema cardiaco y nervioso; sus efectos desaparecen rápidamente al ser transformada por el hígado en compuestos menos nocivos. De no ser así las consecuencias serían muy graves, pues la nicotina contenida en un solo paquete de cigarrillos sería suficiente para matar a un hombre si se le administrara de golpe. El alquitrán contiene ciertos componentes cancerígenos, pero su primer efecto es de pegarse a los tejidos pulmonares impidiendo la respiración. El monóxido de carbono produce daños a la salud (destacamos la arteriosclerosis).

Entre los efectos a largo plazo destacamos bronquitis crónica y enfisema pulmonar; riesgo de enfermedad cardiaca, cáncer de pulmón, labios, boca y laringe; en las embarazadas puede provocar aborto, muerte perinatal, bajo peso, problemas respiratorios en el niño a partir de los diez años; úlceras gástricas, etc.; conflictos psicológicos. Y entre las consecuencias fisiológicas primarias destacamos: alteraciones del sistema cardiovascular; excitación del sistema oral-respiratorio; aumento de la eliminación de la acetilcolina por la orina y del colesterol.

A todo ello se le suma con la privación del tabaco: depresión, ansiedad, irritabilidad, inquietud, dificultad de concentración, alteración en la percepción del tiempo etc. El tema del tabaco es muy amplio, por lo que nos vemos obligados a dejar en el tintero aspectos muy curiosos e importantes como el del “fumador pasivo”, que aunque se priva de fumar sale tan dañado como el propio fumador, al verse rodeado por una sociedad de fumadores (C.I.S., 1980).

C) PERTURBADORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

* **LSD:** El ácido lisérgico 25 procede del cornezuelo de centeno. Fue sintetizado en 1938, pero hasta 1943 no se descubrió su potencial alucinógeno; tarea lograda por Alberto HOFMAN, notable químico suizo. Su ingestión produce cambio de humor, altera la noción del tiempo y la percepción visual y auditiva, fenómenos de despersonalización y diferentes alucinaciones. A veces se producen “malos viajes”, consecuencia de sus efectos que pueden ser peligrosos.

* **Cannabis:** Cuyo nombre de la planta es “Cannabis Sativa” y puede cultivarse, prácticamente en cualquier parte del mundo. De ella se extrae la marihuana (preparación a base de hojas) y el hachís (preparado de la resina). Del cannabis se elaboran otras drogas como el Kiff.

Se la clasifica dentro de las “drogas blandas”, y su principio activo es el THC (que significa “Tetrahydrocannabinol”). Entre los efectos inmediatos podemos destacar un aumento del pulso y del ritmo cardiaco, enrojecimiento de los ojos y sequedad en la boca y la garganta. Muchos sienten un aumento de sensibilidad (oído, vista, piel...). Aparecen sensaciones de euforia, relajación, alteraciones del sentido de identidad y risas motivadas. Otros de los efectos pueden

ser la pérdida de la memoria y una alteración del sentido del tiempo. Decece la coordinación perceptivomotora, el tiempo de recreación, el aprendizaje y la atención.

Su consumo se realiza en comidas, bebidas y fumándolo, muchas veces mezclado con tabaco (“porro”). Su uso es tolerado en algunos países (M.E.C., 1981).

* **Inhalantes:** Nos referimos aquí a todas aquellas sustancias volátiles tomadas por preadolescentes y adolescentes principalmente, con el propósito de alterar el ánimo. Destacamos solventes industriales, éter, cemento, plástico, gasolina etc. Las sustancias más utilizadas suelen ser productos de uso habitual en los hogares. Desodorantes, aerosoles (laca para el cabello, quitamanchas y quitasmaltes y, sobre todo, la cola o pegamento.

El problema social de la inhalación es muy reciente. Los efectos producidos son: cambio de comportamiento, borrachera con mareo y náuseas; euforia con sentimiento de grandiosa omnipotencia, violencia, autodestrucción y accidentes; distorsiones visuales y temporales, con reacciones psicópatas agudas; fallos de coordinación motora, confusión mental; abandono deterioro personal.

Entre los daños físicos se destacan trastornos del sistema respiratorio; daños del sistema nervioso central y cerebro; afecciones circulatorias y sanguíneas; daños del hígado y riñón; anemia; y muerte por asfixia, sobre todo después de ejercicios físicos intensos.

1.3. Algunas Investigaciones Concretas

Los datos obtenidos de las investigaciones reflejan la realidad existente por encima de la intuición o interpretación personal de cualquier autor. En el tema de las drogodependencias existen, en nuestro país, diversos estudios: la mayoría de ellos *sectorizados* (centrados en la población de maestros, grupos de edades reducidas, drogas muy concretas –alcohol, tabaco, etc.) y *no globales* (reducidos a localidades, zonas o regiones). Pero también existen, aunque muy pocos, algunos estudios de ámbito nacional y global. De todos modos las instituciones relacionadas con la solución de la droga dedican atención y presupuesto a seguir buscando remedios a estos problemas.

CIDUR-EDIS (1980), por encargo del Ministerio de Cultura en 1979, realizó el primer estudio, ya clásico, de alcance nacional, sobre el consumo de drogas ilegales entre la juventud española; otro posterior presentado por Cáritas-EDIS incluye toda la población mayor de 15 años y abarca en su contenido de estudio tanto las drogas legales como ilegales (JERVIS, 1979). Vamos a centrarnos en el primero de ellos y destacar algunos datos de interés, pero siendo conscientes de las *limitaciones* o deficiencias que esta investigación presenta. Entre ellas el hecho de limitarse a las drogas ilegales pese a que los autores confesaran posteriormente que el problema significativo era el alcohol, el cual no pudo ser contemplado en los resultados. Otra deficiencia o limitación es el hecho de que no se identificaban las sustancias de las que se hablaba usándose términos genéricos como “la droga”; o que no se utilizaran baremos o criterios concretos para distinguir *uso* de *abuso* de las sustancias con creación de dependencia.

Destacamos ahora algunos de los datos más significativos del trabajo de CIDUR-EDIS (1980). El 86% de los jóvenes consideraban que el problema de la droga existía, además el 74% señaló que éste iba en aumento. Recordemos que son datos de 1979; hoy, todo parece indicarlo el porcentaje se elevaría. En ese mismo año, el 34'5% de jóvenes españoles ya habían tenido

experiencias con algún tipo de drogas. Uno de cada diez jóvenes de 12 a 14 años ya la habían probado. Los porcentajes de jóvenes que habían experimentado alguna droga aumentaba conforme aumentaba *la edad* de éstos. La sustancia con la que el mayor número de jóvenes (95'9%) se habían iniciado en el consumo de drogas ilegales fue con los derivados del cannabis, principalmente el hachís (75'1%) y la marihuana (15'4%). Casi la mitad de los sujetos consiguieron la droga por primera vez en una casa con unos amigos, el 13% en el colegio y el 19'4% fue con un amigo para probarla en solitario.

Respecto a la *clase social de precedencia*, será entre los jóvenes de la clase media donde se dé el mayor consumo de drogas (40%) seguido de la clase alta (33%) y, en tercer lugar la clase baja (25%). Entre los jóvenes encuestados por CIDUR-EDIS en 1979, el 54'7% consideraban la droga mala para la persona, el 32'8% especificó que el perjuicio que podía ocasionar dependía de la sustancia consumida y el 8'4% apuntó que no era ni buena ni mala; por último hubo quienes consideraron la droga como buena (2'7%). Un elevado número de estos jóvenes consideraron como un gran negocio el tráfico y consumo de drogas, especialmente aquellas determinantes como "duras" (81'5%).

En cuanto a las *drogas "blandas"* no calificaron como enfermedad su consumo, el 93'5%. Más de la mitad de los jóvenes, consideran que el tráfico y consumo de drogas era una forma de manipular a la juventud. Entre las diferencias destacables manifestadas distinguiendo entre drogas "duras y blandas" cabe señalar cómo las segundas facilitan mucho más que las primeras la relación entre la gente; las "duras" son más consideradas como vicio (53'2%) que las "blandas" (22'6%); destacar también que las "duras" suelen tomarse más para escapar de los problemas (52'6%) frente a la menor fuerza que tienen las "blandas" para lograr ese efecto en los sujetos (24'8%).

Las principales *causas* manifestadas para el consumo de drogas son (38'7%), por problemas personales como timidez o soledad (21'6); la atracción hacia lo prohibido también es un factor etiológico fuerte (10%); también es importante destacar como causas el mal funcionamiento educativo y el enfrentamiento generacional (familia, sociedad), con unas consideraciones 5'7% y 5'4% respectivamente. No son nada despreciables como incitantes al consumo la falta de actividades recreativas juveniles, el aumento del paro juvenil, la falta de control policial y el desencanto político.

Entre los jóvenes que continúan tomando droga (GARZA y VEGA, 1983) el mayor número suele hacerlo porque les gusta (48'6%), otros por estar bien o por pasar de todo (18'5% y 10'8% respectivamente). El mayor número de jóvenes suelen conseguir su droga a través de amigos personales (37%), otros a través de su vendedor habitual (23'1%), otros en locales (bares) (9'8%), a otros le son regalada (15%); hay quien la vende también para conseguir su dosis (3'5%); incluso pero menos quienes la cultivan o producen (0'6%); el 11% utilizan otros medios. Por último destacar que son los amigos la fuente de información más entendida entre los jóvenes en el tema de las drogas (45%) seguido de la prensa (16%) el cine y la televisión (14%) y los libros (10%). También son fuente de información los profesores, los padres, los compañeros de trabajo o la asistencia a charlas y conferencias.

Existen otras investigaciones posteriores a las citadas que son dignas de ser tenidas en cuenta, como es el caso de la obra de DOMINGO COMAS. Este autor recoge y analiza casi la totalidad de estudios epidemiológicos en torno al tema de las drogodependencias realizadas hasta la fecha en España, abordando las distintas drogas (legales e ilegales) así como los distintos

grupos de edades que abarcan el ámbito nacional. Nosotros nos limitaremos a destacar aquellos datos que nos parecen más interesantes (COMAS, 1985; ZABALA, 1990).

El poco conocimiento que tienen los españoles sobre la droga lo obtienen de los medios de comunicación. Se descubre que el 62'1% de los jóvenes conoce usuarios de alguna droga frente a una 37'5% que no conocen ninguno. Los chicos conocen más usuario que las chicas el cannabis es la sustancia de la que más consumidores se conoce, siendo la heroína la que menos. Destacar en último lugar lo concerniente al canal que más desean los jóvenes para ser informados en el tema de las drogodependencias; la mayoría de chicos y chicas desean ser informados través de conferencias 33%, seguido tanto en chicos como en chicas (19% y 24% respectivamente) por el deseo de que sea a través de los propios profesores de los centros escolares a los que asiste quienes les informen sobre el tema. Otros medios que destacan para ser informados son los padres (14% en chicas y 12% en chicos), la prensa (10% en chicas y 19% en chicos) y los documentos objetivos (14% en chicas y 4% en chicos).

2. ¿QUIÉN CONSUME DROGAS?

Al hablar de consumidores de drogas, no podemos homogeneizar o standarizar pretendiendo ver siempre un mismo tipo de sujeto, normalmente imaginario. En nada se parece el ejecutivo consumidor de cocaína con el niño de procedencia suburbial que no suelta su bolsa de cola (mu extendido en la etnia gitana); o el alcohólico con el consumidor de heroína.

Hacer una clasificación de los consumidores de drogas es una tarea compleja. No obstante hay autores que lo intentan y ello ayuda a situarnos. Amando VEGA (1981) señala, básicamente, *cuatro tipo de consumidores*.

Un primer grupo clasificado como “experimentadores” para referirse a aquellos sujetos que prueban alguna droga sin continuar después. Estos individuos suelen estar motivados por la presión del entorno (amigos, moda, publicidad,...) y por la curiosidad. Los factores éstos muy normales a la psicología del hombre y muy evidentes en el espacio juvenil (enfrentarse a lo prohibido, medirse y probarse en situaciones peligrosas y comprar metidas etc.).

Un segundo grupo lo forman los denominados “consumidores ocasionales” caracterizados por consumir drogas a causa de motivos sociales y fortuitos, ya sea de forma ocasional o por placer (juergas, fiestecillas etc.). En estos consumidores prevalece más el objetivo y la manera de uso de las sustancias que la frecuencia de su consumo.

Un tercer grupo lo forman los “consumidores habituales” que se caracteriza principalmente porque empieza a surgir en ellos cierta dependencia física o, sobre todo, psíquica: el individuo dedica demasiado tiempo y energía a pensar en la droga, conseguirla y consumirla. Además suele acudir a ella en momentos de dificultad, momentos que podría ser resueltos de otra forma.

El cuarto grupo lo forman “los consumidores compulsivos” que arrastran cierto comportamiento destructor.

Existen otras clasificaciones de consumidores de drogas basadas en otras variables, pero como muestras es suficiente con las expuestas

Una vez analizado algún ejemplo de clasificación de los sujetos consumidores de drogas debemos tener en cuenta, sobre todo, que el conjunto particular del comportamiento del drogodependiente, no es sino el reflejo de una época, del estado de una civilización en un momento histórico dado. Así, las drogodependencias de nuestro tiempo son un fenómeno social, un “hecho de civilización” (NOWLIS, 1982; IZQUIERDO, 1980).

3. ¿QUÉ MANTIENE LAS DROGAS?

Si nos preguntáramos sobre las causas, a nivel individual, que llevan a la drogodependencia, tendríamos que remitirnos al informe de la OMS elaborado por un grupo de expertos comentados en este caso por DE LA GARZA y VEGA (1983). Estas se sintetizan en las siguientes siete variables:

1. Satisfacer la curiosidad sobre el efecto de las drogas.
2. Tener la sensación de pertenecer a un grupo y de ser aceptado.
3. Expresar independencia y, a veces, hostilidad.
4. Obtener experiencias placenteras, nuevas o peligrosas.
5. Adquirir un estado mayor de conocimiento o de creatividad.
6. Conseguir una sensación de bienestar y de tranquilidad.
7. Escapar a las situaciones angustiosas de la vida.

Un estudioso como Amando VEGA resumirá las causas en tres básicamente:

1. Búsqueda narcisista de placer y deseo de modificar la realidad.
2. Rechazo del malestar y necesidad de huir de la realidad.
3. Búsqueda de la expansión de la conciencia (1981:46-47).

En el consumo de las drogas intervienen junto a una serie de factores individuales un gran cúmulo de factores psicosociales. Será importante distinguir, aunque éstos se encuentren en compleja interrelación, entre los factores de iniciación al consumo y los de persistencia en él. Otro autor señala como características generales de estos factores (PELLICER y THUILLIER, 1975) que son acumulativos, interdependientes, complementarios y difíciles de aislar.

VEGA resume ese conjunto de factores en un cuadro que llama de “causación circular acumulativa” (1981:53), donde se percibe claramente el proceso de interinfluencia y persistencia. (Figura 1)

Estos factores pueden ser tanto agentes causantes de las drogodependencias como agentes preventivos de las mismas. Dependerá de la actuación de los agentes sociales (GARNER, 1987).

3.1. El Factor Familiar

La familia puede influir positiva o negativamente en el tema de las drogas. De un estudio realizado a partir de la pregunta realizada a padres de familia: “¿qué haría usted si su hijo llegara drogado a casa?” (A LO CLARO, 1981) pudo concluirse la poca fuerza moral y la falta de autoridad que pueden poseer actualmente la mayoría de los padres. Un precioso análisis al respecto

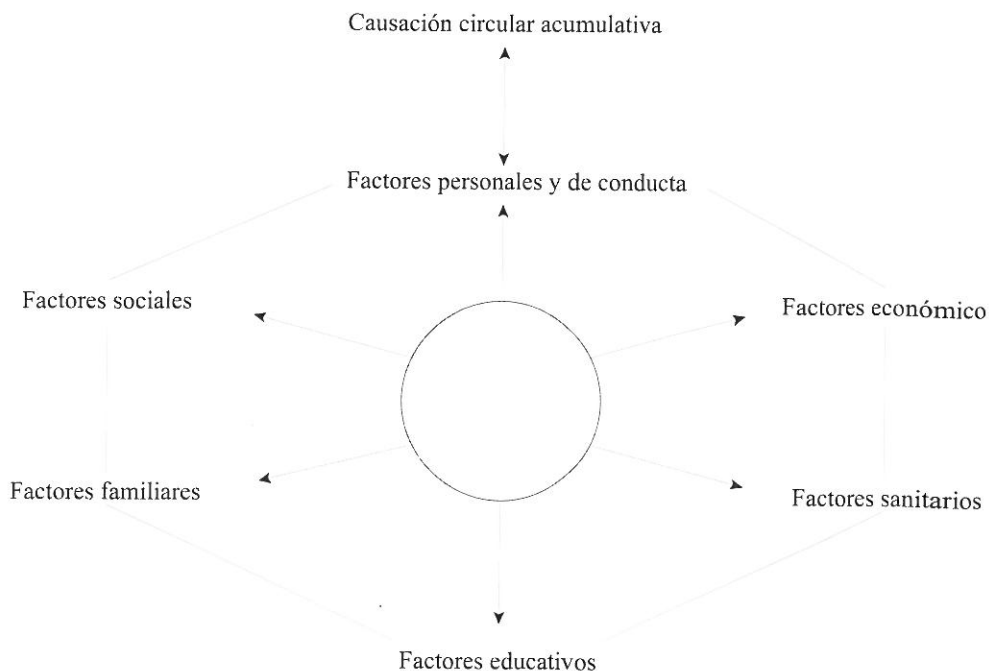


Figura 1

es el que nos ofrece JERVIS, (1979). El padre y la madre cuando el contagio de la droga se ha producido ya en el hijo, empiezan a ser invadidos por el sentimiento de que no pueden dominar las cosas. Parecen conscientes de que las nuevas generaciones siguen otros caminos distintos, ajenos a ellos. Sus hijos rechazan el mundo del orden, de la productividad, de la respetabilidad, de la carrera y del dinero; y optan por seguir otros senderos desconocidos. Los padres descubren que sus valores personales ya no son alternativa. Los hijos, por otro lado, le reprochan que beben demasiado; que pasan muchas horas delante de la televisión; que toman muchos medicamentos; que fuman a pesar de lo dicho por el médico. A veces, el hijo desprecia al padre por su puritanismo hipócrita. El padre descubre que participa de una sociedad que ya no está segura de sus propios valores (REINA, 1989). Descubre que él también gira en torno a otra serie de drogas y que sus palabras ya no pueden tener fuerza. Todo ello unido, en ocasiones, a una falta de comunicación en la familia, o a una “posesión” del hijo, alimenta una situación favorable al consumo de drogas. Es doloroso, pero se trata de una realidad que hay que afrontar, buscarle alternativas y cambiarla poco a poco.

“Los padres deberán analizar, en primer lugar, de la forma más objetiva posible su propia situación”, nos recuerda VEGA (1981) que al mismo tiempo nos ofrece una serie de *principios* que pueden servir de ayuda a los padres en el trato con los hijos drogodependientes, como no dejarse llevar por el pánico; formarse a sí mismo; aprender a comunicarse; evaluar el problema;

acompañar siempre al hijo; prevenir (educando a los hijos con hechos y principios, dando buen ejemplo –tabaco, etc.–; cuidando las relaciones padre-hijo; entre otros).

Es necesario una buena información a los padres y la disponibilidad de estos para participar en sesiones terapéuticas si son requeridos para ello. Es sugerente la propuesta ofrecida por BERJANO, (1983), que anima a crear una escuela de padres cuyos objetivos básicos recogen la información y mentalización de los padres, la idea de la familia como estructura educativa y aprender técnicas para comunicarse en las relaciones interpersonales.

Existen otros autores que ofrecen una lista muy larga de recomendaciones, pero a nosotros nos bastará con lo expuesto.

3.2. La Variable Escolar

La escuela, al igual que la familia, puede ejercer sobre el joven tanto una influencia positiva, acertada y preventiva como una influencia negativa y contrapreventiva. La escuela, si no acierta en su labor, podrá ser agente causante de la drogodependencia en los sujetos que acoja (GUIA, 1992).

Amando VEGA (1983) expresa que los maestros normalmente han estado despreocupados del tema de las drogas. La explicación se quiere buscar en las deficiencias educativas y en la problemática general de las Escuelas de Formación del Profesorado de E.G.B. A partir de ahí se comprueba *la existencia* de profesores sin motivación suficiente para ser profesionales de la educación y, por tanto, incapaces de educar para la vida; Maestros que han olvidado su identidad de ser educadores y no simples transmisores de conocimiento; que desconocen la personalidad, vivencias de sus alumnos y el contexto en el que se desenvuelven; maestros, en fin, que sólo ejercen en horario lectivo olvidándose de lo que ocurre fuera de la escuela (VARIOS, 1991).

La escuela, necesita antes de nada un *serio análisis crítico* a partir de los cuales poder construir planes realistas, progresistas y eficaces en todos sus temas y especialmente en el de las drogas. Necesidad de reformas de planes de estudios, reforma de organización, selección y formación del profesorado, actualización y formación permanente. Desde una educación escolar bien desarrollada es desde donde ya empieza a prevenirse cualquier tipo de fracaso y el de la drogodependencia, justamente, como uno de ellos (ESCÁMEZ, 1990; MACIA, 1986).

La escuela es pieza clave, entre otras consideraciones, porque el niño asiste a ella, por la educabilidad de esas edades, por sus programas graduados, su posibilidad de detección precoz y por el apoyo de las instituciones.

3.3. La Dimensión Social

El papel de la sociedad es fundamental ya que dentro de ella funciona todo, incluso la familia y la escuela, y por tanto su actuación puede influir positiva o negativamente ante el tema de las drogas. La sociedad, a través de lo que llamamos la comunidad constituye un pilar básico sobre el que se construyen los programas tanto de actuación preventiva como de tratamiento.

VEGA (1981) entiende la comunidad como *“aquellos individuos que viven en un mismo barrio, pueblo, villa o ciudad y que están implicados en la calidad de vida de su comunidad”*.

MENDOZA (1980), señala algunos factores negativos que pueden darse en una comunidad o sociedad en general, como la falta de centros recreativos que permitan un uso sano y formativo del tiempo libre, la carencia de centros para los ya drogodependientes, bares que venden a menores de edad, desencanto político, etc.

Otro factor importante son las amistades del joven que suelen ejercer cierto condicionamiento antes de admitirle al grupo. Si en este grupo se suele consumir droga, el nuevo miembro termina consumiéndola también, ya sea por “contagio” o por imposición; sólo son posibles dos alternativas o mantenerse al margen de la droga, no del grupo, lo que requiere una fuerte personalidad (o menor de los casos), o no entrar en dicho grupo (ZARRAGA, 1985).

La UNESCO, por otro lado, destaca que el mantenimiento y desarrollo de drogas va muy ligado al desarrollo general de las sociedades, por lo que exige un enfoque global del problema. Resume los equívocos de nuestras sociedades en los siguientes: la urbanización acelerada, la aceptación de que la última finalidad de la vida es el aumento de los bienes de consumo, el abuso de la fuerza, la glorificación de la violencia, las desigualdades de todo género, la desazón de una parte de la juventud, el fosco abismo entre las generaciones y, por último, una educación cívica deficiente. Por eso, más adelante, apunta lo evidente que es el que los padres se puedan sentir impotentes, puesto que es más importante, y efectivo, una modificación de las condiciones sociales que rigen la vida de la familia que la solución de conflictos de valores entre jóvenes y adultos (FUNES, 1990; HARRIS, 1981; REINA, 1989).

Para terminar, destacar los objetivos que expone VEGA a la hora de elaborar programas para la comunidad. Entre los *objetivos generales* destacan una sensibilización de la población ante el problema, así como una movilización y coordinación de los servicios, recursos y personas para los programas elaborados. Y como *objetivos derivados* de los anteriores el conseguir recursos económicos y humanos para desarrollar los programas. (SALLERAS, 1985).

4. EL TRABAJO EN LAS DROGODEPENDENCIAS HOY

¿Qué hacer ante un problema como el de las drogodependencias hoy? La OMS ha declarado repetidas veces que “a menos que se tomen medidas urgentes a nivel internacional, la victoria contra la droga será imposible” (M.E.C., 1989). Es evidente que esas medidas internacionales son necesarias. Pellicer y Thuillier, (1975) nos ofrecen multitud de ideas.

Todos tenemos nuestra responsabilidad en nuestro puesto y en nuestro quehacer diario. Debemos ser pesimistas en el sentido de que no podemos “creer o dejar que crean que el fenómeno disminuirá muy pronto”. Debemos oponernos a las simplificaciones del problema y no creer en “fórmulas milagrosas”. Nuestras posturas han de ser revisadas continuamente, pues la evolución del problema es constante. Se ha de comprender muy bien por qué se lucha contra la droga y procurar no dramatizar para poder mantener un diálogo constante y abierto con los jóvenes (OMS, 1986). “Todavía está por inventar una pedagogía de discusión sobre la droga”. Todo programa preventivo y de actuación necesita, si quiere ser eficaz, un estudio de prioridades que pasan por interrumpir el tráfico (prioridad de la acción gubernamental), informar a los jóvenes y a los padres, desarrollar la acción terapéutica (multiplicar los pedagogos especializados y definir una doctrina médica para dichos centros), desarrollar la acción de prevención educativa y acrecentar los esfuerzos a favor de la juventud (Calvo, 1991).

No se han de escatimar esfuerzos de ningún tipo (intelectuales, económicos, etc) pues los gastos que se pudieran ocasionar siempre serán pequeños si lo comparamos con el daño que ya está haciendo la droga y con el progresivo deterioro social que se espera en un futuro próximo. Pero, sin duda, en toda esta tarea se precisa una “clara voluntad política”.

4.1. Buscando la Prevención

El trabajo en drogodependencias se entiende todo él como un trabajo preventivo, distinguiendo necesariamente distintos niveles que se reducen básicamente a tres:

- a) *Prevención primaria*. Trata de concienciar a los educadores y a los propios alumnos de la necesidad de enfrentarse al uso de la droga en todas sus manifestaciones y prepara, a más largo plazo, a las futuras generaciones para una vida más sana, natural y humana, donde el individuo no necesite de la droga sino que encuentre en sí mismo y en el contacto y convivencia con los otros el estímulo necesario para trabajar por la construcción de una vida más sana y feliz.
- b) *Prevención secundaria*. Se propone disminuir el número de enfermos en una comunidad mediante el diagnóstico y el tratamiento precoz de las enfermedades. Pero su objetivo principal es la detección precoz del consumo así como la atención inmediata a sus posibles implicaciones.
- c) *Prevención terciaria*. Está dirigida a los individuos que ya padecen dependencia física o psíquica de las drogas, y esta encaminado a disminuir la gravedad de las secuelas. Por ello abarca problemas socio-psiquiátricos, terapia y rehabilitación psicológica, así como la reinserción social y profesional. Pretende retardar o detener el proceso y las consecuencias de las drogodependencias (BERJANO, 1983; GREENE, 1988).

Tras este aterrizaje en el mundo de las drogas y en el tratamiento educativo que hemos propuesto para prevenir las nos gustaría concluir que tenemos con la aparición de la *Educación para la Salud como transversalidad* la oportunidad de encarar con cierto optimismo la problemática de una de las peores lacras de nuestra historia: el consumo de drogas por los seres humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- A LO CLARO. (1981): *Las drogas... a lo claro*, Popular, Madrid.
- ALVIRA MARTÍN, F. (1984): *Estudio y consumo del Alcohol y otras drogas de los adolescentes españoles y de los factores que influyen en el mismo*; Dirección General de Salud Pública, Madrid.
- BERJANO, E. (1983): *La prevención del consumo de drogas institucionalizadas*, III Jornadas sobre Menores Marginats, Valencia.
- BOSCH-MARÍN, J. (1985): “La escuela como centro de educación para la salud”, *Menores*, nº 8, mayo- junio.
- CALVO BRUZO, S. (1991): *Educación para la salud en la escuela*, Díaz de Santos, Madrid.
- CARITAS-EDIS. (1981): “La población española ante las drogas”, *Documentación Social*, nº 42, enero-marzo.
- CASADO FLORES, J. (1990): “Enfermedades infantiles de origen social”, *Infancia y Sociedad*, nº 5, Sept- Octubre.
- CENTRO de investigaciones Sociológicas (1980): *Victimización y drogas*, Banco de Datos C.I.S., Madrid.

- CIDUR-EDIS. (1980): *Juventud y droga en España*, Dirección General de Juventud y Promoción Sociocultural, Ministerio de Cultura, Madrid.
- COMAS, D.(1985): *El uso de la droga en la juventud*, Instituto de la Juventud, Madrid.
- COSTA, M. (1986): *Salud comunitaria*, Martínez Roca, Barcelona
- DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD Y CONSUMO (1993): *La escuela, promotora de la salud*, Murcia (Promolibro).
- ESCÁMEZ SÁNCHEZ, J. (1990): *Una propuesta de Prevención*, Dykinson, Madrid.
- FERNÁNDEZ BENASSAR, C. (1991): *Educación y salud*, Palma de Mallorca, Universitat de les Illes Balears.
- FREIXA I SANFELIU, F.(1984): *El fenómeno droga*, Salvat, Barcelona.
- FUNES ARTIAGA, J.(1990): *Nosotros, los adolescentes y las drogas*, Ministerio de Sanidad y Consumo Publicaciones, Madrid.
- GARCÍA CABAÑAS, J. (1990): "Salud y educación infantil: ambientes educativos y calidad de vida", *Infancia y sociedad*, nº5, Sept-Octubre.
- GARNER, A.(1987): *Di que no a las drogas*, Grijalbo. Barcelona.
- GARZA y VEGA, P.(1983): *La juventud y la droga*, Trillas, México.
- GONZÁLEZ DURO, E.(1979): *Consumo de drogas en España*, Villalar, Madrid.
- GONZÁLEZ INFANTE, J.(1988): *Drogadicción y drogodependencias*, Ed. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- GREENE, W.H.(1988): *Educación para la salud*, Interamericana, México.
- GUIA. (1992): *Educación para la salud en educación infantil y primaria*, Consejería de Sanidad, Murcia.
- HARRIS, T.(1981): *Relación entre padres e hijos*; Grijalbo, Barcelona.
- IZQUIERDO, P.(1980): *Delincuencia juvenil en la sociedad de consumo*, Mensajero, Bilbao.
- JERVIS, G.(1979): *La ideología de las drogas y la cuestión de las drogas ligeras*, Anagrama, Barcelona.
- KRAMER, J. y CAMERON, D.(1975): *Manual sobre dependencia de las drogas*, O.M.S., Ginebra.
- MACIA ANTÓN, D.(1986): *Método conceptual de prevención de la drogodependencia*, Promolibro, Valencia
- M.E.C.(1992): *Transversales. Educación para la salud*, Madrid
- M.E.C.(1987): *Proyecto para la reforma de la enseñanza*, Madrid.
- M.E.C.(1993): *Temas transversales y desarrollo curricular*, Madrid.
- M.E.C.(1981): *La dependencia de las drogas*, Madrid.
- MENDOZA, R. y VEGA, A. (1980): *El papel del educador ante el problema de las drogas*, Pablo de Río, Madrid.
- MENDOZA, R.(1993): "Escuelas generadoras de salud". *Cuadernos de Pedagogía nº24*, pp.8-12.
- MORÓN, J.A. (1998): *Nuevas Demandas de la Sociedad Actual*, Gipda, Sevilla.
- MOVILLA, A.(1982): *Los jóvenes se drogan... ¿qué hacer?*, Narcea, Madrid.,
- NIEDA, J.(1992): *Educación para la salud. Transversales*, M.E.C., Madrid.
- NIEVA, P.(1986): "Evaluación del tratamiento de la toxicomanía", *Rev. de Pedagogía Social*; ppa.59-71 nº.1 Murcia.
- NOWLIS, H.(1982): *La verdad sobre la droga*, Unesco, París.
- O.M.S., (1986): *Los objetivos de la salud para todos*, Ministerio de Sanidad, Madrid.
- OUGHOURLIAN, J.(1977): *La persona del toxicómano*, Herder, Barcelona.

- PELLICER, Y. y THUILLIER, G.(1975): *La droga*, Edit. Oikos-Tau, Barcelona.
- POLAINO-LORENTE, A.(1987): *Educación para la salud*, Herder, Barcelona.
- REINA GALÁN, F.(1989): *Los padres ante las drogas*, Junta de Andalucía.
- SÁEZ, J.(1989): *La construcción de la educación*, Nau Llibres, Valencia.
- SÁEZ, J.(1996): *Hacia una gerontología educativa*, Nau Llibres, Valencia.
- SALLERAS, SAN MARTI, L.(1985): *Educación sanitaria: Principios, Métodos y aplicaciones*, Díaz de Santos, Madrid.
- VARENNE, G.(1973): *El abuso de las drogas*, Guadarrama, Madrid.
- VARIOS (1991): *Educación para la salud en enseñanza secundaria: SIDA*, Dirección General de Salud (C. Sanitaria), Murcia.
- VEGA, A.(1983): *Los educadores ante las drogas*, Ed. Santillana, Madrid.
- VEGA, A.(1980): “¿Es posible una educación eficaz sobre las drogas?”, *Infancia y Aprendizaje*, nº 11.
- VEGA, A.(1981): *Las drogas: ¿un problema educativo?*, Cincel-Kapelusz, Madrid.
- ZABALA, J.(1990): *La educación para la salud en los textos de enseñanza primaria (1940-1985)*, Consellería de Sanitat i Consumo, Valencia.
- ZARRAGA, J.(1985): *Juventud española*, Alef, Madrid.