



UNIVERSIDAD DE MURCIA

Dpto. de Teoría e Historia de la Educación

**Análisis de los Planes Municipales de
Prevención en Drogodependencias en algunos
Municipios clave de la Región de Murcia**

D^a Antonia M^a Sánchez Lázaro

Murcia, 2005

AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo agradecimiento a todas aquellas personas y organismos que han contribuido a la realización de este trabajo de investigación. En primer lugar,

Al Dr. D. Alfonso García Martínez por haber confiado en mí desde el inicio, por su paciencia, comprensión y apoyo en los momentos más críticos; por sus acertadas orientaciones y por iniciarme en los avatares de la investigación social. A todos los técnicos de los Planes Municipales, a los orientadores, profesores y alumnos de los Centros Educativos en los que se ha realizado el trabajo de campo, muchas gracias obsequiarme con vuestro tiempo e interés, sin vosotros la investigación no tendría sentido.

Mi agradecimiento también a los Docentes del Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, en especial a la Dra. Francisca Serrano Pastor, por sus consejos, por atender mis dudas y por su calidad humana, y al Dr. José David Cuesta Sáez, por haberme prestado su ayuda, amable y desinteresadamente.

A mis amigos y amigas que siempre han estado ahí, durante todos estos años, por su comprensión, por ser libres, por esos ratos que compartimos juntos. A mis compañeros de trabajo, por escucharme, ayudarme y mostrarse comprensivos, ante los avatares de mi vida.

Esta tesis está dedicada a mis seres queridos, por su apoyo incondicional, en este viaje que he emprendido, lleno de incertidumbre.



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

**DEPARTAMENTO DE TEORÍA E HISTORIA
DE LA EDUCACIÓN**

**Análisis de los Planes Municipales de
Prevención en Drogodependencias en algunos
Municipios clave de la Región de Murcia**

Tesis presentada por:

D^a Antonia M^a Sánchez Lázaro

Dirigida por:

Dr. D. José Alfonso García Martínez
Profesor Titular de Universidad
en Educación para la salud

Murcia, 2005

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	1
CAPÍTULO I. ANÁLISIS DEL CONTEXTO.....	12
1.1. <i>LA DROGODEPENDENCIA EN EL CONTEXTO ACTUAL.....</i>	13
<i>1.2.1. Principales funciones de las drogas en las Sociedades Contemporáneas.....</i>	17
<i>1.2.2. De la droga a la drogodependencia.....</i>	19
1.2. <i>MODELOS DE INTERVENCIÓN: EDUCACIÓN PARA LA SALUD VERSUS DROGODEPENDENCIAS.....</i>	29
<i>1.2.1. Modelos teóricos en Educación para la Salud.....</i>	37
<i>1.2.2. Modelos básicos de Intervención en Drogodependencias...41</i>	
<i>1.2.3. Recordando algunos Datos.....</i>	52
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE NUESTRO ESTUDIO.....	59
2.1. <i>OTROS MODELOS QUE SUSTENTAN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS.....</i>	60
<i>2.1.1. La Teoría como guía en la Prevención de Drogodependencias.....</i>	64
<i>2.1.2. Programas Preventivos y Bases Teóricas.....</i>	68
2.2. <i>PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS JÓVENES.....</i>	80
<i>2.2.1. Dificultades y contradicciones de la intervención.....</i>	87
2.3. <i>ACTUAR DESDE LA EDUCACIÓN: EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....</i>	91
<i>2.3.1. Nuevos horizontes: reformulando el Contexto Educativo.....</i>	95
<i>2.3.2. Educación para la salud como herramienta de cambio social.....</i>	100
2.4. <i>DESARROLLO COMUNITARIO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....</i>	101
2.5. <i>LOS PMD: PUNTO DE INFLEXIÓN ENTRE EL DESARROLLO COMUNITARIO Y EPS.....</i>	106

2.5.1. <i>Dificultades: “no es oro todo lo que reluce”</i>	109
2.5.2. <i>Un modelo alternativo: el desarrollo de la comunidad</i>	114
2.5.3. <i>Condiciones para la resolución de problemas</i>	116
2.6. <i>¿QUÉ ES LA EVALUACIÓN?</i>	118
2.6.1. <i>Aproximación a la evaluación de programas</i>	120
2.6.2. <i>Características de la evaluación de programas</i>	122
2.6.3. <i>Aspectos metodológicos de la evaluación</i>	123
2.6.4. <i>Funciones de la evaluación</i>	125
2.6.5. <i>Toma de decisiones</i>	127
2.6.6. <i>Delimitación del contexto evaluativo</i>	130
2.6.7. <i>Dimensiones del programa a evaluar/tipos de evaluación</i>	132
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	133
3.1. <i>INTRODUCCIÓN</i>	134
3.2. <i>HACIA UN ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN</i>	138
3.2.1. <i>Paradigmas de la metodología cualitativa</i>	141
3.2.2. <i>Metodología cualitativa versus cuantitativa</i>	145
3.3. <i>MODELOS DE EVALUACIÓN</i>	149
3.3.1. <i>Recorrido histórico</i>	149
3.3.2. <i>Modelos objetivistas</i>	151
3.3.3. <i>Modelos subjetivistas</i>	154
3.3.4. <i>Modelo crítico de evaluación</i>	157
3.4. <i>PLAN DE ACCIÓN</i>	159
3.4.1. <i>1ª FASE: Reflexión y preparación</i>	160
3.4.2. <i>2ª FASE: Diseño de la investigación</i>	162
3.4.3. <i>3ª FASE: Análisis de la información</i>	166
3.4.4. <i>4ª FASE: Informativa</i>	167
3.4.5. <i>5ª FASE: Revisión</i>	168
3.5. <i>CONTEXTO E INFORMANTES CLAVE</i>	171
3.6. <i>INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN</i>	176
3.6.1. <i>Técnicas cualitativas</i>	176
3.6.2. <i>Técnicas de recogida de la información cuantitativa</i>	192

3.7. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	202
3.7.1. Análisis de datos cualitativos.....	202
3.7.2. Análisis de datos cuantitativos.....	218
CAPÍTULO IV. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	224
4.1. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN CUALITATIVA.....	225
4.2. ANÁLISIS DE LOS PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS.....	225
4.2.1. Selección de las unidades de análisis.....	226
4.2.3. Categorización, codificación y asignación de unidades de análisis.....	232
4.3. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A LOS TÉCNICOS DE LOS AYUNTAMIENTOS DE LOS PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS.....	362
4.3.1. Selección de las unidades de análisis.....	363
4.3.2. Categorización, codificación y asignación de unidades de análisis.....	366
4.4. ANÁLISIS DE LAS MEMORIAS DE LOS PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS.....	529
4.4.1. Reducción y tratamiento de la información obtenida.....	529
4.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN CUANTITATIVA.....	612
4.5.1. Análisis descriptivo del cuestionario realizado a lo alumnos.....	613
CAPÍTULO V. INTRERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN. CONCLUSIONES.....	665
5.1. INTRODUCCIÓN.....	666
5.2. CONSTRUIR A TRAVÉS DE LA COMPARACIÓN. EL MODELO DE EVALUACIÓN DE STUFFLEBEAM Y LOS PMD.....	670
5.2.1. Análisis comparativo de la unidad de información: Necesidad de realizar el PMD.....	675
5.2.2. Análisis comparativo de la unidad de información: Objetivos del Plan.....	682

5.2.3. <i>Análisis comparativo de la unidad de análisis: Participación en la elaboración y puesta en marcha del Plan</i>	684
5.2.4. <i>Análisis comparativo de información: Estructura y ámbitos de acción</i>	691
5.2.5. <i>Análisis comparativo de la unidad de información: Actividades preventivas versus destinatarios</i>	695
5.2.6. <i>Análisis comparativo de la unidad de información: Recursos</i>	710
5.2.7. <i>Análisis comparativo de la unidad de información: Evaluación</i>	713
5.2.8. <i>Aportaciones derivadas del análisis de los PMD</i>	718
5.3. <i>ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS DESARROLLADOS DESDE LOS PMD</i>	723
5.3.1. <i>Aportaciones derivadas del análisis de los programas escolares de prevención en drogodependencias</i>	741
BIBLIOGRAFÍA	748
ANEXOS	775

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

El hombre siempre ha necesitado asideros a los que agarrarse cuando se ha visto en peligro. Un peligro que nace como consecuencia del desfondamiento que le produce el percibir sus capacidades como ilimitadas y que, cuando las pone en práctica, se da cuenta de lo limitadas que son. La distancia entre lo que es y lo que debiera (o le gustaría) ser, le produce tal angustia que necesita urgentemente encontrar algún recurso exterior (que esté fuera de él, del alcance de su naturaleza como ser humano, de su limitación) que le “permita” ser aquello que él cree que debiera o incluso que le permita olvidar sus limitaciones.

Acudir a recursos externos cada vez que pensamos o sentimos que algo no va bien, es algo que aprendemos desde nuestros primeros años de vida, y es más, no sólo utilizamos tales recursos cuando nos sentimos mal, sino que también los utilizamos cuando queremos ser aquello que deseamos, y nos dejamos llevar por un mundo lleno de estereotipos, que acaba introduciéndonos en el consumo de sustancias psicoactivas con la finalidad de conseguir realizar aquellos comportamientos que son valorados en nuestra sociedad. Como ejemplo de este hecho sólo tenemos que acercarnos a ciertos cómics como Lucky Luke, Axtérix y Obélix, Pepe Gotera y Otilio, Tintín, y echar un vistazo a cómo los héroes que aparecen en ellos se apoyan ya sea en el consumo del tabaco, en el alcohol o en una pócima mágica para conseguir ser superiores, o cómo asocian el consumo de determinadas drogas a hábitos integrados en sus vidas (en la comida, el trabajo, en una reunión, montando a caballo), o sencillamente para superar la gran tarea de vivir. Si ya desde la infancia se ve como normal el consumo de drogas ¿de qué sirve negarlo entonces?, ¿no sería más lógico aceptar que el consumo de drogas está integrado en nuestros estilos de vida, y a partir de ahí educar a la sociedad para que se pueda realizar un consumo que no nos perjudique, más que la represión y prohibición defendidas hasta el momento por las políticas internacionales? Aunque nosotros en este trabajo partimos de una evidente respuesta afirmativa a este interrogante, también somos conscientes de que el complejo fenómeno de las

drogodependencias no puede resolverse con una simple afirmación, desligándolo de sus contextos socio-históricos.

Hasta hace unos años, diferentes investigaciones ponían de relieve que las drogodependencias eran uno de los problemas que más preocupan a la población española, (De Miguel, 1994; Romaní, 1999). Sin embargo, en la actualidad, éste fenómeno está perdiendo relevancia pública. Este hecho, que contiene numerosos elementos positivos, puesto que parece romper la imagen y percepción sobredimensionada y estereotipada que la sociedad española ha mantenido frente al problema, está provocando diversos cambios. En la medida que este fenómeno social va siendo concebido como un problema social más, y no el que más preocupa a los ciudadanos, se está propiciando la “progresiva” normalización de las respuestas a arbitrar frente al mismo.

Consideramos que este fenómeno de normalización ha ido acompañado de las iniciativas necesarias para que éste deje de constituir un problema; es más, diríamos que la población está cada día más intoxicada y que el verdadero problema, la dependencia, no ha sido afrontado.

Las drogodependencias forman parte de un entramado social complejo, éstas constituyen un problema social multicausal, que se origina por la interacción conflictiva de tres elementos: la persona, la sustancia y el contexto sociocultural. Es obvio que no se puede caer en fáciles simplificaciones. Conviene asumir el fenómeno de las drogas en toda su dinámica complejidad, donde no sólo encontramos una sustancia que produce unos efectos concretos, sino también una persona que tiene unas expectativas específicas sobre esos efectos. Y esa persona no es ajena al entorno social que la envuelve, donde se entremezclan elementos políticos, económicos y culturales. Los problemas de las drogas son tremendamente complejos, multiformes, muy cambiantes en el tiempo y con la historia, motivados por la cultura e influidos por la representación social, por el imaginario social de los mismos (Megías, 1996).

En este sentido, más que fijarnos en la droga como sustancia (que no son en sí mismas, ni buenas ni malas; todo depende de su uso), debemos considerar a la persona que consume o abusa de esas sustancias, llamadas drogas, dentro de unos marcos sociales concretos (Megías, 2000a), es decir, es preciso ampliar la visión de contextos, relaciones, políticas, implicaciones, razones de consumo, etc. Esta es una de las tareas necesarias si queremos abordar el fenómeno que nos ocupa.

Casi todas las sociedades y culturas han conocido el uso de las drogas y las han utilizado abundante y destacadamente, a veces, y aún en la actualidad, ligada a rituales sacros o meramente culinarios. Piénsese, en este sentido, en el alcohol en el mundo occidental, el peyote y la mescalina por los indios mexicanos o la coca en los países andinos. La historia de las drogas es tan larga como la de la humanidad y paralela a ella. Es una situación de descontextualización de su uso, unida a factores genéricos de desestructuración social, la causante en mayor o menor medida del abuso en el consumo, tanto de las importadas como, con mucha mayor incidencia, de las propias (VV.AA., 1991).

Las variables o características que han configurado la sociedad industrial están en un proceso de cuestionamiento, tal y como hace algún tiempo constató Toffler (1980) al afirmar que la sociedad industrial acuñó unos valores (en sentido amplio) que la configuraron y asentaron. Pero que, ahora, al estar este tipo de sociedad desapareciendo y naciendo otra, definida por algunos como la sociedad del conocimiento, por otros como la de la información, como sociedad postindustrial o postmoderna, etc., tales bases están siendo profundamente cuestionadas. Ello implica por tanto, que estamos en el inicio de un cambio, en el que se destacan unos valores emergentes que no sabemos todavía si triunfarán y se asentarán (Tort, 2000) o no, pero que inciden en la apreciación del fenómeno que analizamos.

Así, Nuñez (1993) afirma que se observan cambios esenciales de todo orden que configuran de manera diferente nuestra época; entre ellos se encuentran los siguientes:

1. El paso de una concepción estática a una realidad en devenir, en evolución.
2. El paso de una naturaleza determinista a una naturaleza indeterminista.
3. El paso de un universo concebido bajo el patrón de orden a otro universo bajo el patrón del caos, de donde emerge el orden.
4. El paso del saber (*sofía*) y de la ciencia (*epistème*), a la opinión (*dóxa*), al conocimiento completado con el *know how*, es decir, con el cómo manejar la realidad.

Si el cambio social, siguiendo la afirmación de Baselga *et al.* (1980), ha sido de tal magnitud que ha puesto en tela de juicio todo el sistema cultural de valores, la iniciación al consumo de drogas no puede considerarse como un fenómeno aislado subsistente por sí mismo, sino como parte de una realidad mucho más profunda y compleja.

Como ha afirmado Vega (1986), vivimos en un sistema social más pendiente del aumento de la producción y del consumo que de la humanización de la sociedad. Esto se traduce en el cambio de los valores culturales, vacío espiritual, inestabilidad ante la vida, crisis económica... Como consecuencia, aparece la frustración existencial que Frankl (1979), entiende como la sensación de vacío o carencia de sentido de la propia existencia, y precisamente la falta de sentido de la vida es lo que carga de significación a las drogas (López Ibor, 1976).

Tampoco podemos olvidar los factores personales y sociales que de una forma u otra intervienen en la generación del fenómeno de las drogodependencias. Vivimos en una “cultura de drogas”, promovida por una sociedad consumista, que continuamente invita a recurrir a productos, muchas veces innecesarios. Por otra parte, la insistencia en el valor terapéutico de los medicamentos parece haber fundamentado la creencia de que todo problema y enfermedad puede resolverse con una “píldora” (Vega, 1986).

En efecto, las drogas no son nuevas, sino que conviven con el hombre desde que éste interacciona con el mundo que le rodea. Pero es en las sociedades

contemporáneas donde se producen una serie de cambios sociales, culturales, tecnológicos, etc., capaces de producir este fenómeno etiquetado como drogodependencia, y que adquiere unas características específicas, que han favorecido, frente al uso moderado de drogas, un abuso incontrolado de las sustancias, que es susceptible de causar importantes problemas de salud en los sujetos que así actúan, y nunca de tal magnitud como las guerras o el hambre (VV.AA. 1991). Siguiendo la afirmación de García (1998: 59):

“... el consumo de drogas se ha revelado, en las sociedades competitivas, como una forma de respuesta generalizada y gratificante frente a situaciones consideradas por los sujetos y grupos como negativas y, aunque en situaciones y marcos sociales desestructurados y/o marginados las drogas son un factor de redundancia en la agravación de las dificultades para retornar a situaciones de integración social, en el resto de las ocasiones y contextos se percibe como una forma de integración en una vida normalizada y acorde con las pautas y estilos de vida socialmente aceptables y reconocidos”

Por ello, el conocimiento como factor de crecimiento, frente a la vulnerabilidad propia o inducida, que conlleva al consumo excesivo de drogas, supone, como ha recogido Míguez (1998), la ampliación del campo de la conciencia de los sujetos por dos vías:

La primera, parte de métodos que implican la participación e implicación del educando.

La segunda, identifica la cultura como aspecto simbólico y expresivo de la conducta humana, en la que se definen los significados a través de los cuales las personas y los grupos organizan y dan significado a sus prácticas (Jodelet, 1984).

El papel del sistema de representaciones en el modelado de la conducta vigente, para un momento determinado y en un grupo dado es, por tanto, una de las claves a tener en cuenta para poder dar el sustento necesario a la prevención comunitaria, asegurando de esta manera, que la estrategia preventiva sea compatible con la realidad sociocultural de la comunidad y para ello es necesario conocer e identificar esa realidad.

Si abordamos la dependencia que genera el consumo abusivo de drogas, en relación a lo que llamamos un “estilo de vida” determinado (Menéndez, 1998), es sobre todo, para señalar que no se trata única y principalmente de los efectos farmacológicos de una sustancia sobre un individuo, sino que estamos ante un constructo socio-cultural en los que influyen procesos de identificación, de construcción del “yo”, estrategias de intervención, negación de roles, en fin, todo un entramado de relaciones sociales y expectativas culturales que contribuyen a la construcción del sujeto, a la construcción social de la realidad y a través de las que éste orienta su existencia, aunque en este caso sea en medio de áreas sustanciales de conflicto. Los estilos de vida, concebidos como fenómeno sociocultural, como ha recogido García (1998), no dependen de un único factor causal, sino que son el fruto de interacciones complejas entre patrones de comportamiento y otras situaciones que acaecen en la vida de los grupos e individuos (Roski, Peri y McGovern, 1997). De este modo,

“... la salud como elemento positivo se relaciona con factores como el trabajo gratificante, la alegría, unas relaciones sociales no traumáticas, la solidaridad, una vivienda acogedora, la música, la fraternidad, la no-exclusión, la libertad, o estar sentados al sol mirando al horizonte” (Turabián, 1997: 21).

Por tanto, el consumo de drogas (como, por lo demás, todo tipo de dependencias) adquiere su significado dentro del *conjunto de factores* que hacen posible la vida de las personas, no al margen de él. Con lo que su apreciación debe corresponder a cómo se produce su consumo en el seno de cada grupo social

concreto, en relación con los demás aspectos que inciden en la generación de una vida saludable.

Nuestro interés se centra en conocer cuáles son las estrategias puestas en marcha por los Planes Municipales de Drogodependencias (PMD), así como conocer las repercusiones de la aplicación de estas estrategias a nivel educativo, ya que, como pondremos de manifiesto, éste ámbito es uno de los privilegiados para abordar el fenómeno de las drogodependencias. En especial, además, porque ante la necesidad de dar respuesta a este fenómeno, sostenemos que la Educación para la salud es una de las herramientas que está disponible para ponerla en práctica.

Para ello hemos propuesto los siguientes objetivos:

1^{er}. OBJETIVO GENERAL: ANALIZAR LOS PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer cuáles han sido las necesidades que han llevado a la realización de los PMD en las diferentes localidades
2. Conocer si se han realizado estudios previos a la puesta en marcha de los PMD que hayan analizado la realidad local.
3. Identificar los objetivos generales de los PMD analizados
4. Identificar las entidades que han participado en la elaboración de los PMD
5. Identificar las entidades que han participado en la puesta en marcha de los PMD
6. Conocer la estructura y los diferentes ámbitos de actuación de los PMD
7. Analizar el tipo de actividades que se realizan desde los PMD
8. Identificar los recursos financieros de los que disponen los PMD
9. Conocer si se realiza evaluación de los PMD; en caso afirmativo, identificar qué tipo, qué instrumentos se utilizan, y durante qué periodo se realiza.

2º. OBJETIVO GENERAL: ANALIZAR LOS PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS. ÁMBITO EDUCATIVO DE LOS PMD.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la difusión que se les da a los programas escolares de prevención en drogodependencias
2. Identificar las características de la formación ofertada en los programas escolares de prevención en drogodependencias
3. Conocer el contenido de los programas escolares de prevención en drogodependencias trabajado en las aulas
4. Identificar la utilidad percibida por los destinatarios encuestados de los programas escolares de prevención en drogodependencias
5. Conocer el nivel de consumo de drogas por parte de los destinatarios encuestados
6. Identificar si se considera pertinente la continuidad de estos programas por parte de los destinatarios.

Varias han sido las razones que nos han llevado a alcanzar estos objetivos, entre ellas:

El hecho de que, en el actual contexto, las políticas sobre drogas que han dominado durante la última década el panorama español, están siendo sometidas a una profunda revisión.

El debate general existente en el país sobre el papel que los municipios deben jugar en la articulación política y administrativa del Estado.

La realidad no se impone desde la administración, sino que la administración debe adecuar su respuesta a la realidad.

El desarrollo de este trabajo lo hemos dividido en cinco capítulos, en el **primero y segundo**, hemos realizado un análisis sobre el fenómeno de las

drogodependencias, complejo, como hemos podido ver, pero no ajeno a las necesidades del ser humano. A partir de esa concepción integral hemos planteado los postulados generales de la Educación para la salud, una de las herramientas básicas, junto al desarrollo comunitario, con las que abordamos la prevención en materia de drogodependencias, hemos llegado, incluso a comparar los diferentes modelos de Educación para la salud, con los de intervención en drogodependencias.

Hemos realizado un recorrido por las diferentes clasificaciones de los programas de prevención en drogodependencias, agrupándolos por diferentes criterios; histórico, factores de riesgo, ámbitos de actuación, etc. Más detenidamente hemos analizado aquellos, que por su presencia en las políticas de intervención en drogodependencias, consideramos necesario desmitificar, nos estamos refiriendo al modelo de la Teoría de la escalada del consumo (Kandel, 1980) y al de la conducta problema (Jessor, 1992).

Partiendo de los postulados de la Educación para la salud y la promoción de la salud, apostamos por una intervención en materia de drogodependencias basada en la capacitación de los individuos y las comunidades, así como, en el desarrollo de la autonomía de los mismos, que permita establecer estilos de vida saludables, para los que se tenga conciencia, de que el consumo de droga siempre ha estado presente en nuestras sociedades, y mejor que pretender erradicarlo, sería aprender a vivir con él, sin que éste suponga una disminución de nuestra calidad de vida. Para este aprendizaje de vivir en una cultura de drogas, qué mejor recurso que el desarrollo de la comunidad, y dentro de éste, el municipio se presenta como un espacio privilegiado para su puesta en marcha.

En este sentido, siguiendo alguna de las líneas teóricas planteadas, surgieron los Planes Municipales de Drogodependencias, un proyecto que en algunos municipios de la Región de Murcia cuenta con una experiencia de diez años, y en otros, todavía muchos, supone una propuesta futura, en el mejor de los casos. Analizar cómo están funcionando estos Planes ha sido nuestro objetivo principal.

Para acercarnos a la realidad de qué está sucediendo en este ámbito (la puesta en marcha de estos Planes), hemos recurrido a los postulados de la evaluación.

En el **tercer capítulo** hemos planteado los presupuestos metodológicos utilizados en nuestro estudio, y que corresponden a una metodología predominantemente cualitativa, apoyada una metodología de carácter cuantitativo. En él, hemos definido las técnicas utilizadas para la recogida de la información, que han correspondido al análisis de textos, la encuesta y los cuestionarios. También en este apartado hemos reflejado cuál ha sido el tratamiento utilizado para reducir la información, así como plasmar las distintas fases por las que ha pasado nuestro estudio, es decir, nuestro plan de acción.

En el **cuarto capítulo** hemos plasmado todo el proceso instrumental de categorización, codificación y, reducido a unidades de análisis toda la información obtenida del “campo” analizado y que ha correspondido a:

Los documentos de los Planes Municipales de Drogodependencias

Las entrevistas realizadas a los técnicos municipales de los Planes

Los informes-memorias de evaluación, correspondientes al año 2004 de los Planes

Los cuestionarios completados por los alumnos de 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria, de diferentes Centros Educativos de la Región de Murcia.

En el **capítulo quinto**, una vez reducida toda la información analizada, hemos realizado una interpretación general de la misma, éste lo hemos desarrollado a través del modelo de evaluación de Stufflebeam, que aborda cuatro dimensiones evaluadoras: el contexto, el diseño, el proceso y los resultados. Siguiendo este proceso hemos respondido a los objetivos específicos del primer objetivo general planteado en la investigación.

Para responder a los objetivos específicos del segundo objetivo general, hemos analizado la información obtenida de los cuestionarios y la hemos comparado con cada una de las dimensiones definidas para los modelos de Educación para la salud y conocer así, en qué modelo nos situaríamos, según la información obtenida. El análisis de toda la información analizada nos ha llevado a realizar una serie de propuestas de mejora de los Planes.

CAPÍTULO PRIMERO

I. ANÁLISIS DEL CONTEXTO

CAPÍTULO PRIMERO

1. ANÁLISIS DEL CONTEXTO



*-¿Quién eres?-preguntó la Oruga
No era ésta precisamente la manera más alentadora de iniciar una conversación. Alicia replicó, algo intimidada:
-Pues verá usted: señor..., yo..., yo no estoy muy segura de quien soy, ahora, en este momento; pero al menos sí se quién era cuando me levanté esta mañana; lo que pasa es que me parece que he sufrido varios cambios desde entonces.
-¿Qué quieres decir? –dijo la Oruga con severidad-. ¡Explícate!
-Mucho me temo, señor, que no sepa explicarme a mí misma –respondió Alicia-, pues no soy la que era, ¿ve, usted?
-¡No veo nada! –dijo la Oruga.*

Lewis Carrol, *Alicia en el País de las Maravillas*

1.1. LA DROGODEPENDENCIA EN EL CONTEXTO ACTUAL

Si todos los seres humanos toman drogas desde la noche de los tiempos, ¿por qué la adicción a las drogas es un problema contemporáneo? Para entenderlo es necesario analizar de forma global el fenómeno “droga”, es decir, desde una perspectiva holística, y ésta ha sido nuestra pretensión al realizar este apartado.

En este apartado hablaremos de tres niveles que favorecen y hacen permanecer el consumo de las drogas, perpetuándolo a lo largo del tiempo y haciendo surgir en las sociedades contemporáneas el denominado “problema de la droga”. Estos niveles son:

- *Nivel socioeconómico:* caracterizado por un Mercado Mundial guiado por el capitalismo y que se ha visto revolucionado por los cambios tecnológicos, que han afectado también a los cambios de la industria química y farmacéutica. Con el mercantilismo todo se convierte en mercancía y beneficios; todo, incluso las drogas. También ha favorecido el consumo de drogas, el aumento de las comunicaciones y del transporte, que contribuye a una expansión del mercado y facilita que otras drogas se utilicen fuera de su contexto, lo que modifica los usos de la droga, ya que no sólo se transporta el producto en cuestión, sino también las noticias, conocimientos, estereotipos, etc., con lo que se facilita que su inserción en el mercado vaya acompañada de un grupo de ideas (subculturas) que justifiquen o racionalicen su difusión.
- *Nivel sociocultural:* durante el siglo XX, los movimientos migratorios y las situaciones de desarraigo han favorecido la aparición de nuevas concentraciones de poblaciones, que provienen de lugares distintos y aportan nuevas visiones sobre las drogas. Los procesos implicados a este nivel son:
 - Nueva organización del trabajo.
 - Crisis de las pautas tradicionales de comportamiento, que cuestionan las formas de control social, informal y formal, predominantes hasta el momento.
 - Aparecen nuevas condiciones de vida urbana, nuevas percepciones del tiempo y del espacio, del ritmo de vida social, de las formas de sociabilidad, etc.
- *Nivel individual:* favorecen el uso de las drogas las tensiones provocadas por la explotación en el trabajo, una mala alimentación y los nuevos estilos de vida en los que prima el individualismo, donde apenas hay tiempo para el encuentro real con "el otro", y las nuevas tecnologías generan nuevas formas de comunicación. La inseguridad que pueden provocar estos cambios y pautas de comportamiento, poco claras o incluso contradictorias, pueden encontrar una vía de salida en ciertos usos de drogas.

Los procesos de modernización han influido en las transformaciones económicas, sociales y culturales. La revolución tecnológica se ha caracterizado por unos procesos de especialización, movilidad, estratificación social y, por otros de “normalización” de la vida social a través de los mecanismos de control social y, sobre todo, por los *mass-media*, llegando a establecer un consenso económico y de valores básicos. En todo caso, los efectos de la revolución tecnológica en las sociedades “modernas” han trascendido en gran medida a la tecnología y han cambiado de modo radical prácticamente todas las instituciones, las más generales y privadas, y han penetrado en lo más profundo de la conciencia de las personas. Los elementos fundamentales que han incidido en el desarrollo de las sociedades industriales han sido (Romaní, 1999):

- a) *El consumo*: que permite una manipulación de la realidad tendente a la máxima rentabilidad económica en sus distintos niveles.
- b) *El control social*: distinto de los existentes en las sociedades tradicionales, y muchas veces más sutiles y eficaces, sobre todo, porque usos y/o actividades relacionadas con la juventud o la droga pueden verse en referencia a ciertas “necesidades” biopsicológicas del hombre, por lo que resulta fácilmente manipulables por diferentes tipos de poder (control social diferente, ejemplo: el consumo de drogas en los jóvenes es lógico, pues es normal que ellos lo hagan, es propio de su edad).
- c) *El consenso generalizado en torno a los valores básicos*: lo que ha contribuido a enmascarar la realidad del consumo de drogas y a desviar la atención de los verdaderos problemas del fenómeno "drogodependencia", centrando el miedo en el consumo de drogas ilegales y encajando el perfil de drogodependiente fuera de las pautas normalizadas de consumo, olvidando a los verdaderos beneficiarios de este fenómeno.

A nivel individual (Martí, 1996), el ser humano es el animal que más tarda en madurar y conserva por más tiempo los trazos juveniles, nace muy inmaduro, se desarrolla en contacto con el ambiente natural y social y deviene maduro en la medida en que todos sus órganos, aparatos y sistemas, en particular el sistema

nervioso central, son modelados por la acción del ambiente. Por tanto, durante un larguísimo período de su vida, el ser humano depende totalmente de su entorno, sin el cual no llega a madurar cerebralmente. Podríamos afirmar, en este sentido, que los seres humanos somos los seres más dependientes de la historia de la vida; a ello hay que añadir que, en la medida en que nos desajustamos de la dependencia de los demás, nos sujetamos a otras dependencias que nos creamos consciente o inconscientemente (dependencia amorosa, a los juegos de azar, a la lectura, al deporte, a Internet o incluso al trabajo).

Si tomamos, pues, la dependencia como referente a la hora de examinar la vida cotidiana, podríamos ver la cantidad de situaciones diarias en las que somos dependientes: dependemos del café que nos tomamos antes de salir de casa, del beso rápido que nos da nuestra pareja al ir al trabajo, de las tecnologías y artefactos que operan en nuestra existencia, etc. La maduración cerebral humana implica el desarrollo de su cerebro en un contexto socio-cultural muy preciso al que Martí (1996) califica de "útero social", mantiene al recién nacido, al niño, al adolescente y al nuevo adulto en una tensión permanente, en una dialéctica constante que, en mayor o menor medida, culmina cuando el sujeto ha interiorizado en su cerebro, organizando en una dirección bien precisa, todas las categorías sociales, tal y como son dadas en su mundo; categorías que vivirá y sentirá como lógicas, naturales y no susceptibles de cambio.

Numerosos son los antropólogos que han dedicado alguna atención al tema y han hecho notar que las implicaciones que se derivan de este proceso son tan serias que, al conocerlas, nos producen una mezcla de miedo y tristeza. Cuando un ser llega a adulto ha interiorizado, en sus conexiones neuronales, el mundo exterior como el único posible, como el más natural, y desear cambiarlo conllevará un trabajo psíquico de enormes consecuencias e implicaciones. Es por ello, que las sociedades, pese a que muchas de ellas se fundan en diversas formas de desigualdad, son tan resistentes a los cambios.

“El papel del "útero social" es, pues, determinante: el niño forcejea; "el útero social" le dice una y otra vez con palabras, actos, actitudes y valores, que si no hace aquello que es bueno y deseable en aquella cultura concreta quedará excluido, y él, ser dependiente desde los primeros momentos de su existencia, recuerda entre las brumas de su memoria infantil que desde muy temprana hora sintió el horror al desamparo y supo que no era nada sin los otros” (Martí,1996: 28).

1.1.1. Principales funciones de las drogas en las Sociedades Contemporáneas

Las drogas en nuestras sociedades contemporáneas cumplen una serie de funciones que Romaní (1999) clasifica en tres niveles: económicas, sociales e ideológico-políticas, que a continuación exponemos:

1. *Económicamente*, no hay duda de que las distintas industrias relacionadas con las drogas (pequeñas empresas y transnacionales farmacéuticas, vitivinícolas, tabacaleras y del tráfico ilegal de drogas) generan un volumen de beneficios económicos directos e indirectos de una importancia crucial en la economía mundial, entre los que hay que señalar, por lo que a las industrias legales se refiere, la importancia de los impuestos que generan para sus respectivos Estados. El poder y, por lo tanto, los intereses que ello comporta son enormes, y probablemente sólo conozcamos una pequeña parte de la cuestión. Pero tampoco debemos olvidar aquí las profesiones relacionadas con la “cultura de la droga” en sentido amplio: burócratas y administradores de organismos de control, policías, abogados y jueces, sanitarios, investigadores, etc. Otro aspecto económico es el de amortiguador de los efectos de la crisis económica (especialmente en el empleo) que, en el marco de la economía informal, ejercen, en muchas ocasiones, la producción y el tráfico ilegal de drogas.

2. *Socialmente*, podemos ver cómo diferentes drogas están presentes en muy distintos tipos de relaciones sociales, tanto de manera instrumental como simbólica; es decir, tanto para “dar marcha al cuerpo” (en el trabajo o en la fiesta)

como para aliviar el dolor. En este sentido el que una droga pueda hacer de elemento de identificación simbólica entre grupos de jóvenes, como puede ser la “litrona” o el “porro”, no es más que una variante de una función mucho más general y en absoluto exclusiva de los jóvenes, aunque, en su caso, esta identificación con el grupo sea vitalmente decisiva. Otro aspecto es el “ajuste” subjetivo que se pretende establecer con las condiciones sociales de existencia a través de algunos consumos de drogas; y esto tanto a nivel individual (recordemos el vino llamado “quitapenas”) como social, y tanto si está institucionalizado como si se introduce a través de la mitificación y el “morbo”.

Habría que incluir aquí las consecuencias sociales que ha comportado el modo de circulación de algunas drogas en nuestras sociedades, que se ha convertido en un instrumento de sobreexplotación y criminalización de grupos ya previamente marginados, la marginación de individuos y grupos de sectores inicialmente más normativos, y el surgimiento de unos grupos de presión con notable poder a escala mundial.

3. *En el terreno ideológico-político*, las funciones de las drogas pueden ser múltiples y variadas, incluyendo:

La articulación de determinadas visiones del mundo en torno a la cuestión de las drogas.

Los espejismos ideológicos y la manipulación política, que pueden distorsionar y enmascarar otros problemas fundamentales en ciertos momentos críticos, ya sea en su visión más habitual de “la droga es la culpable”, ya sea en la más específica para grupos juveniles de “a la revolución por la droga”.

La legitimación de formas de control social y político a través de esta cuestión, de la que las relaciones de Estados Unidos con Latinoamérica a partir de los ochenta sería un buen ejemplo.

El “pretexto represivo” que ofrece “la droga” que responde a ciertas disidencias sociopolíticas, o la gran rentabilidad político-electoralista del tema. Se puede afirmar que la actual configuración del “problema

de la droga”, más que un modelo, puede jugar el papel de caricatura de las principales contradicciones del rol que se asigna a las conductas adictivas generales dentro de las sociedades de consumo.

1.1.2. De la droga a la drogodependencia

En este apartado exponemos la tesis de que las drogas no son el problema, sino que el problema a examinar es la dependencia del ser humano en sentido genérico y en un sentido más particular su dependencia de las drogas; es decir, la cuestión a examinar no es “la droga”, sino la “dependencia” de algo muy particular, las drogas, que son una de las infinitas cosas a las que el ser humano puede “engancharse”, convertirse en dependiente, en una palabra, en un sujeto sujetado a la droga y, a partir de ahí, proceder lenta o rápidamente a su destrucción.

Poner el acento en la droga (en la sustancia), como ha señalado Martí (1996) para comprender el por qué la drogodependencia es una “epidemia” contemporánea, nos llevaría a centrarnos en una parte del fenómeno, y a tomar la parte por el todo. La drogodependencia, en efecto, es un caso particular de la dependencia humana; si en algo nos interroga esta forma particular de dependencia es porque nos obliga a reflexionar sobre la dependencia en general. Y aún cuando no es menos cierto que Brueghel “el Viejo” ya nos ilustrara con sus pinturas de adictos al juego o a la comida, en el momento contemporáneo la drogodependencia ha adquirido una extensión y una gravedad epidemiológicas que, si bien nos fuerza a tomarla como objeto específico de estudio, es imposible disociarla de la dependencia como fenómeno general.

Siguiendo las conclusiones de Goodman y Gilman (1981), su especificidad reside en que al introducirse sustancias químicas en el organismo, éstas dañan, “a corto, medio y largo plazo” la salud de quienes las toman. Aunque con todas las dependencias, a la corta o la larga, pase algo similar, aquí reside su mayor

especificidad, porque los efectos sobre la salud son más visibles y espectaculares, de entrada, que con muchas otras formas de dependencia. Jervis (1977) afirma que:

“... el ser más dependiente de la naturaleza en un momento determinado de su desarrollo histórico ha creado unas condiciones determinadas que agravan, de un lado, su capacidad para el dominio de la naturaleza mediante la técnica y, de otro, su dependencia psíquica a productos químicos para poder seguir viviendo: al dolor del vivir existencial se suma la imposibilidad del vivir como seres humanos”.

Este autor, en modo alguno niega el valor de la dependencia física, bien al contrario, como médico conoce los efectos funestos y destructivos que ésta produce e insiste en que, aún, sabemos pocas cosas sobre ella; pero esto nos lleva a apreciar de nuevo que si los seres humanos necesitan tomar “cosas” para aplacar, no sólo el dolor de muelas, sino el dolor de vivir en las grandes urbanizaciones insalubres de las sociedades industriales contemporáneas, en las que el trabajo es tan escaso o precario como escasos o precarios son los símbolos, es porque este dolor es mucho mayor que el dolor de muelas; no es pues de extrañar, que en el actual contexto de crisis de civilización, el equilibrio emocional de los seres humanos dependa de la ingesta de sustancias químicas, sin las cuales un cierto bienestar resulta imposible. Como Sissa (2000: 12) ha afirmado:

“... lo sepa o no, según su nivel cultural, el consumidor de droga da una respuesta práctica al problema humano del bienestar. Por esta razón, debe ser comprendido. Comprendido como un acto mal calculado, pero igual de tentador para todos cuantos están en el mundo: anular las preocupaciones, negociar con la insuficiencia, la contrariedad, el sufrimiento. De hecho, todos estamos en la misma situación. Nosotros, los hijos de la preocupación, las criaturas de cura: ¿cómo resistimos al remedio que materializa la tranquilidad del espíritu? El placer narcótico resulta fascinante porque es doblemente negativo: además de la cesación del dolor físico, actúa

como sedante para el malestar existencial. Cualquier droga es paradójicamente anestésica, incluso los euforizantes”.

La convivencia entre la filosofía del placer negativo y la práctica de la adicción invita a considerar la toxicomanía desde una perspectiva amplia, profunda, transcultural. Thomas de Quincey (1984), uno de los grandes consumidores de opio y sutil conocedor de los Antiguos, lo reconoció solemnemente desde su primera ingestión de láudano. ¡Qué resurrección interior del espíritu desde el trasfondo de sus abismos! Disponía de una panacea – *phármakon nepénthes*- para todos los males humanos: tenía de pronto el secreto de la felicidad sobre el que los filósofos habían discutido durante siglos.

Sissa (2000) ha definido la toxicomanía como una práctica que acciona realmente la fuerza de un deseo vuelto insaciable y progresivamente devorador, hasta el punto en que la satisfacción siempre provisional –clave de un placer plural, cambiante y renovable- se convierte en este caso en tolerancia y dependencia, por la fijación a unos productos que resultan imprescindibles para no sufrir demasiado. En suma, la toxicomanía hace posible una teoría del deseo. Una teoría que no haría de la ansiedad el genio maligno de las vidas felices, sino un ogro intratable, un agujero negro donde el goce resulta difícil de distinguir del más agudo pesar. Indiscutiblemente, la droga se convierte en una manifestación tan extrema, que la ansiedad no tiene ya nada que ver con la vitalidad alegre y se transforma, por el contrario, en un estado físico y psíquico atroz. Gradualmente el deseo no encuentra ya en la droga el principio motor, sino que se agarra a ella sin que pueda interesarse por ninguna otra cosa. La carencia se vive en forma de un dolor inconsolable y, no obstante, irresistible. El placer, pues, sufre una transformación: es cesación del pesar, no dolor, placer negativo.

La filosofía antigua, en la interpretación de Sissa ha afirmado (2000), sitúa en el centro de la reflexión la afirmación de que la naturaleza del deseo es insaciable. Es tanto el deseo (de sexo, de bebida, de comida y de dinero), que darle satisfacción supone ser engullido, entregarse a un tirano sin comedimiento. La atracción por cualquier objeto sensible está destinada por naturaleza a permanecer

insatisfecha. Yendo tras una sensación de plenitud, tratamos de acumular, almacenar, ingerir. Nos convertimos en “inversores”, coleccionistas, *gourmets*, no cesamos de ingerir. No obstante, seguimos vacíos. Nunca estamos contentos, debido a nuestra incapacidad para *contener*. No estamos satisfechos porque, por mucho que incorporemos, nunca es suficiente. El vacío no es un estado estable, contrario a lo lleno, que la plenitud curaría; hay vacío a medida que se llena. El deseo se desarrolla en este momento de fluctuación tan lleno como incansable, continuamente reiniciado y sin razón alguna para detenerse, dado que la parte deseadora de nuestra alma tiene el fondo roto. Mediante un lenguaje plástico, Platón la representa como una tinaja agujereada, un chorlito real (ave que come y defeca al mismo tiempo), un bovino hambriento, una fiera híbrida, un caballo indomable, en suma, en forma de recipientes o animales imposibles de llenar porque están, literalmente, “desfondados”.

Con un lenguaje no menos concreto y visual, las palabras que se utilizan para referirse al consumo de drogas proponen algunas asociaciones de ideas que expresan esta misma mirada. Pincharse con heroína, en italiano, se dice *bucarsi*, “agujerearse”. Para sentirse “hinchado como una vaca”, el drogadicto se raja la piel. En ella, se introduce, se precipita una materia fluida que ocasiona goce. El cuerpo se vuelve abismal, lo que etimológicamente significa “sin fondo”, es decir “desfondado”. El deseo se transforma en urgencia, en apremio incontrolable. En francés, ser alcohólico se dice *boire comme un trou* (beber como un agujero, es decir, sin límite). También en este caso, el placer transforma el cuerpo en una abertura, en un corredor para un líquido en movimiento. Relleno y vaciado son una misma corriente. Agujerearse, embeberse, desfondarse. Explotar los orificios naturales y practicarse otros nuevos, conectados directamente con los vasos sanguíneos, para verter en ellos sustancias que colman de bienestar. Una felicidad que puede comprarse y guardarse en el bolsillo.

Desde este marco se considera que la vulnerabilidad, como concepto aplicado a la comunidad, es la situación a la que se enfrenta un grupo determinado en un momento particular, cuando las condiciones que apoyan su desarrollo han sido reducidas, dificultándole establecer relaciones armoniosas con los otros y

participar en modificaciones constructivas del ambiente físico y social (San Martín, 1980).

Burroughs (1997) describe que el inicio en el consumo de drogas es claramente tan poco voluntario como una violación. Así cuenta cómo, en la periferia berlinesa de los años setenta, una muchacha de doce años pretende únicamente integrarse en un grupo de adolescentes, fascinada por esos casi adultos. Y un buen día sabe que ya no puede dejar de fumar hachis, de la misma forma que se deja magrear, porque es “el precio de su admisión”. Esta chica, Cristiane, habla de la droga como de una “decisión”; pero de una decisión impuesta al cabo del tiempo por la familiaridad adquirida con las drogas “blandas” (aceptadas). El consumo de drogas genera un bienestar apetecible que invita a la repetición y a la variación, domesticando y banalizando la propia idea de cualquier extrañeza inquietante. La “decisión” maduró y se adueñó de ella con la progresión tranquilizadora del hábito y la frecuencia cotidiana que hacen que las drogas se tornen paulatinamente asiduas en sus vidas.

La importancia de la temporalidad, es decir, de la percepción de la existencia en términos de tiempo modificable, conciencia de un tiempo propio del deseo que va determinando la vida, aparece como el armazón narrativo fundamental de las autobiografías de los consumidores de drogas (Sissa, 2000). Contar la historia de un hábito, de una regularidad que se hace paulatinamente repetitiva significa, en primer lugar, buscar esos momentos de discontinuidad en que el ritmo adquiere otra cadencia, cuando los días empiezan a estructurarse en función de una sola preocupación, cuando la alternancia entre períodos con drogas y períodos sin drogas resulta incontrolable, cuando el placer se vuelve analgésico. Y, si miramos retrospectivamente podríamos preguntarnos ¿cómo empezó todo?, reconocer el placer inicial y comprender la estructura negativa que se manifiesta con el tiempo supone admitir y designar esa parte de deseo que ha contribuido a iniciar el hábito, antes de ocultarse tras la necesidad. Lesourne (1984: 48), afirma que:

“... en opinión de los fumadores, los cigarrillos “mecánicos” constituyen la causa y la manifestación del malestar de fumar continuamente”, porque son mucho más numerosos, porque van asociados a un contexto desagradable y porque no se dominan, no se controlan. La mayor parte de cigarrillos no aporta, pues, placer alguno. Lo único que provocan es -si puede decirse así- algo negativo: el placer de no “estar sin”, de no ansiar un placer que se experimenta sobre todo al encenderlos.”

En esa línea argumental Ehrenberg (1995) afirma que debe contextualizarse la droga en la valoración contemporánea de la sensación y del cuidado de uno mismo. El consumo de drogas obedece a una búsqueda de la sensación pura. Y es muy cierto: la cultura musical y televisiva, después de la revolución de los estilos de vida de los años sesenta, exalta la inmediatez, el *feeling*, las vibraciones de la presencia.

Marcuse (1969) y Herbig (1983) entre muchos otros, han destacado cuán poco idílicos y cuán altos han sido los costes en dolor y enfermedad que hemos pagado los seres humanos viviendo en un contexto histórico en el que los fines señalados por la cultura son, en la medida en que se fundan en la competitividad, el rendimiento y el consumo creciente de mercancías, irrealizables para la inmensa mayoría de sus partícipes. Al respecto Herbig (1983) afirma que, aparentemente, el desarrollo económico está legitimado por los deseos de los consumidores, pero esta afirmación no va más allá de la caja de los comercios y quebraría si se pusiera al descubierto los mecanismos de manipulación. Se constataría entonces que los consumidores, supuestamente autónomos, no son sino elementos pasivos del ciclo de reproducción económica.

En este mismo sentido se pronunciaba Izquierdo (1989), cuando decía que el grado de poder hegemónico de una sociedad se puede medir por la capacidad de implantar en personas y en naciones la estructura de necesidades que esa sociedad ha creado. Una característica fundamental de los seres humanos resulta, pues, ser no tanto la capacidad que tienen de satisfacer como la de producir necesidades.

Tenemos la capacidad de imaginar cosas, cómo las podemos convertir en realidad, construir lo imaginado en la forma imaginada y hacer de estas cosas, que antes no existían, una necesidad. Un ser alienado necesita lo que los otros quieren que necesite, los mismos que le explotan y someten, eso le pone en manos de sus opresores. Sus necesidades no son autónomas, no las ha inventado ni producido el oprimido; éstas constituyen la indicación máxima de que se halla sujeto a las relaciones de dominación.

En este sentido, Herbig (1983) afirma que la incapacidad del individuo para subsistir libre de conflictos se atribuye a debilidades subjetivas y no a contradicciones objetivas. El afectado puede contar con un cierto grado de solidaridad por parte de la sociedad que le da provisionalmente opciones o lo manda al médico, etc., pero en último término ha de buscar en sí mismo la culpa: los nervios frágiles, la tendencia a la depresión, la precariedad vegetativa, etc. Como se ve en el debate en torno a la sociedad del rendimiento, el engaño es practicado conscientemente. Y para paliarlo, es necesario encontrar medios que permitan poder reducir como sea ese malestar; y para ello ¡qué cosa mejor que las drogas!

El drama de la drogodependencia, en tanto que un aspecto concreto de la dependencia general, se produce porque no sólo nos interroga a título individual o porque, de un modo u otro, es un fenómeno que expresa desigualdad, sino porque, al extenderse por todas las clases sociales y de forma epidémica, nos enfrenta directamente con el grado de malestar al que ha llegado nuestra civilización. Los antropólogos comparten la idea de que, históricamente, tres fueron los usos que las sociedades dieron a las drogas: aliviar el dolor y en lo posible curar, ayudar a divertirse, servir para rezar. Por sus mismas propiedades, tan útiles para combatir la precariedad humana, los seres humanos las sacralizaron, hasta tal punto que pareció que actuaban por encima de ellos con vida y fuerza propias.

Los productos naturales originales de las drogas no se componen de otra cosa que moléculas químicas que realizan determinadas actividades en los organismos vivos. El problema no son pues las drogas, sino las condiciones

sociales y psíquicas que crean en la generalidad de los seres humanos, y de forma particularmente grave en algunos, los toxicómanos, una estructura de dependencia, ligada al uso y abuso de determinadas sustancias químicas. Acusar a las drogas de nuestros males es caer en el más vulgar remedio del fetichismo de las mercancías (Martí, 1988).

En el contexto de las sociedades industriales, frecuentemente laicas, el valor de las drogas, como vehículo de las prácticas religiosas, ha disminuido drásticamente. En lo referente a los medicamentos, es inútil recordar que el amplísimo abanico de fármacos actualmente existente dista mucho de ser la reducida farmacopea dominante hasta finales del siglo XIX. A nivel popular, y para la diversión “corriente”, la droga elegida sigue siendo el alcohol.

En estas sociedades contemporáneas, es en los marcos de la vida cotidiana donde la drogodependencia se extiende y avanza rápidamente. En el mundo del trabajo, a través de la creciente pobreza y el paro, en la anomia de las grandes ciudades. La fuerza de este avance hace que los profesionales de la salud se sientan muy importantes y hace que, muy a menudo, idealicen también los poderes de los psicofármacos para solucionar estas situaciones desagradables.

La gravedad del fenómeno se nos muestra, también, al contemplar cómo las estadísticas sanitarias avalan el uso masivo de estos productos. Hemos de introducir aquí un matiz: el uso de estos “quitapenas” menores, vehiculizados por el estamento médico, tan receptivo a los mensajes propagandísticos de las multinacionales químico-farmacéuticas, sigue sus ciclos y sus modas, guiadas estrictamente por el interés comercial. Pero sería ingenuo decir que las gentes toman psicofármacos debido a la perversidad de las multinacionales y a la esclavitud a la que éstas someten a los médicos; si las multinacionales venden es porque hay una demanda que nos remite a un principio de realidad: las gentes necesitan, como sea, tranquilizarse, combatir sus depresiones o estimularse para sostener su adscripción a los valores de la cultura del rendimiento, porque temen de forma indecible “no poder seguir” y quedarse al margen (Martí, 1996).

La consecuencia inmediata de este acercamiento global es la comprensión del fenómeno de las drogodependencias como una realidad en la que están implicados tanto el consumidor de drogas como su entorno social, que se ve confrontado con la necesidad de articular los medios necesarios para su abordaje.

El análisis del uso indebido de drogas, dentro de una comunidad, requiere fundamentalmente dos órdenes de datos: aquellos relacionados con los riesgos que facilitaron su desarrollo y los que indican las consecuencias que dicho desarrollo produce. De esta forma, mientras los riesgos muestran la probabilidad que tiene una determinada situación de provocar el uso indebido de una droga, las consecuencias o los daños, en cambio, remiten a los resultados concretos que su uso ha producido.

De esta manera, es necesario ubicar el continuo consumo abusivo de drogas en una comunidad determinada y para un momento dado. En relación con esto, definiremos el modelo que examina la tríada “individuo-sustancia-contexto” y que ha sido denominada por Míguez (1998) como “propensión individual-disponibilidad-tolerancia social” y que a continuación presentamos:

Propensión individual: la inclinación que tiene una persona por una práctica determinada, la cual puede incidir en la decisión que finalmente se adopte. Esta inclinación puede reconocer orígenes de carácter biológico (factores metabólicos, genéticos, etc.) y psicológicos (rasgos de la personalidad y conflicto intrapsíquico). Aunque autores como Madsen (1986) advierten también sobre las dificultades que existen para diferenciar objetivamente las alteraciones emocionales o neurológicas que precedieron al hábito de la sustancia, y las que fueron producidas por éste.

Tolerancia social: las contingencias o los rasgos relacionados con el marco sociocultural. Los miembros de una sociedad o de un grupo adoptan maneras similares, repetidas en el tiempo, para enfrentar y disponer de una situación una y otra vez. Estos patrones (*patterns*), definidos por Kluckhohn (citado en Míguez 1998), como los medios por

los cuales se realiza la integración del individuo, expresan diferentes relaciones entre las que están aquellas que representan lo que es considerado como “aceptable”, aunque no sea deseable, y que se toma aquí para componer la categoría denominada “tolerancia social”. Es decir, son patrones de comportamiento que implican la indulgencia hacia hábitos de abuso de sustancias psicoactivas considerando que constituyen una forma general de ser y no precisan, por lo tanto, de una censura social severa o significativa.

Esta tolerancia modela, por ejemplo, las concepciones del medio familiar y comunitario acerca del manejo farmacológico del conflicto o el estrés que de él se deriva, y sus efectos se hacen sentir sobre el campo sanitario y educativo. Por otra parte, también incluye áreas no ligadas (abiertamente) al conflicto, por medio de creencias y de normas que pautan la relación con las sustancias psicoactivas y toleran su consumo o su abuso frente a determinados eventos sociales (fiestas, celebraciones, etc.). De hecho, la estrategia publicitaria de una infinidad de productos trabaja entre los límites de estas concepciones participando también de su configuración.

En síntesis, la tolerancia social se expresa por medio de formas de relacionarse que se consideran “aceptables” de acuerdo con la circunstancia y, aunque no deseables, cuando incurren en ellas las personas no son objeto de sanción social por su grupo de referencia.

Disponibilidad: por último puede considerarse el conjunto de riesgos vinculados a la “disponibilidad” de la sustancia misma entendida como algo que está presente y al alcance de un consumidor potencial. En este caso, la existencia de la sustancia psicoactiva preparada para su uso y que influencia desde el ambiente de distintas maneras para su adquisición. Si se piensa, por tomar un caso, en la presencia de un mercado de bebidas alcohólicas de los millones de litros para algo más de cuarenta millones de personas, se puede suponer, cuando menos, su influencia activa sobre el marco normativo y referencial de la población en esta materia y otras conexas.

1.2. MODELOS DE INTERVENCIÓN: EDUCACIÓN PARA LA SALUD VERSUS DROGODEPENDENCIAS

Si nos introducimos en el complejo mundo de las teorías y los modelos utilizados o sugeridos en prevención de drogodependencias nos damos cuenta de que el modelo represivo y prohibicionista dominante en las actuaciones preventivas cuenta con una larga tradición que se ha visto reforzada por un modelo de salud patogénico, centrado en la curación y la cirugía o las medicinas que ya, los antiguos griegos reflejaban cuando rendían culto al dios Asklepios, dejando de lado el hecho de que este enfoque tenía dos caras. Los antiguos griegos dispensaban culto a Asklepios (Esculapio), dios de la salud y la curación; un dios del que, como nos recuerdan algunos estudiosos (Renaud, 1991; Greene y Simons-Morton, 1989) suele olvidarse que tenía dos hijas, Hygia y Panacea. Este olvido se ha manifestado en la persistencia dominante de la función representada por Esculapio/Panacea, es decir, en el enfoque de la salud como curación quirúrgica (Esculapio) o por medio de remedios medicinales (Panacea): el dios y su hija Panacea ayudan a la salud de los seres humanos enseñándoles a conocer y a utilizar los recursos de las plantas y los minerales para curar sus enfermedades; lo que en lenguaje actual significaría que nos ayudan a actuar tecnológicamente para remediar los males que afectan a nuestra salud. Esa búsqueda de la ‘panacea’, del hechizo o de la droga milagrosa se traduce en el mundo actual en la búsqueda de nuevos fármacos, vacunas o aparatos que faciliten el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.

La otra hija del dios, Hygia, aunque ha estado presente, ha sido olvidada o relegada por los humanos. Es cierto que ella no enseña remedios ni fórmulas más o menos esotéricas para procurar solucionar sus males. Antes al contrario, con la simplicidad de la normalidad, les enseña a seguir sanos, actuando de manera moderada y razonable en todos los aspectos de sus vidas, es decir, siendo ‘higiénicos’ y preservando la salud en vez de buscar soluciones a la salud *perdida*. Lo que encontramos en las enseñanzas de Hygia no es la utilización instrumental de unas técnicas que conduzcan a la vida saludable, sino *valores* como la moderación, la racionalidad y normas de conductas que se asemejan más a las

costumbres asumidas que al imperativo de la norma legal o religiosa (Poirier, 1991), es decir, “aquellas formas de conducta que están reguladas por el *ethos*, elemento implícito, pero no por ello menos obligatorio, para las formas de conducirse en la vida”, es decir, para establecer estilos de vida saludables. Este modelo llamado salutogénico es utilizado por el modelo promocional de la salud en intervención en drogodependencias. Ambos conceptos clásicos son necesarios, la moderación y el aprendizaje preciso para poner el consumo de drogas a nuestro servicio; sin embargo, estos conceptos clásicos en nuestra sociedad actual se han transformado, llevando a su extremo más puro el modelo patogénico, sobrevalorando el consumo de drogas, que nos ha hecho caer en las garras de la dependencia, donde el servido ha pasado a ser servidor.

De este modo, en la actualidad conviven dos modelos básicos de salud que interaccionan y se reformulan constantemente: el *modelo patogénico* y el *modelo salutogénico* (Polaino Lorente, 1987, citado por García, Sáez, y Escarbajal, 2000), de los que a continuación presentamos sus rasgos fundamentales:

- a) El *modelo patogénico* se caracteriza por los siguientes rasgos definitorios, que se desprenden de una apreciación descontextualizada de la enfermedad y de una visión individual de los problemas de salud, centrada en la génesis de la enfermedad:

Introduce la dicotomía sano-enfermo, como elementos excluyentes.
Focaliza la génesis de la enfermedad en factores patogénicos individuales, dejando de lado los factores causales, especialmente ambientales, que no considera pertinentes.

Al operar sobre la alteración de salud misma, impide conocer la génesis total de las situaciones que conducen a la enfermedad.

Renuncia a tratar los factores difusos de la enfermedad, porque su naturaleza ambigua y la variedad de sus efectos (por ejemplo, el estrés) impiden una catalogación patológica estricta.

Minusvalora la importancia de los factores conductuales, incluso si esos hábitos o conductas aparecen como responsables de la patología.

Aun cuando vincule las conductas patógenas a las enfermedades, su actuación se limita a los síntomas patológicos, desentendiéndose de los síntomas de salud.

Espera la aparición de los problemas de salud para intervenir.

El usuario es un consumidor pasivo de los servicios que se le prestan para restaurar su salud.

- b) Por otra parte, el *modelo salutogénico* responde a los siguientes rasgos definitorios que apuntan en la dirección de un enfoque más general y una mayor atención a los factores que rodean la génesis de la salud:

Se interesa por las condiciones generales implicadas en la salud, relativizando los factores de los que depende la enfermedad.

Busca anticiparse a la enfermedad, estableciendo las estrategias comportamentales más adecuadas para reforzar la salud.

Pretende la adaptación de las conductas a las circunstancias patogénicas, cooperando con ellas para desactivar su virulencia, especialmente cuando son inevitables.

La adaptación al medio es el modo de mantener la salud o de hacerla posible.

La generación de la salud implica una actuación simultánea sobre los individuos y la comunidad, entendiendo a esta última como el medio idóneo para el desarrollo de las condiciones facilitadoras de la salud individual.

Sale al encuentro de los problemas, intentando anticiparse a su aparición.

Exige la participación del usuario en el establecimiento de las condiciones que garantizan la salud. Sin los destinatarios, la génesis y la promoción de la salud es inviable.

Probablemente, la cuestión no consista tanto en eliminar el modelo patogénico, que sigue siendo aplastantemente mayoritario en nuestra sociedad, como reducir los efectos de sus aplicaciones en la eliminación de la enfermedad sobrevenida, posibilitando así un modelo de salud más vinculado a la producción de los intereses de la salud que a la generación de enfermedad para producir interés (Neri, 1987). En torno a las bases del modelo salutogénico se define el nuevo paradigma de la salud, en el que se incide en los valores individuales y sociales: se trata de configurar sujetos autónomos y activos implicados en la gestión de su salud y donde la enfermedad es vista como un proceso de falta de armonía, siendo el cuerpo y la psique un continuo. La prevención, bajo este modelo, engloba la totalidad de los aspectos de la vida: trabajo, relaciones humanas, motivaciones, autoestima, sexualidad, cuerpo-psique, espíritu...

El modelo salutogénico nos lleva a incrementar nuestra salud, no a buscar los factores de riesgo. Esta forma de concebir la salud es diferente del modelo dominante y, por tanto, de lo que hasta ahora se ha entendido por salud, ya que no se centra en la enfermedad. Este enfoque diferente de entender nuestra salud, defendida ya por la OMS en 1948, no sólo ha de enfrentarse a la resistencia al cambio necesario para que se traduzca en acciones prácticas, sino que implica muchos esfuerzos por parte de todos, y tiene su apoyo en la promoción de unos valores morales que, aunque últimamente se escuchan por todas partes, no encajan muy bien en nuestra cultura neoliberal, engarzada en la sociedad del consumo; lo que más bien contribuye a dificultar las posibilidades de cambio de modelo y a hacerlo más lento, ya que el consumismo se apoya en promover una continua búsqueda (necesidad) de cosas externas a nosotros, e integrarlas en nuestras vidas, olvidando que pueden hacer más cómoda nuestra vida con aquello que nos ofrecen, pero, a la vez, nos hacen ser más dependientes.

La Educación para la salud apuesta por un modelo educativo que promueva la salud, en contraposición al modelo dominante hasta el momento, el modelo médico-curativo basado en la enfermedad. Con la Educación para la salud se recupera aquel olvido que se produjo en la antigüedad recobrando así la confianza en las personas, para no tener que recurrir a recursos externos ante la aparición de

cualquier dificultad o contratiempo, sino favoreciendo el actuar desde sus vidas, día a día enfrentándose a aquello que son, reconociendo sus posibilidades y sus límites.

Es posible que los comportamientos no saludables o insanos de muchas personas se deban a la ignorancia que se tiene sobre la salud, sus condicionantes y su vinculación a los modos de vida. Por ello entendemos que la salud está vinculada a comportamientos que pueden conocerse y aprenderse. Sin olvidar que el aprendizaje de estos comportamientos referidos a la salud no dejan de ser una construcción social y cultural.

Como han afirmado García, Sáez y Escarbajal (2000), la Educación para la salud se sitúa en la intersección de diversos aportes teóricos y prácticos que la configuran, en ese sentido, como una disciplina y una práctica profesional ecléctica. De este modo recibe ideas, teorías y métodos procedentes de muchos otros campos de conocimiento y de acción, entre los que podemos considerar como los más importantes las ciencias de la conducta, las ciencias de la salud y de la comunicación, las cuales a su vez hunden sus raíces en muchos otros componentes de las Ciencias Humanas (política, filosofía, economía, historia y ciencias biomédicas).

La acción educativa para la salud coincide, pues, con los planteamientos de orden teórico y prácticos sustentados por la reflexión pedagógico social. La Educación para la salud responde a la exigencia de cubrir y prevenir las necesidades sociales en el terreno de la salud y de la calidad de vida mediante su detección y la aplicación de medios educativos; para ello recurre a los métodos y a los constructos teóricos que se han ido poniendo en pie desde la Pedagogía social, en la perspectiva de contribuir a la creación de las condiciones que cubran las necesidades de origen individual y social teniendo como meta la autorealización de los individuos y de las colectividades, es decir, para que todos podamos acceder a un nivel de vida de calidad.

Es preciso reconocer que para satisfacer estos objetivos se requiere más de una acción educativa *con y desde* la sociedad por parte de los agentes socioeducativos, que de una acción educativa intervencionista sin ella o sobre ella. Desde esta perspectiva, la tarea socioeducativa debe transitar desde un registro asistencial a otro de capacitación, y es ahí donde reside el profundo cometido pedagógico de la acción educativa para la salud. Mollenhauer (1986) considera que, a través de tal acción, las personas con necesidades pueden alcanzar una situación que les posibilite desarrollar su vida de manera autónoma y les permita enfrentarse conscientemente a las situaciones de necesidad que padecen, con el objetivo de mejorar sus condiciones de existencia en todas sus dimensiones.

El enfoque que anima esta orientación consiste, por tanto, en desarrollar las capacidades de acción de la población ante las problemáticas que le afectan en todos los planos (individual o comunitario), siendo su objetivo último el de conseguir que la población cuente con las herramientas necesarias para impulsar su desarrollo social e individual y la mejora de sus condiciones de vida.

Así, la Educación para la salud puede contribuir a la reconstrucción del tejido social, favoreciendo el acceso de las poblaciones más desfavorecidas a sistemas de apoyo y redes sociales y desarrollando intervenciones y estrategias en el propio contexto social que produzcan efectos positivos sobre la salud y el bienestar, mediante la generación de cambios positivos en la salud y en el ajuste psicosocial de esas comunidades, especialmente es ahí donde se detecta que se produce un rechazo o un no acceso a los servicios de salud ofrecidos por profesionales e instituciones. En este sentido, Gracia (1997: 98), ha señalado que:

“... la comunidad, como sistema geográfico y social, actúa como un elemento de conexión entre la familia y la estructura social más amplia y es, así mismo, el vehículo a través del cual tiene lugar la socialización, el control social, la participación social y la ayuda mutua. Cuando una comunidad cumple estas funciones facilita a la familia el desarrollo y ajuste adecuado, sin embargo, cuando estas funciones no se cumplen, se incrementa un clima de riesgo social”.

En definitiva, la Educación para la salud se preocupa del hecho de que llevar una vida saludable es cuestión, hasta cierto punto, de hacer elecciones. Las personas necesitan desarrollar actitudes y valores que les capaciten para realizar elecciones que sean válidas para promover estilos de vida saludables. Proporcionar los medios para hacer estas elecciones es un objetivo ambicioso, alcanzarlo forma parte del amplio objetivo educativo de preparar a las personas para participar entera, eficazmente y con confianza como ciudadanos responsables.

Como ha recogido Serrano (1997: 32), “son estructuras organizativas muy importantes las que levantan la voz a favor de la Educación para la salud”. En octubre de 1991 los representantes de los estados miembros de la UE reunidos en Lúbeck (Alemania), redactaron un documento con los principios básicos para prevenir el uso indebido de drogas en la escuela ante el incremento preocupante de su consumo y las consecuencias sanitarias y sociales de éste. Después de analizar los documentos que presentaron los escoceses Young y Williams (1989), consultores europeos para la Educación para la salud, determinaron que una prevención del uso indebido de las drogas mediante la Educación para la salud es apropiada en la escuela. Desde entonces hasta ahora, se ha producido una avalancha de acontecimientos y lugares para la reflexión, un ejemplo de ello es la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES) que nació en Francia en 1951, gracias a la influencia de pioneros de la Educación para la salud social como León Bernard, Jacques Parisot, Lucien Viborel, Pierre Delore, Clair Turner y de Giovanni Canaperia.

La sociedad española también ha concedido una gran importancia a la salud entendida desde este nuevo enfoque, tal y como se ha plasmado en el estudio realizado por Megías (2000b), en el que se recoge una tabla con las respuestas dadas a la batería de ítems que miden la importancia que conceden los españoles a una serie de valores, analizando las respuestas dadas a cada uno de los ítems separadamente. Los resultados de este trabajo queda, sintéticamente reflejados en la tabla nº1:

Tabla nº 1: Importancia concedida a diferentes sistemas de valores

Máxima importancia

Puntuación concedida del 1 al 10.

(de menor a mayor importancia)



Buenas relaciones familiares (8,5)

Búsqueda del bienestar (salud, vida sexual, laboral) (de 7,7 a 8,2)

Vida cotidiana gratificante (de 7,0 a 7,7)

Orden social (de 7,3 a 7,5)

Altruismo, preocupación por los otros (de 6,1 a 6,5)

Autonomía, presentismo (de 4,9 a 6,8)

Religión y política (de 4,0 a 4,4)

Mínima importancia

Fuente: Mégias (2000b).

En esta tabla es de destacar que, en una escala del 1 al 10, donde el valor 10 es la puntuación máxima concedida, el ítem “mantener y cuidar la salud” tiene una puntuación de 8,22, colocándose en segundo lugar después del ítem “tener unas buenas relaciones familiares”. Inmediatamente después, en el *ranking* de dimensiones valorativas relacionadas con la propia vida, encontramos una serie de aspectos, aparentemente heterogéneos, como “tener éxito en el trabajo”, “ganar dinero” y “tener una vida sexual satisfactoria”. Bajo esta heterogeneidad, sin embargo, se encuentra el denominador común de la búsqueda del bienestar, aunque en diferentes ámbitos de la vida (el laboral, el económico, el de las relaciones sexuales y una buena salud). Esto confirma la importancia que se le concede, cada vez mayor, al nuevo concepto de salud, que no se limita a la enfermedad, sino que tiene una dimensión global y ecológica. Y que nos posiciona ante una actitud positiva para considerar a la Educación para la salud como una herramienta potencialmente poderosa para que, los individuos y colectividades de nuestras sociedades, introduzcan en sus hábitos estilos de vida saludables y mejoren, por tanto, sus condiciones de vida.

1.2.1. Modelos teóricos en Educación para la Salud

Ciertamente, la Educación para la salud no parte de cero, sino que al incorporarse a un campo de actuación con historia propia, se ve obligada a reflexionar y tomar postura respecto de las grandes tendencias que en él existen, siendo consciente de que, más allá de su consistencia o inconsistencia, de su acierto o fracaso, todas las orientaciones se reclaman como parte integrante de los esfuerzos para lograr el bienestar de los seres humanos. Así, en la actualidad podemos destacar tres grandes tendencias en el campo de la salud, no todas coincidentes con los supuestos de la Educación para la salud:

La tendencia curativa

La tendencia preventiva

La tendencia promocional

De acuerdo con los postulados derivados de estas tendencias históricas se han configurado diferentes modelos de salud que, en forma comparativa, recogemos en la tabla nº 2 elaborada por García, Sáez y Escarbajal (2000), donde vienen resumidas las características que definen cada tendencia. Tal y como se observa en la tabla podemos identificar que se basan en los modelos que hemos presentado en el capítulo anterior (patogénico y salutogénico), así afirmamos que las tendencias curativa y preventiva coinciden en lo esencial con los postulados del modelo patogénico y que la tendencia promocional se fundamenta en los principios del nuevo modelo de salud (salutogénico).

Tabla nº 2: Contraste de las tendencias de salud

ESQUEMA DE CONTRASTE DE LAS TENDENCIAS DE SALUD			
ELEMENTOS DE COMPARACIÓN	TENDENCIA CURATIVA	TENDENCIA PREVENTIVA	TENDENCIA PROMOCIONAL
1. Usuario	Individuo	Individuos y población	Grupos de población
2. Iniciativa	Enfermo	Servicios de salud y educativos	Políticos, profesionales y comunidad
3. Posibilidad de elección	Amplia	Restringida	Restringida
4. Acceso	Difícil	Fácil	Fácil
5. Asistencia	Episódica	Periódica	Continuada
6. Continuidad	Mínima	Mínima	Alta
7. Actitud del usuario	Obediencia y sumisión	Acción individual y grupal	Participativa
8. Actitud de los profesionales	Aristocrática y tecnocrática	Tecnocrática	Democrática
9. Técnicas	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Consejos	Investigación y control de las enfermedades. Información y persuasión	Identificación y solución de los problemas percibidos. Educación y cambio social
10. Enfoque	Individual. Hipótesis unicausal Búsqueda de la certeza	Social/grupos sociales. Hipótesis multicausal. Búsqueda de la certeza	Comunitario, familiar, grupal e individual. Hipótesis multicausal. Tolerancia a la incertidumbre
11. Característica	Relación mercantil (prestación de servicios). Estrategia reactiva	Servicio Público. Recursos individuales	Servicio Público. Autonomía de acción individual y comunitaria
12. Financiación	Directa para el usuario	Presupuesto público. Recursos individuales	Presupuesto público. Recursos comunitarios
13. Evaluación	Atención al enfermo	Evitación de enfermedades	Problemas resueltos. Aumento calidad de vida
14. Juicio de valor	Calidad	Coste-eficacia	Mejora y desarrollo de la comunidad
15. Tendencia ideológica	Liberal	Tecnocrática	Democrática radical

Fuente: García, Sáez y Escarbajal (2000: 91)

Por su parte, Costa y López (1996) entienden que las tendencias señaladas se han plasmado esencialmente en dos concepciones de la salud, de acuerdo con las pautas de conducta que definen el papel que cumplen los técnicos y usuarios en su relación, y que ellos denominan como concepción individualista y como concepción comunitaria y cuyos referentes se exponen en la siguiente tabla:

Tabla n° 3: Concepciones de la salud

CONCEPCIONES DE LA SALUD		
Tipo de concepción	Individualista	Comunitaria
Técnico	Es la autoridad competente. Es el único que puede opinar. Es el único que puede dictaminar. Utiliza un lenguaje técnico para iniciados. Espera a los usuarios.	Es un “asesor” de la comunidad. Utiliza un lenguaje asequible y técnicas pedagógicas. Elabora con la comunidad las medidas y planes de salud. Busca a los usuarios.
Usuario	Es un lego. No puede opinar ni sugerir. Obedece y debe seguir las prescripciones del técnico. Busca el servicio (cuando está enfermo).	Es un “entendido”. Puede aprender. Puede opinar y sugerir. Controla y desarrolla competencias de autovigilancia y cuidado.

Fuente: García, Sáez y Escarbajal (2000: 92)

Desde nuestro punto de vista, el modelo educativo para la salud más adecuado será el que permita una educación activa y capacitadora que haga que los sujetos asuman sus propias responsabilidades, interviniendo activamente en el proceso de generación de conocimiento y de acción práctica sobre las condiciones que afectan a su salud. Lo que, por otra parte, repercutirá decisivamente en su configuración como agentes activos de salud. Esto significa que la comunidad debe implicarse activamente en la búsqueda y definición de sus necesidades y de sus prioridades, así como, en la elección de las estrategias conducentes a la mejora de sus condiciones de salud, de las acciones para conseguirlo y de la valoración de los resultados obtenidos con su praxis en torno a los comportamientos y hábitos personales de salud.

La Educación para la salud la consideramos inserta en el contexto de la totalidad de recursos de que disponen las comunidades para mantener y potenciar su salud. Por tanto, facilitar la adopción de conductas que favorezcan el desarrollo individual y social de los individuos representa la tarea fundamental de la Educación para la salud en relación con los determinantes de la salud. Los hábitos personales son, junto a los factores ambientales, los principales determinantes de

las condiciones de salud. De este modo, junto a la mejora de una extensa variedad de factores ambientales, la adopción de conductas personales favorecedoras de la salud aparece como la mejor manera de avanzar en la reducción de una buena parte de los factores de riesgo para la salud. Por ello, la actividad educativa para la salud intenta crear las condiciones y generar las habilidades que permitan desarrollar voluntariamente hábitos y prácticas valiosas para el bienestar de las personas y sus comunidades.

Las diferentes formas de entender la Educación para la salud se han plasmado en los diferentes modelos de intervención en Educación para la salud que han defendido prácticas diferentes y que recogemos, a modo de resumen, a partir de la clasificación efectuada por Serrano (1990), citada en García, Sáez y Escarbajal (2000):

Tabla nº 4: Modelos de intervención educativa para la salud

CONTRASTE DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA SALUD			
	MODELO INFORMATIVO	MODELO PERSUASIVO MOTIVACIONAL	MODELO POLÍTICO-ECONÓMICO-ECOLÓGICO
Concepto de salud	Ausencia de enfermedad	Objetivo vital	Recurso vital
Análisis de la realidad	Elude el papel de los condicionantes ambientales (físico y sociales)	Se orienta por las normas sociales dominantes. No considera los efectos medioambientales	Hace hincapié en el efecto de los factores sociales y del entorno físico en la salud
Objetivos	Proporcionar información: el que aprende interioriza normas de higiene y conducta	Hacer que el aprendiz adquiera las habilidades que otros consideran beneficiosas para la salud	Desarrollar la capacidad de análisis y actuación (habilidades) del que aprende para participar en la generación de salud
Metodología	Transmisión de conocimientos, normas y valores. Paternalismo	Persuasión para que se asuma la nueva conducta. Conductismo	Participación e intercambio colaborativo. Aprendizaje contextual
Práctica educativa	Proteccionista. Unidireccional	Unidireccional. Controlada tecnológicamente	Bidireccional. Búsqueda de la autonomía de las personas.
Papel del profesional	Prescriptivo. Es quien decide como experto	Controlador del proceso de aprendizaje	Mediador con la comunidad
Papel del educando	Obedecer. Pasivo. Responsable de la mala conducta de salud	Pasivo en la determinación del conocimiento. Activo en el ajuste a lo prescrito	Participativo. La acción educativa no tiene sentido sin él que es el verdadero protagonista

Fuente: García, Sáez y Escarbajal (2000: 104)

Desde nuestra apreciación, lo esencial en Educación para la salud reside en la organización y la puesta en marcha de procesos de aprendizaje capaces de ayudar a los individuos y comunidades a saber ser, a saber elegir y a querer hacer, en otras palabras, a ser autónomos; y de los modelos presentados el que nos permite intervenir con estos objetivos es el Político-económico-ecológico.

Es importante tener presente el engranaje en el que se mueven cada uno de los modelos anteriormente expuestos, ya que más adelante relacionaremos éstos con los modelos con los que puede discriminarse el tipo de intervención en el terreno de las drogas.

1.2.2. Modelos básicos de Intervención en Drogodependencias

Una vez vistos los modelos básicos de intervención en Educación para la salud vamos a referirnos a los modelos básicos de intervención en drogas. Para entender cómo se ha articulado la droga como problema en nuestras sociedades, tenemos que analizar los distintos modelos que existen y que la definen, cada uno de ellos desde una óptica diferente. Estas definiciones están articuladas a ciertos valores y con diferentes visiones del mundo. Además, los distintos paradigmas están relacionados con formas de gestión, de producción, de comportamiento y normas, preparación de profesionales y expertos, instituciones, etc. Los modelos teóricos, en tanto que instrumentos conceptuales, se agrupan en función de la prioridad que se dé a cada elemento que interviene en la cuestión de las drogas: la persona, la sustancia y/o el contexto.

Conviene conocer los modelos de intervención en drogas, ya que determinan y se relacionan con las actuaciones, con las recomendaciones, con las medidas encaminadas a modificar su uso (Nowlis, 1975) y con los discursos sobre las drogas, o, en su caso, a ofrecer supuestas soluciones al “problema”. Así, por ejemplo, si el objetivo es alejar las drogas ilegales de los usuarios, las intervenciones vienen siendo punitivas fundamentalmente y desde el poder legislativo. Si lo que se persigue es que las personas tengan recursos suficientes para vivir con las drogas sin que éstas constituyan un problema, entonces las

medidas se basarán en generar estilos de vida saludables. Hay un aspecto histórico que subyace en la mayoría de los modelos que está bastante arraigado en la historia y en nuestro tiempo, nos referimos a aquel conjunto de formulaciones que sitúan el tema de las drogas como un problema social.

Puede aceptarse como definición de modelo la ofrecida por la OMS (1983): *“conjunto de relaciones entre elementos claves en una estructura o un proceso que se pueden generalizar y aplicar a otras muchas situaciones y procesos similares”*. Cada modelo se corresponde con una estrategia de intervención y con la misma organización de redes asistenciales; sin embargo, cuestiones como las suscitadas por las derivaciones profesionales suelen combinar elementos propios de distintos modelos, siendo difícil encontrar modelos puros o intervenciones unívocas en tales modelos de actuación profesional. Los modelos que se han ido desarrollando para hacer frente al consumo de drogas son básicamente los siguientes:

a) Modelo Penal

La definición del concepto unificado (y estigmatizado) de las drogas, hegemónico aún en la actualidad, se origina durante los años del cambio del siglo XIX al XX en EE.UU., con el inicio del control del opio en Filipinas, según las pautas de lo que será el paradigma prohibicionista, y también durante los años de la primera Gran Guerra en Europa, y puede seguirse a través de los principales convenios internacionales que fiscalizan determinados productos, ocasionando la criminalización de sus consumidores. Este modelo está basado en una apreciación de tipo jurídico-represiva en la que todo lo relacionado con las “drogas”, a través de sus leyes y sus reglamentos, se trata bajo el prisma del delito, lo que produce no sólo la criminalización y la estigmatización de sus consumidores, sino también la creación de un mercado negro cada vez más potente, así, como desde la otra orilla, la creación, ampliación y especialización de cuerpos policiales y burocráticos (Romaní, 1999). Con ello se ha ido construyendo un poderoso sistema de control social, con facetas formales e informales, basado en la figura del “drogadicto” como chivo expiatorio. Este modelo se basa, como han puesto de manifiesto Arana y Vega (1998: 25-26), en la idea de que las drogas no legales en nuestro medio

deben quedar fuera del alcance de la población, “*se presupone que la droga es mala y la persona, la víctima, es alguien a quien hay que proteger con medidas legislativas sobre la producción, distribución, venta y posesión de estas sustancias*”. Algo que ya a finales de los años 70 adquirió una preponderancia significativa en la generación de las percepciones sociales sobre las drogas.

Las medidas de actuación para el control de las drogas disponibles se basan fundamentalmente en el aumento del precio, el castigo (o la amenaza de castigo), la información sobre sus efectos nocivos o peligrosos, suponiendo que de este modo se evitará la adopción de conductas prohibidas. En suma, la fundamentación del modelo es más cultural que científica, sin ninguna correspondencia con la realidad de las drogas, es decir, las sustancias prohibidas aquí y hoy, y que no son las aceptadas culturalmente (legalmente) son malas y hay que evitar su consumo. El consumidor, dependiente o no, se convierte, por esa vía, en delincuente. A su vez, la población, que sufre las consecuencias por el incremento de delincuencia, demanda mayor protección y atención, generándose numerosos recursos específicos públicos y privados, y en muchas ocasiones sin que éstos mantengan ningún lazo con la promoción de la salud.

Los profesionales relacionados con la ley –jueces y policías- son considerados como los más aptos para desarrollar y mantener el modelo, con una clara tentación: la institucionalización de las soluciones represivas y de la ambivalencia de los fundamentos prohibicionistas.

Como han señalado Baselga *et al.* (1980), este modelo sigue siendo predominante entre la población, y en la presentación que del tema de las drogas hacen la mayoría de los medios de comunicación, asociado permanentemente al delito. Sin embargo, la criminalización suscitada por el modelo represivo favorece la rentabilidad de los negocios realizados clandestinamente con drogas, ya que al amparo de este modelo penal emerge el mercado negro sobre el que se desarrolla la primera mafia americana y, más tarde, las redes ilegales de producción y comercialización que ahora conocemos como “el narcotráfico”. Sin olvidar, además, las lagunas del derecho internacional, la incriminación arbitraria o con

finalidades políticas o intimidatorias, el deficitario tratamiento penitenciario, o incluso las imprecisiones de la determinación de conductas delictivas (Arana y Márkez, 1998).

Resulta más fácil aplicar medidas de fuerza ante cuestiones que no entendemos o no queremos entender. Sin embargo, el transcurrir de los años y las dificultades generadas con este modelo viene propiciando, cuando menos, cambios en la reflexión y en el análisis de las realidades que rodean el mundo de la droga.

b) Modelo Médico

Trata el consumo de drogas como si fuera una enfermedad infectocontagiosa. La medicina entiende el fenómeno del uso de drogas siguiendo el modelo patológico (Salazar, 1996). Las diversas sustancias psicoactivas asumen el papel más importante, teniendo en cuenta, sobre todo, las consecuencias que éstas provocan en la salud de la persona. La persona consumidora de drogas se convierte en el enfermo que necesita atención terapéutica por parte de los profesionales sanitarios.

Este modelo, a pesar de existir previamente al modelo penal adquirirá una progresiva importancia a partir de la constatación empírica del fracaso del modelo represivo (Romaní, 1999). La intervención médica tenía un papel central, que quedó un tanto relegada a causa de la importante presencia social que fue adquiriendo el modelo anterior. Pero ya, hacia el inicio de la década de los setenta, fue surgiendo con fuerza la idea de que el “drogadicto” no era tanto un delincuente como un enfermo al que, por lo tanto, había que diagnosticar, prescribir y tratar como a cualquier otro enfermo e introducirlo en los dispositivos médicos que implicaban su institucionalización, como enfermo primero, como convaleciente más tarde y, en algunos casos, se le ubicaría a medio camino entre una modalidad de reinserción y la manifestación de una cierta cronicidad, otorgándole un nuevo rol social como “extoxicómano”.

Con este modelo, se ponen en práctica medidas de exclusión de los consumidores para impedir que “infecten” a otras personas: una “vacunación” informativa a la población sobre los terribles riesgos que acompañan el consumo de drogas. Prevención y tratamiento médico son los instrumentos, frente a la elevada morbimortalidad de la población adicta y frente a la adicción a distintas sustancias. Así y todo, las intervenciones curativas del terapeuta se apoyan más en la prescripción, consejo e información que en la escucha personalizada (Fabregas, 1988).

En este modelo es el fármaco el elemento central y casi exclusivo de la intervención asistencial. Pero la drogodependencia es un fenómeno de difícil definición conceptual y de resolución práctica para todo tipo de drogas, no siendo igual en un contexto cultural u otro, ni en una época u otra, e incluso siendo a veces un prejuicio social. Si además, como ha afirmado Magri (1996), la divisoria entre salud y enfermedad no es algo objetivable, podemos estimar lo impreciso que resulta diferenciar al dependiente del no dependiente de una sustancia, sin olvidarnos de la diversidad entre las personas adictas, con procesos y grados de adicción muy diferentes.

Como ha señalado Romaní (1999), con la definición de este conjunto de rasgos como un síndrome clínico lo que se consigue es:

Dar a las afirmaciones que componen dicha definición la categoría de verdades científicas, en lugar de opiniones morales condicionadas históricamente.

Inducir a la estigmatización de los sectores sociales que más consumen estas sustancias, que en nuestras sociedades han sido los jóvenes, lo que ha puesto las bases para una posible carrera desviante a partir del etiquetamiento como “drogadictos”.

Permanecer en la ignorancia de la diversidad que existe en torno al tema de las drogas supone, no sólo un empobrecimiento en torno a su conocimiento, sino que también el que se propongan y se realicen intervenciones sociales totalmente sesgadas.

El simplismo de elevar a categoría de síndrome universal una serie de características que, por ejemplo, podemos asociar o no al uso de la marihuana, puede impedir que se aprecie en un comportamiento expresivo como el que indica el consumo de drogas como lo que muchas veces es: el intento de comunicar ciertos malestares, cuando este uso interfiere en otras actividades de la vida. Y si esto se diera de forma socialmente relevante, lo que habría que hacer sería buscar las razones de por qué una parte de la sociedad tiene esa actitud, en lugar de “esconder la cabeza bajo el ala” con fáciles expresiones que, además de culpabilizar a quien se identifica como consumidor de drogas, impiden intervenir sobre los problemas de fondo, dejándolos intactos.

En la creación de este segundo modelo fue decisiva, como ha señalado Romaní (1999), la figura de L. Lewin, quien, desde finales del siglo XIX y, sobre todo, en las primeras décadas del siglo XX, desde su gabinete farmacológico y antropológico elaborará -tanto a partir de su trabajo clínico con morfinómanos, como de las informaciones sobre usos de drogas recogidas de viajeros de distintas partes del mundo- los principales conceptos que, todavía hoy en día, sirven para definir el fenómeno desde un punto de vista “científico”: dependencia, tolerancia, abstinencia, clasificaciones de los distintos tipos de drogas a partir de sus efectos farmacológicos, etc.

Coincidimos con Arana y Vega (1998) cuando afirma que los modelos jurídico-represivo y el médico-sanitario representan los inicios del abordaje del fenómeno a principios de los años 80, y que con muchos de sus conceptos claves se formaron los primeros profesionales y se organizaron los primeros equipos asistenciales.

Aunque estos dos modelos se presentan a veces como alternativos, en realidad sus formas de articulación en los distintos contextos sociales y culturales son complementarios, al tiempo que son los que defienden las ideologías y las prácticas dominantes actualmente en el campo de las drogas. Ejemplo de ello sería la redacción del primer Plan Nacional sobre Drogas (1985), en el que nos

encontramos con una integración de concepciones basadas en ambos modelos, aunque quizás haya un cierto predominio de la óptica médico-sanitaria, al menos teórica.

c) Modelo Sociocultural

Para este modelo, la complejidad y variabilidad del contexto socio-cultural en el que se sumerge el fenómeno de las drogodependencias se pone de manifiesto en la presencia del trío personas-drogas-contexto. El sentido de las drogas viene determinado, no por sus propiedades farmacológicas, sino por la forma en que una sociedad define su consumo y reacciona ante los consumidores.

En muchos casos, la articulación de los modelos penal y médico ha supuesto, como veíamos antes, una doble estigmatización para ciertos usuarios dependientes o no. También es cierto que, en estos últimos años, se han presentado incompatibilidades entre el modelo penal y el médico que pueden significar un cuestionamiento de ambos modelos, pues el enfoque penal que se da a la intervención para la gestión de problemas de salud pública no era (ni es) el más adecuado y resulta, en definitiva, muy caro y poco eficaz. Desde el segundo modelo, además, se plantea el dilema de tener que medicalizar a toda la “sociedad intoxicada”; pero incluso de esta manera, nada asegura el éxito desde el punto de vista estricto de la salud de la población. Como han señalado Edwards y Arif (1981), el problema se sitúa entonces en una óptica en la que los componentes socioculturales adquieren un relieve determinante.

El tercer modelo, que se da también articulado con los dos anteriores, es el modelo sociocultural, y siguiendo las afirmaciones de Romaní (1999), tenía sus bases en los estudios de los etnobotánicos de los años treinta y cuarenta (Heim, 1958; LaBarre, 1938), principalmente sobre distintas drogas en sociedades “primitivas”, y en las monografías antropológicas que, centradas principalmente sobre alucinógenos y el complejo sistema chamánico, se desarrollaron ya hacia la década de los sesenta (Lévi-Strauss, 1964 y 1979; Harner, 1976). Así mismo, aunque de manera muy lenta, a partir de finales de los años cuarenta empiezan a haber algunos estudios etnográficos y socioantropológicos sobre distintas drogas,

no sólo en las “sociedades primitivas”, sino también en las de tipo urbano-industrial.

Toda sociedad se percibe a sí misma, y percibe a las otras sociedades y al mundo en general a través de la pantalla de valores y creencias dominantes en ella, es decir, de los diferentes paradigmas en los que podemos situar un sistema de referencias que llamamos código cultural. Valores y creencias que tienden a ser congruentes con los mecanismos de reproducción, y que exigen, en este sentido, un cierto grado de eficacia. Nos referimos al proceso de gestación histórica a través del que van surgiendo el consumo de drogas en las sociedades occidentales y las líneas de fuerza de las concepciones dominantes sobre las mismas. Situándonos en el marco de unos contextos socioculturales determinados, que condicionan tanto las formas de uso de las drogas (momentos propicios para tomarlas, dosis, compañías, posibles rituales, distintas técnicas y “saberes” referidos a cada droga, etc.), como las expectativas culturales que las acompañan; elementos que se entienden mejor, ellos y sus relaciones, en el marco de un código cultural determinado.

Como Arana y Vega (1998) ha afirmado, en este modelo se habla de “cultura de drogas”, como sistema de valores que alcanza a los que incluso nunca han utilizado las drogas. Las personas en ocasiones “necesitan” consumir drogas para modificar su conciencia, aliviar el dolor o mejorar los trastornos endógenos.

Si el consumo de drogas está determinado por factores socioculturales, las medidas frente a él se orientan a los aspectos sociales que adapten a la persona y a sus necesidades, y permitan el cambio sociocultural. Y si, además, el consumo de diferentes drogas varía, según culturas y subculturas, las medidas de intervención van encaminadas a crear otra cultura con rasgos normalizantes, configurando una “cultura positiva de las drogas” con propuestas antiprohibicionistas que confluye con los postulados de una política prudente que podría, si no solucionar el problema, sí evitar sus consecuencias no queridas (Lamo de Espinosa, 1983).

Este modelo, que introduce elementos culturales ignorados en anteriores modelos, señala al entorno cultural como factor determinante del tipo de drogas consumidas así como las formas de consumo. Es probable, incluso, que el uso de drogas ilegales sea una de las características específicas de las sociedades modernas. La crítica al modelo se centra fundamentalmente en que el fenómeno de la drogodependencia se aborda de forma parcial (aunque era la postura más global hasta el momento con respecto al modelo penal y médico), al no considerar el carácter sociopolítico del fenómeno de las drogas y reducir los elementos económicos a la relación pobreza-drogas incluso estigmatizando a las clases más débiles a través de la cuestión de las drogas (Romaní, 1999). Es necesaria una perspectiva holística que nos lleve a no tomar la parte por el todo y que posibilite situar los problemas estudiados en su contexto más amplio, para poder analizar con mayor profundidad el conjunto de los problemas que tenemos planteados en torno a la complejidad temática de las drogas.

El planteamiento del modelo sociocultural hasta aquí presentado no soluciona el problema, aunque por lo menos lo sitúa de tal manera que nos obliga a buscar y entender qué tipos de articulaciones se dan entre sustancia, individuo y contexto, antes de abordar la cuestión con falsas salidas y soluciones estereotipadas.

d) Modelo Geopolítico estructural

Este modelo, como ha afirmado Arana y Vega (1998), politiza y redimensiona el problema de las drogas como fenómeno global que incluye al individuo y a la familia, la comunidad y la sociedad con sus causas económicas, sociales, políticas, culturales, bélicas, de salud, diplomáticas, etc. Propugna, por tanto, una visión integral y sistemática del fenómeno global del tráfico (comercio) y consumo de drogas, basándose en una concepción de la realidad como un todo estructural. A partir de ahí, contempla elementos cuya dinámica social convierte a la oferta (tráfico) y la demanda (consumo) en una unidad dual indivisible:

- a) El traficante como industria ilícita transnacional considerada en el contexto socioeconómico.

- b) Las drogas entendidas como “mercancía”, porque tienen un valor de cambio y generan una relación social, sin distinción de drogas legales e ilegales.
- c) El consumidor de drogas como actor social en la interacción tráfico-mercancía-consumo.
- d) El contexto donde no sólo está el ambiente individual, familiar y comunitario, sino toda la sociedad con sus factores, cambios y contradicciones como fenómeno multidimensional.

Intervenir en este complejo contexto requiere una participación inter y multidisciplinar, inter y multisectorial e interinstitucional. Un abordaje global por encima de las tradicionales medidas represivas y sanitarias. Un trabajo que considere todos los recursos e iniciativas posibles que vayan más allá de los síntomas, teniendo en cuenta todas las dimensiones que implica el fenómeno de las drogodependencias (en lo económico, político, existencial, sanitario, cultural). Como ha destacado Cormier (1990), no se puede dar como respuesta a este fenómeno las alternativas de décadas anteriores, es decir, ni puritarismo ni fundamentalismo obsoletos. No parece que actitudes de rechazo al alcohol y a otras drogas, ni recomendaciones negativas, ni la prohibición misma sea la solución a los problemas derivados de su consumo.

Si se aceptan modelos que asumen la multicausalidad en la cuestión de las drogas y en las posibles dependencias, se actúa erróneamente si sólo se interviene en función de una parte de las consecuencias. Estas situaciones se repiten en cientos de ocasiones todos los días en muchas personas (Arana y Vega, 1998). ¿No sería más útil social y humanamente defender el consumo moderado de tal sustancia que la abstinencia para todos? creemos que sí; luego habrá que modificar la filosofía, las políticas de intervención, los comportamientos sociales, etc.

Después de haber analizado los modelos de intervención que hemos desarrollado con respecto al tema de las drogodependencias observamos que estos siguen la evolución de los enfoques de intervención en Educación para la salud que

hemos descrito en este capítulo y la relación resultante quedaría reflejada en la tabla siguiente:

Tabla nº 5: Relación entre los modelos de intervención en drogas y en Educación para la salud

RELACIÓN ENTRE MODELOS DE INTERVENCIÓN EN DROGAS Y MODELOS DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.	
Modelos de intervención en drogodependencias	Modelos de intervención educativa en Educación para la salud
Modelo penal-represivo Modelo médico (asistencial-preventivo)	Modelo positivista informativo
Modelo socio-educativo	Modelo persuasivo motivacional
Modelo geo-político	Modelo político-económico-ecológico

Fuente: Elaboración propia

Las líneas de actuación de estos modelos están bastante relacionadas, así el modelo penal y médico coincidirían con el modelo informativo, donde el énfasis de la intervención se pone en la sustancia y donde el sujeto no tiene apenas capacidad de decisión; los “expertos” son las personas que tienen capacidad de acción juzgando las situaciones, las medidas preventivas no van más allá del miedo a la población para que no consuman las sustancias denominadas como “droga”. El modelo socioeducativo se relaciona con el modelo motivacional y, desde aquí, las intervenciones que se realizan parten del contexto en el que se ubican, de las situaciones que las generan, del sistema de valores en el que se sumergen, se intenta evitar que las personas consuman, pero si lo hacen la situación no se problematiza. Los últimos modelos relacionados se agruparían bajo el mismo nombre modelo ecológico, lo que ya nos hace ver que tiene en cuenta la cantidad de variables que intervienen desde una perspectiva global, y también permitiendo que sean los propios sujetos, no sólo analizando la situación frente a la que se encuentran sino siendo ellos, los demandantes y los protagonistas de las intervenciones que se desarrollen, capacitándoles para la acción, y donde además se parte de la consideración de las condiciones de vida, tanto a nivel individual como a nivel comunitario, en el que se sitúan las personas cuando se enfrentan a cualquier situación. Éste es un análisis necesario para mantener un estilo de vida

saludable, que no se pierda entre teorías artificiosas o utópicas, sino que las intervenciones se puedan llevar a la práctica.

1.2.3. Recordando algunos Datos

Una vez vista la evolución de las actuaciones en materia de drogodependencias, identificando los modelos más representativos, consideramos necesario recordar algunas de las actuaciones que en el campo de las drogodependencias se están llevando a cabo.

Los diferentes paradigmas de interpretación de la génesis de las drogodependencias son la respuesta proporcionada por distintos modelos teóricos surgidos de diferentes disciplinas, que han creado imágenes determinadas del consumidor, y que, con sus estereotipos, le han identificado como drogadicto -delincuente, enfermo o inadaptado-. Éstos, estigmatizados como desviados -pertenecientes al submundo de la droga-, asumen la marginalidad, separándose, de la comunidad supuestamente sana.

Sin embargo, no tiene por qué entenderse el comportamiento desviado como sinónimo de psicopatología o de enfermedad mental. El individuo dependiente, en algunas ocasiones, estará fuera de la “norma”, fuera de las reglas sociales vigentes en este preciso momento histórico; pero no olvidemos que también muchos comportamientos desviados se dan en personalidades normales, al igual que muchos comportamientos de personalidades enfermas no violan la norma.

Así, como afirman Arana y Vega (1998), mientras se persiguen unas drogas, las ilegales en nuestro medio, se estimula el consumo de otras que se extienden universalmente como objetos de consumo masivo. Se instaura así un doble lenguaje, que deforma la realidad. Una realidad mediatizadora por actitudes y pautas de consumo, por los modelos sociales, por las crisis de valores anteriores, la crisis social, la incomunicación, etc.

Sin ánimo de ahondar en los orígenes de la construcción social de la cuestión -“problema” dicen algunos-, de las drogas, sólo recordar, como ha señalado Igia (1995), que es en Estados Unidos donde surge a principios del siglo XX, en relación con ciertas modificaciones legislativas (extendiéndose progresivamente por el resto del mundo fundamentalmente en el Norte geopolítico desde la década de los años 60), con modelos que penalizan los productos, al tiempo que criminalizan y marginan a sus usuarios, articulándose poco a poco con una óptica medicalista que definirá los parámetros básicos de la toxicomanía como enfermedad.

Poco a poco, la población va acostumbrándose al discurso oficial del momento, que hoy se concreta en el discurso de la “represión, asistencia y prevención”, asumiendo ampliamente los matices propios de cada cual: la represión, recursos asistenciales, mayor o menor atención en iniciativas que propicien la prevención. Pero como Arana y Vega (1998) afirman, el discurso oficial, basado en lo asistencial, pretende dar cobertura a la verdadera cuestión que está tras el enorme *negocio del siglo*, la narcoeconomía, que llega a condicionar los rumbos de una parte importante del planeta y que está hipotecando el presente y futuro económico y político de no pocos pueblos y países. Y no precisamente porque se vaya a enriquecer a los cultivadores y recolectores, ya que para ellos esa actividad sólo les permite la supervivencia. El discurso oficial, que se manifiesta muy preocupado “por la economía mundial”, en absoluto se plantea ahondar en las raíces. No olvidemos que la Banca Internacional es la beneficiaria a través de las operaciones de blanqueo de dinero. El actual sistema económico se beneficia de su situación de privilegio.

Por eso a la hora de tipificar un modelo sobre el fenómeno de las drogas y las drogodependencias queda pendiente alcanzar un modelo geopolítico estructural que politice y redimensione el problema de las drogas como fenómeno global y como problema social, que incluya al individuo, la comunidad y la sociedad con sus causas económicas, sociales, políticas, culturales, bélicas, de salud, diplomáticas, etc.

Como ha señalado Chomsky (1991), el discurso oficial se presenta con un *enfoque bélico*, utilizando la guerra contra las drogas como justificación del intervencionismo en política, colectivos y territorios propios y ajenos. El 70% del presupuesto para la guerra contra las drogas de Bush padre fue dedicado a promulgar leyes de obligado cumplimiento. Es el discurso guerrero de los poderosos, a pesar de que incluso los expertos de Estados Unidos han reconocido el fracaso de la *war on drugs*, que durante veinte años fue la estrategia que orientó la actuación americana, siendo la represión el eje unificador de sus políticas.

El enfoque sanitario presenta retoques embellecedores en el discurso, da un toque científico centrándose en “la salud del mundo”. La cuestión de las drogas como problema de salud, que se percibe, nada menos, como síntoma de una enfermedad individual o social (Vega, 1993). A través de ello se crea un “problema de personas” más que un “problema de droga”. Y como han afirmado O’Hare *et al.* (1995), bajo este modelo la intervención educativa actúa frente al riesgo por probar, usar o abusar, así como el rechazo expreso de todo consumo de drogas legales e ilegales y se sumerge en la defensa de un radical anticonsumismo. La construcción social del “problema de la droga”, cuyo paradigma dominante se basa en la prohibición, ha contribuido (Romaní, 1999) a:

La creación de un monstruo que funciona como un mito.

Ofrecer un modelo de reconocimiento social.

Que el “drogadicto” sea considerado como una llave que abre las puertas a un cierto estilo de vida.

Estimular una técnica de consumo como respuesta racional a la situación de ilegalidad.

Arana y Vega (1998) ha reconocido que es curioso cómo en este siglo se han articulado dos grandes posturas respecto al consumo de sustancias psicoactivas:

- 1.- La postura americana de “guerra contra las drogas”.

2.- El *British System*, que en 1926, establecía ya que toda persona con un problema de adicción tiene derecho a recibir la sustancia mientras la precise; lo que determinó que en Inglaterra se pudiera (también hoy es posible) prescribir heroína, cocaína, anfetaminas, etc.

Con la lucha entre ambos modelos, fue el de Estados Unidos el aceptado universalmente, eludiendo las cuestiones esenciales, incluso los lazos de la narcoeconomía legal y la ilegal.

En realidad muchos aspectos de los diferentes enfoques coexisten en un mismo tiempo histórico. Así, como han recogido Van Swaalingen y Zaitch (1994), podemos apreciar incluso una cierta distinción “territorial” y conceptual de cada uno de ellos, de modo que los aspectos más sanitarios se aplican a niveles locales en las políticas municipales (muchos municipios admiten la necesidad de reducir daños y desarrollar iniciativas tolerantes y despenalizadoras) e incluso autonómicas pero éstas se ven bloqueadas a nivel nacional e internacional, ya que, con el objetivo de hacer frente al delito organizado y al narcotráfico, imposibilitan ese *otro discurso* y las medidas normalizadoras en la cuestión de las drogas. Un ejemplo claro fue la Convención de la ONU de 1988, en Viena, y los acuerdos de Schengen de 1985 y 1990, favorables al incremento de la represión, y que ha sido el eje de diferentes leyes y modificaciones del Código Penal en los países occidentales. En la Unión Europea se plasma esta diversa y contradictoria situación. Sin embargo, mientras los gobiernos estatales enfatizan sobre la cooperación en materia policial y penal frente al tráfico de drogas (el nuevo Código Penal español no es una casualidad), los municipales admiten la necesidad de reducir daños y desarrollar iniciativas tolerantes y despenalizadoras.

Para Arana y Vega (1998), en esta segunda mitad del siglo XX, con el crecimiento del consumo de algunas drogas, en vez de abordar la regulación de la cadena productor-distribuidor, las legislaciones penales sancionan, prohíben y reprimen el consumo de determinadas drogas. La ley, desde su orientación pedagógica, presenta el mensaje de “vivir sin drogas”, lo cual va contra-natura. Sin embargo los resultados de estas leyes producen el efecto contrario, ya que no

disuaden del consumo y, por el contrario, sí generan problemas para la normalización social del consumo de drogas.

Si hay un tema recurrente a la hora de hablar sobre drogas, éste es el que hace referencia al tan cacareado debate en torno a “legalización sí/legalización no” (Míguez, 1998). Este debate concibe el fenómeno “drogas” desde una perspectiva normativista como si el Derecho y las medidas represoras fuesen la panacea para resolver todos cuantos problemas se derivasen del consumo de drogas. Es ésta, en nuestra opinión, una perspectiva demasiado sesgada que se olvida de integrar la mayor parte de la comprensión del fenómeno: las drogas, tanto legales como ilegales, son sustancias cuyo consumo está acarreado desde hace tiempo importantes problemas de salud en nuestra sociedad, desarticulando relaciones familiares, destrozando a personas, influyendo en las relaciones afectivas y laborales, etc. Es difícil saber las causas que conducen a este abuso; lo más probable es que respondan a esquemas polidimensionales y que en ellas tengan bastante que ver las condiciones socioeconómicas en que nos desenvolvemos comúnmente, la falta de incentivos para adoptar modelos de conducta más válidos, la falta de recursos comunitarios, etc. Sólo analizando los recursos comunitarios, reforzando las posiciones de autorresponsabilidad y autocontrol de los sujetos, normalizando las conductas, ofertando la posibilidad real de estilos de vida sanos, haciendo que los individuos tomen conciencia de sus propias opciones de salud desde su libertad, creando tejido social, promocionando la Educación para la salud, etc., podrán generarse alternativas viables. Un simple bosquejo de estas vías de solución permite percatarnos de cuán lejano está el debate sobre la legalización de las drogas y las soluciones represoras, del verdadero fenómeno de las drogas tal y como se concibe desde el nuevo discurso social que aparece en el horizonte de la salud y de la calidad de vida.

Es cierto que, de unos años para acá, el debate público va en aumento y, en esta época que creemos de transición, una perspectiva antiprohibicionista se abre paso cada día entre profesionales, en colectivos sociales y en la ciudadanía. Con formas diversas y con diferentes ritmos, el debate “legalización si/legalización no”, aparece como reductor de la complejidad del fenómeno y de las vías de solución

monopolizando el debate social. Esa diversidad de formas de tratamiento legal (prohibicionismo/antiprohibicionismo) no incide realmente en la percepción de los mecanismos de control que actúan sobre las drogas, sino que afecta al discurso que justifica la forma en que se ejerce el poder (Domínguez, 1995). La política antiprohibicionista no es probable que se implante a golpe de Decreto o de Ley que acabe con décadas de represión y prohibición, sino como resultado de un cambio cultural en nuestra sociedad que haga posible el establecimiento de medidas tolerantes y que permitan el desarrollo de la capacidad de autogestionar nuestras propias elecciones.

Otros acontecimientos nos llevan a pensar que nuestra memoria es muy corta, pues ya la resolución de Frankfurt en 1990, fue bien explícita con respecto a este tema, el balance fue claro, rotundo y formulado de forma que quedó claro que los intentos de eliminar las drogas y su consumo por la vía penal ofreciendo asistencia a cambio de la abstinencia, hasta el momento han sido un rotundo fracaso.

El “problema de las drogas” existe, pero en una realidad que tiene poco que ver con las drogas mismas y sí, en cambio, con la opción de control sobre algunas sustancias que han llevado a medidas prohibicionistas, a la clandestinización de la producción, la distribución y el consumo, a su ilegalización y marginación (Markez, 1996).

Pero no todo es en vano, y ya en 1994 algunos autores (Aragonés *et al.*, 1994), reconocen que, tras ver la necesidad de cambiar los criterios de éxito-fracaso en relación a los tratamientos para personas drogodependientes, en los años 90 se produce una ampliación de la oferta con importantes modificaciones en los enfoques terapéuticos: la supervivencia del usuario, la mejora en la calidad de vida y la preservación de la salud comunitaria serán los objetivos prioritarios. Nuevas pautas de intervención se instauran pero sin escuchar cuál es la demanda para adecuar la respuesta: tratamientos paliativos, de mantenimiento, de sustitución o de desintoxicación, siempre dentro de los llamados *Programas de reducción de Daños y Riesgos*, que al comportar una mayor flexibilidad chocan con el anterior

modelo controlador y represivo acorde con la representación social del fenómeno, ofrecen una alternativa clara: disminuir los daños asociados al uso de drogas ilegales con intervenciones más pragmáticas. Como Arana y Vega (1998: 42) ha defendido:

“... no se plantea el debate con la pretensión de encontrar o de obtener ya “la solución”, sino con el objeto de poder identificar, argumentar y contrastar diferentes opciones a las “oficiales”, en una dirección claramente no prohibicionista, no represiva, despenalizadora, etc., y, en todo caso, elaborar recomendaciones que permitan avanzar hacia la progresiva evolución y transformación cultural que camine hacia una mayor racionalidad del fenómeno de las drogas y no hacia una escalada de la ilegalidad, la marginalización y la criminalización, cuando no al deterioro del usuario o dependiente de drogas”.

Los usuarios, por su parte, tendrán que ser capaces de organizarse, de crear una ruptura activa y salir de su tradicional rol pasivo. Pasividad vinculada a los muchos inconvenientes del uso de drogas en un contexto desfavorable como el nuestro, incluida la dedicación exclusiva para un consumo clandestino y una oferta ilegal (Alcázar y Canals, 1996). Modificar los estereotipos del consumidor, coordinarse, generar corrientes de opinión, desarrollar iniciativas sociales, etc., son algunas tareas pendientes. Por eso creemos que es urgente evaluar lo realizado y lo conseguido.

CAPÍTULO SEGUNDO

II. PLANTEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE NUESTRO ESTUDIO

CAPÍTULO SEGUNDO

II. PLANTEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE NUESTRO ESTUDIO



“Las drogas son nihilistas: socavan todos los valores y derrocan radicalmente todas las ideas que tenemos acerca del bien y del mal, de lo que es justo y lo que es injusto, lo permitido y lo prohibido. Su acción es una paradoja de nuestra moralidad basada en el premio y el castigo.”

Octavio Paz, *Corriente Alterna*

2.1. OTROS MODELOS QUE SUSTENTAN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

En los últimos años los programas de prevención han recibido un impulso considerable en el intento de frenar las problemáticas que se derivan de las drogodependencias, sin embargo, bajo este término se han incluido una gran variedad de acciones y estrategias desde el polo asistencial hasta su opuesto promocional.

Así, pues, la complejidad del término prevención en el campo de las drogodependencias, se hace patente ya en lo difícil que resulta la definición de este concepto, no sólo para el ciudadano que lo concreta en sus propias “recetas mágicas” que acaben con la problemática, sino que también lo es tal como señala Martín (1995) para los profesionales y entidades que se ocupan directa o indirectamente del fenómeno en cuestión, lo que explicaría no sólo la incongruencia de las iniciativas desarrolladas sino también la escasa convicción

con la que se diseñan, la limitada persistencia que poseen y la nula credibilidad con que se acogen.

Entre las medidas propuestas bajo el “paraguas” de la prevención, podemos encontrar: mejorar la escuela, editar folletos informativos, dar charlas, acabar con el paro, reprimir el tráfico de drogas, prohibir o liberalizar las drogas, transformar la sociedad..., etc.

Pero, ¿Qué es la prevención? El significado de este concepto va a depender de la base teórica de la que se parta para actuar; así para Martín (1995: 55), la prevención de drogodependencias *“es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”*. En otras ocasiones se va a centrar básicamente *“... en la prevención de las drogas legales, para que al prevenir el consumo abusivo de las mismas consigamos impedir que las personas lleguen al consumo de las ilegales”* (Becoña, 1999: 22).

a)

El término prevención es en ocasiones utilizado de modo muy genérico. Un ejemplo es cuando se habla de prevención primaria, secundaria y terciaria. También puede aplicarse a reducir el uso de drogas entre personas que aún no las han probado y entre las que ya las han probado, reducción de la demanda a través de arrestos y controles sobre la venta de drogas, etc. También las actividades de reducción de daños pueden ser vistas como una actividad preventiva. Pero también es prevención incidir en el nivel de política social, como es reducir la pobreza o limitar las vías conducentes a la exclusión.

Por último, deberíamos insistir en el término prevención que a nuestro juicio hace referencia a “educar en sentido amplio”. Educar en perfecta comunicación con los demás, en la convivencia y en los valores que definen al ser humano para así poder responder a las exigencias sociales, ayudar a evitar la frustración o para diferenciar las necesidades reales de las superfluas, que vienen a generar en los jóvenes y en los adolescentes cierto sentido de frustración e

incapacidad de mejora ante un mundo complejo que induce a necesidades artificiales (Castillo y Morón, 2005).

En función de la especificidad de los objetivos que se persigan con la prevención primaria se distinguen dos niveles (Becoña, 1999: 24):

Prevención específica: En materia de drogodependencias, es aquella que va orientada exclusiva o directamente a evitar la iniciación del consumo de drogas sin utilizar otros argumentos y objetivos más globales en el ámbito de la salud. Se le denomina también el ‘modelo americano’ de prevención.

Prevención inespecífica: Hace referencia a aquellos programas que no persiguen un objetivo único, sino que pretende integrar el máximo de conductas de riesgo en un enfoque global amplio de promoción de la salud. Se le denomina también ‘modelo europeo’.

Estos dos niveles de prevención se asemejan a los dos modelos asumidos por Estados Unidos y Europa, que, como ya hemos definido, respondían a contextos diferentes, y representan formas de actuar también distintas. En lo que respecta, a su vez, a las ventajas o inconvenientes de estos dos modelos Becoña (1999: 50) afirma que:

“... los programas específicos son más fáciles de evaluar, se centran en un objetivo concreto, constituyen un proceso operativo pero tienen como contrapartida acarrear un mayor número de elementos contra-preventivos, mientras que por otra parte los inespecíficos abarcan a una población más amplia y tienen como objetivo un mayor número de conductas de salud, pero cuentan con la desventaja de la dificultad de su evaluación”.

No existe consenso entre los estudiosos del tema respecto a qué tipo de abordaje es mejor en el ámbito de la prevención primaria. Por una parte, Rodríguez *et al.* (1987) llega a la conclusión de que la conjunción de ambas orientaciones,

específica e inespecífica, es la idónea para conseguir una mayor eficacia, por otra, Comas (1992) defiende que los mejores resultados se obtienen cuanto más específico es el programa, entendiendo tal especificidad tanto en términos de delimitación de objetivos como en la concreción del objetivo. Martín (1995) opina que esta disyuntiva es más operante que real, ya que la mayoría de las experiencias calificadas como válidas, fuera y dentro de nuestras fronteras, suelen coincidir en ambos modelos, tanto en sus fines como en su teorización explícita.

En la historia reciente de la prevención de drogas, después de haber superado, afirman Castillo y Morón (2005) -aunque nosotros no seríamos tan optimistas-, la etapa donde el debate se centraba en la prevención específica o inespecífica, se empieza a manejar el concepto de prevención comunitaria, como aquella que va dirigida al conjunto de la comunidad.

Sin embargo, todavía hoy generalmente los programas de prevención tienen como objetivo incidir en una disminución de la demanda de drogas por parte de los sujetos diana del programa, y además se suele hablar de prevención cuando se trata de disminuir la oferta de estas sustancias. Situación que, en nuestra opinión, debería enfocarse a la disminución de los problemas ocasionados por la dependencia, más que a la pretensión de la disminución de la demanda del consumo de drogas, se trataría de ir más allá de las leyes del mercado y abordar directamente aquellas que están implicadas en el desarrollo de la comunidad y en la mejora de la calidad de vida de las personas.

Pero sea cual sea el tipo de intervención, tal como señalan Bermejo y Musitu (1987), la prevención del abuso de drogas no es un tema que contemple tan sólo a unos u otros estamentos socio-profesionales: la prevención del consumo de drogas es una tarea social que implica a toda la comunidad.

Otro de los conceptos que es necesario abordar, antes de continuar con nuestra exploración, es el referido a los programas. Así, autores como Escamez (1990) afirman que un programa es el diseño de un conjunto de actuaciones, entre

sí relacionadas, para la consecución de una meta. Por tanto, un programa preventivo puede ser un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de reducir la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo, o impedir, o retrasar, la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas drogas (Becoña, 1999), pero también que ofrezca herramientas que permitan a las personas convivir con las drogas sin que éstas les supongan un problema, tanto si consumen como si no. De este modo, un programa preventivo puede ser global para toda la comunidad o específico para un grupo limitado de personas, un barrio concreto, un grupo de edad determinado, etc.

2.1.1. La Teoría como guía en la Prevención de Drogodependencias

En cualquier tipo de intervención que pretendamos desarrollar siempre nos guiamos por un modelo teórico. Un buen modelo teórico, a su vez, debe estar derivado de la observación, comprobación de la misma y elaboración de un marco conceptual que nos permita comprender esa parte de la realidad sobre la que elaboramos la teoría y, con ello también poder predecir e intervenir en ello si es necesario. Autores como Rudner (1966) definen una teoría como un conjunto de principios relacionados sistemáticamente entre sí, que incluye algunas generalizaciones en forma de ley natural y este conjunto de principios son empíricamente comprobables. Por su parte, un modelo es una teoría o grupo de teorías aplicada a un área específica o situación (Mitchell y Jolley, 1992).

Lo que sí es cierto, como indica Flay y Petraitis (1995), es que las teorías son abstractas, nos sirven para hacer una representación de nuestro mundo, habitualmente complejo, a través de una estructura simple en el marco teórico; sirven para saber qué encontrar y poder disponer de principios orientativos a partir de las mismas. Pero la existencia de una teoría no implica que sea cierta. Para ello se precisa investigar que sus postulados se cumplen y con ello ver si hay evidencia o no para sostenerla.

En el campo de las drogodependencias, por su juventud, no siempre ha habido, ni siempre hay, una concordancia entre la prevención, los programas

preventivos y el modelo teórico o teoría que subyace a la misma (prevención) o a los programas preventivos. Sería necesario incidir en la importancia de realizar un esfuerzo por coordinar estos elementos, que siempre nos facilitarían nuestro trabajo ya que como han señalado Donaldson, Grahan y Hansen (1994), cuando disponemos de un programa basado en la teoría esto tiene tantas ventajas para el propio programa como para su evaluación. Algunas de estas ventajas pueden ser las de:

- 1) Ayuda a identificar las variables pertinentes y cómo, cuándo y quién debe evaluarlas.
- 2) Alerta al investigador sobre lo que es potencialmente importante.
- 3) Identifica el modelo adecuado para el análisis de la información.
- 4) Ayuda a desarrollar una base de conocimientos acumulativo sobre cómo funciona el programa y cuando funciona.

A nuestro juicio son Flay y Petraitis (1995) los que mejor han sistematizado las funciones que el marco teórico cumple en el campo de la prevención de las drogodependencias, especialmente para el desarrollo y comprobación de los programas de prevención de drogas. Para ellos, estas funciones se agruparían en tres tipos generales: funciones en el desarrollo de programas, funciones en la evaluación de programas y otras funciones científicas.

Es claro el valor que tiene la teoría para guiarnos en las distintas fases por las que tenemos que pasar en la aplicación de un programa preventivo o, una vez seleccionado el mismo, comprobar su adecuado funcionamiento y necesidad de que se relacione con el marco teórico del que se parte o desde donde se ha elaborado. Por ello, tiene que haber una clara relación entre teoría y evaluación, y entre teoría y práctica, para que la evaluación y los resultados obtenidos con el programa nos permitan confirmar o cambiar los elementos teóricos del programa preventivo concreto del que partimos.

Conseguir cambios en conocimientos, actitudes, valores, etc., puede ser importante, pero de poco vale si no tienen un correlato en el comportamiento, que

es lo que realmente nos interesa cuando llevamos a cabo la prevención de drogodependencias. En este sentido, como Flay y Petraitis (1995: 97) han apuntado:

“... la teoría es importante, sin ella estaríamos mucho más perdidos a la hora de desarrollar programas efectivos de prevención y, al mismo tiempo, el avance en la teoría nos llevará a programas más efectivos en el futuro. Además, la ciencia de la prevención no hubiera avanzado sin la teoría; gracias a ella ha avanzado rápidamente en la última década y avanzará más rápido a la hora de clarificar, ensayar y mejorar el conocimiento actualmente existente.”

Sin embargo, una crítica común a muchos programas preventivos es la de que carecen de una base teórica (Moskowitz, 1989) o de ser a-teóricos (Wech, Meers y Hallan, 1992). En España se están dando cambios en este sentido, como lo indica el estudio del Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) (1997) junto al consenso institucional que existe cada vez más en el campo de la prevención (Martín, 1997) y la existencia de criterios técnicos consensuados para los programas preventivos (Plan Nacional sobre Drogas, 1996).

Sin embargo, en el campo de las drogodependencias, cuando nos detenemos a analizar las teorías que subyacen a la prevención de las mismas, nos vamos a encontrar con dos hechos (Becoña, 1999: 70):

El primero, que disponemos de un gran número de teorías, algunas contrapuestas y otras complementarias para explicar el fenómeno, pero que no siempre a partir de ellas se han elaborado adecuados programas de prevención.

El segundo, que disponemos de buenos programas de prevención que no se han detenido en una adecuada o minuciosa elaboración de las bases teóricas de los mismos, dado su buen funcionamiento y tienen menos interés por la base teórica que en los resultados...

Probablemente el punto medio está en tener buenos programas preventivos que se puedan explicar desde modelos teóricos adecuados.

En el campo de la prevención de las drogodependencias, como vemos, disponemos de un amplio número de teorías. Los autores que han intentado sistematizar con más éxito el amplio conjunto de información disponible, tanto a nivel teórico, como empírico y aplicado, han sido Flay y Petraitis. En uno de sus trabajos (1995), después de una amplia revisión sobre modelos teóricos y variables relevantes, consideran que hay cinco elementos básicos a considerar y sobre los que hay considerable acuerdo, aunque no completo. Estos son:

El nivel social

La vinculación social

El aprendizaje social

La parte intrapsíquica de la persona

El cambio del conocimiento, actitud y comportamiento.

Como se puede ver el elemento final a conocer y evaluar es el comportamiento, en este caso, el consumo o no de drogas. Éste se sitúa en el último elemento de los cinco señalados: cambio de conocimiento, actitudinal y comportamiento, por el que pasa la persona que desarrollará, o no, la conducta de consumir drogas. Este cambio en el conocimiento, actitud y comportamiento depende tanto del aprendizaje social como de la parte intrapsíquica de la persona. Dentro del aprendizaje social se consideran los componentes de observación, oportunidad, normas sociales y refuerzo. Y, dentro de la parte intrapsíquica las habilidades, la eficacia, la autoestima, el desasosiego y el estrés. A su vez estos dos últimos elementos generales, el aprendizaje social y la parte intrapsíquica vienen determinados por las vinculaciones sociales, que a su vez son función del medio social. Dentro de las vinculaciones sociales están la familia, la escuela y los compañeros; dentro del medio social la desorganización social, la socialización inadecuada y la disfunción del rol.

Una característica de la mayoría de las teorías es que se centran en un aspecto singular o en aspectos parciales para explicar la problemática del consumo, y se esfuerzan por el desarrollo de programas para evitar o retrasar dicho consumo. Lettieri, Sayers y Pearson (1980) incluían ni más ni menos que 43 diferentes teorías en su obra. Pocos años después, Simons, Conger y Whitbeck (1988: 306), al plantear un modelo de aprendizaje social de varias etapas, afirmaban que *“a pesar de que la investigación ha establecido varios correlatos del uso de drogas, ningún modelo teórico de los que se han desarrollado especifica el orden causal de estas asociaciones y explica sus relaciones con cada una”*.

Petraitis, Flay y Miller (1995) revisaron las distintas teorías existentes para explicar la experimentación con el uso de sustancias y, si este uso lleva y por qué, posteriormente, a un consumo regular de la misma. Insisten en que los que llegan a este consumo es una parte siempre menor que las personas que no llegan. Afirman, con gran razón, que a pesar de que los investigadores sociales han intentado conocer las causas que llevan a la experimentación con sustancias, hoy sigue constituyendo el tema un “puzzle” cuyo reto está en resolverlo. Este “puzzle” se caracterizaría por estar formado por muchas piezas, siendo además estas piezas muy complejas (Becoña, 1999).

2.1.2. Programas Preventivos y Bases Teóricas

Hoy por hoy, hay una asunción en el campo de las drogodependencias: es necesario elaborar los programas preventivos basados en una adecuada base teórica. El problema, sin embargo, está en unir una buena teoría que tenga un posterior desarrollo de un programa preventivo basado en la misma (Becoña, 1999). Aunque esta labor parece fácil, la realidad ha indicado que no siempre lo es, lo que, al tiempo, demuestra que, aunque se ha avanzado mucho en los últimos años en el campo de la prevención en drogodependencias, todavía queda mucho por recorrer para llegar al nivel de efectividad que a todos nos gustaría obtener. De lo que no tenemos ninguna duda es de que en los próximos años se va a dar un

gran empuje a la evaluación de los modelos teóricos existente, y en ese sentido se orienta nuestra investigación.

A continuación presentamos una clasificación de los modelos atendiendo a la evolución histórica de los programas preventivos, y que Becoña (1999: 60-61) ha agrupado bajo tres grandes rótulos:

- 1) Los primeros modelos preventivos: basados en el modelo racional o informativo
- 2) El modelo de influencias sociales o psicosociales
- 3) El modelo de habilidades generales

1. *Los primeros modelos preventivos: basados en el modelo racional o informativo.* Los primeros intentos preventivos se basaban en la creencia de que lo que ocurría era que el adolescente no tenía suficiente información sobre los efectos negativos del uso de drogas y, por tanto, proporcionarle dicha información solucionaría el problema. Se insistía en los aspectos negativos del consumo asumiendo que con dicha información ellos tomarían una decisión racional de no consumo. A este modelo también se le llama modelo tradicional, por ser el que se ha utilizado desde los inicios de la prevención y el que más se ha mantenido en el tiempo (Becoña *et al.*, 1994). Los programas iniciales apelaban al miedo y en ocasiones a contenidos de tipo moralista (Perry y Kelder, 1992), y que en Estados Unidos se reflejó en el importante movimiento socio-religioso procedente de finales del siglo XIX, basado en aquel inicial movimiento de la templanza. Este modelo lo hemos vinculado, por su estrecha relación de sus presupuestos, con el modelo informativo de educación. Esta información además, está sujeta a la subjetividad con la que sus defensores han abordado y abordan el fenómeno de las drogodependencias, ejemplo de ello es el hecho de que en nuestro país la política antitabaco haya llevado a que se incluyan en las cajetillas de tabaco mensajes informativos basados en el miedo, con frases tales como “fumar puede ser causa de una muerte lenta y dolorosa”. Y esto a pesar de que la realidad haya mostrado, cuando se han hecho evaluaciones rigurosas de este tipo de acercamientos (Rundell y Bruvold, 1988), la inutilidad de los mismos. Por desgracia, este acercamiento al

problema es el más predominante, tanto en otros países como en el nuestro (Bellver y García, 1997).

Conforme ha ido transcurriendo el tiempo, y ante el poco éxito del anterior enfoque, los programas se han ido centrando en los déficits de personalidad. Aquí se dedica mucho esfuerzo a la clarificación de valores o a la mejora de la autoestima. Muchos de estos esfuerzos se han mantenido hasta nuestros días, y nos introducen en el siguiente modelo.

2. *El modelo de influencias sociales o psicosociales.* Parten de distintos estudios, tanto de la Psicología social (Evans, 1976), como del aprendizaje social (Bandura, 1986) y de los estudios sobre los antecedentes del consumo de drogas (Jessor y Jessor, 1977). Estos modelos consideran la existencia de tres factores de riesgo que es imprescindible considerar para el desarrollo de programas preventivos efectivos (Perry y Kelder, 1992): los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual.

El ambiente social es de gran importancia, ya que la conducta, el consumo o no de las drogas en este caso, se produce en un concreto ambiente social con unos parámetros que pueden o no facilitar dicho consumo. A veces el consumo/no consumo es un elemento de identificación o un elemento de apoyo social en ese ambiente. Cuanto más modelos de consumo de drogas tenga la persona modelada, mayor probabilidad tendrá de consumir esa sustancia. La prevención se orienta a proporcionar nuevos modelos, más adecuados con el no consumo de drogas, o a conseguir modos de reducir el acceso a estas sustancias.

Pero el ambiente social no lo es todo. Es sólo un elemento del “trípode”. Los otros dos elementos, la personalidad y los factores de riesgo conductual también son de gran importancia. El manejo adecuado de las situaciones de riesgo, sus habilidades en las mismas, el participar en alternativas sin drogas, son elementos de gran importancia para que no se produzca el inicio en el consumo de las sustancias. De ahí que los programas preventivos de tipo psicosocial, den gran relevancia al aprendizaje de habilidades sociales específicas. Esto, además, está

fuertemente apoyado por los estudios de tipo longitudinal, que han encontrado que la intervención en esos tres elementos produce mejores resultados preventivos que la intervención en sólo uno de ellos (Flay, 1985; Perry, 1986; Sussman, 1989). También se da relevancia a que la aceptación de las normas convencionales se convierte en un factor protector del consumo de drogas (Hawkins *et al.*, 1992).

3. *El modelo de habilidades generales.* Se trata del modelo más recientemente planteado. Este modelo parte de que es necesario entrenar a los jóvenes, no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención de drogodependencias. Este tipo de modelos representan también un cambio respecto a todas las drogas, a diferencia de programas específicos para tabaco, alcohol o la combinación de ambos, o la inclusión también de la marihuana (Hanse, 1992). Aún así, realmente, por lo que ya hemos comentado hasta aquí, en la práctica, éstos programas están dirigidos específicamente a prevenir el comienzo del uso de drogas y lógicamente se enfocan en las llamadas drogas de inicio: es decir, el tabaco, el alcohol y la marihuana. Se basan en la idea de la multicausalidad en el proceso de comenzar a usar cualquier sustancia por parte de los adolescentes y, por lo tanto, cubren diversas áreas que pueden ser deficitarias en ellos y facilitarles el que sean capaces de hacer frente a la tentación de usar cualquier sustancia como forma de compensación de dichas diferencias. Dos de estos programas más representativos son el de Botvin y, el de Jonson y colaboradores:

Programas del modelo de habilidades generales: Entrenamiento en Habilidades para la vida “*Life Skills Training*”, (LST) Elaborado por Botvin y sus colaboradores en los últimos años (Botvin *et al.*, 1980, 1982, 1989, 1990, 1992, 1995, 1997).

Proyecto de Prevención de Midwestern (“*Midwestern Prevention Project*”) elaborado por Johnson *et al.* (1990). Es un estudio comunitario que se extendió a lo largo de seis años llevado a cabo en Kansas City y en Indianápolis, incluye elementos de los medios de comunicación, escuelas, padres y organizaciones comunitarias.

A nivel general, Gorman (1996) sintetiza de modo ágil y claro otra clasificación de los programas preventivos predominantes desde los años 60 hasta el momento actual, en función de los modelos teóricos subyacentes, recogidos en la tabla nº 6. Allí puede verse que en los años 1960-70, los programas preventivos predominantes se basan en proporcionar conocimiento y en dar información sobre el uso de drogas y sus efectos; en los años 1970-80 el predominio es de los programas afectivos y los inespecíficos, como, por ejemplo, el de desarrollo personal; y, en 1980-90 los programas basados en el modelo de influencia social, y dentro de éstos tanto el entrenamiento en habilidades de resistencia como el entrenamiento en habilidades sociales.

Tabla nº 6: Tipos de programas preventivos desde 1960 hasta la actualidad

AÑOS	PROGRAMAS PREVENTIVOS DOMINANTES
1960-70	Programas basados en el conocimiento. Proporcionar información sobre el uso de drogas y sus efectos
1970-80	Programas afectivos. Programas inespecíficos (Ej. El desarrollo personal)
1980-90	Programas basados en el modelo de influencia social: <ul style="list-style-type: none"> a) Entrenamiento en habilidades de resistencia b) Entrenamiento en habilidades sociales

Fuente: Adaptado de Gorman (1996)

Los actuales programas de prevención de drogas parten de la idea de que hay una serie de variables clave que son de importancia fundamental en el consumo de drogas. La que hoy se considera más importante y a la que se le presta más atención en los programas preventivos es a la presión de los iguales (Gorman, 1996). Sin embargo, los últimos datos, como indican los estudios empíricos o de revisión de Kandel (1996), Krohn *et al.* (1996) y Labouvie (1996), entre otros, indican que los efectos de los iguales sobre el uso de drogas han sido sobreestimados. En este sentido, el modelo de influencia social da una gran importancia al papel de los iguales como una causa primaria del uso de drogas. Lo cierto es que, en los últimos años la teoría ha cobrado un gran papel para el diseño

de intervenciones adecuadas para prevenir el consumo de drogas (Catalano *et al.*, 1996; Gorman, 1996). Descubrir varios de los factores de riesgo para el consumo de drogas ha sido de gran relevancia, especialmente el hecho de que unos jóvenes tienen mayor riesgo, que otros grupos sociales, de ser consumidores de drogas. Y, correlativamente, los factores de protección para el consumo de drogas. También se le está dando un peso creciente a los programas basados en la familia (Waldron, 1997), dado que la misma representa un potencial y poderosa forma de intervención.

En la reciente revisión realizada por Petraitis, Flay, y Miller (1995: 68), estos autores presentan una selección de 14 de las teorías que ellos consideran más importantes y que son comprensivas y multivariadas. Estas se muestran en la tabla nº 7. Aunque es claramente un número menor que las 43 de Lettieri *et al.* (1980) siguen siendo muchas. Por ello, se lamentan de que “un cuadro claro de la experimentación con el uso de sustancias no emergerá hasta que las teorías existentes sean comparadas, organizadas y, si es posible, integradas”.

Tabla 7: Esquema de las 14 teorías que consideran Petraitis, Flay y Milller (1995) para explicar la experimentación con el uso de sustancias

<p>TEORÍAS COGNITIVO-AFECTIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975). ○ Teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1985, 1988).
<p>TEORÍAS DEL APRENDIZAJE SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Teoría del aprendizaje social (Akers <i>et al.</i>, 1979) ○ Teoría del aprendizaje social/cognitivo social (Bandura, 1986)
<p>TEORÍAS DEL APEGO SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Teoría del control social (Elliot <i>et al.</i>, 1985, 1989) ○ Modelo de desarrollo social (Hawkins y Weis, 1985)
<p>TEORÍAS EN LAS QUE LAS CARACTERÍSTICAS INTERPERSONALES JUEGAN UN PAPEL ESENCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El modelo de ecología social (Kunpfer y Turner, 1990-1991). ○ Teoría del auto-desprecio (Kaplan, Martín y Robbins, 1982, 1984). ○ Modelo de varias etapas de aprendizaje social (Simons <i>et al.</i>, 1988). ○ Teoría de la interacción familiar (Brooks <i>et al.</i>, 1990).
<p>TEORÍAS QUE INTEGRAN CONSTRUCTOS COGNITIVO-AFECTIVOS, DE APRENDIZAJE, COMPROMISO Y APEGO, E INTERPERSONALES.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977) ○ Teoría de Cluster de iguales (Oetting y Beauvais, 1986^a, 1996b, 1987) ○ Modelo de vulnerabilidad de Sher (1991) ○ Modelo de dominio (Huba y Bentler, 1982).

Fuente: Petraitis, Flay y Milller (1995)

Petraitis, Flay, y Miller. (1995) indican la gran diversidad de teorías y la gran diferencia entre unas y otras. Además, ninguna ha pretendido ser comprensiva en el sentido de incluir todos los elementos que explican la Teoría del Aprendizaje Social del Uso Experimental de Sustancias (UES). Esto último lo ha propuesto recientemente Jessor (1991, 1992), para lo que seleccionaron un grupo de constructos e intentan explicar cómo y por qué estos constructos contribuyen al Uso Experimental de Sustancias. Falta, primero desde una perspectiva teórica y luego experimental, integrar todos estos modelos. De ahí que Petraitis, *et al.* (1995) hablen de que tenemos un “puzzle” que todavía falta por montar totalmente, a pesar de que ya tenemos muchas piezas del mismo. Por ello creen que primero hay que comparar las teorías existentes, luego organizarlas y eventualmente integrarlas. Claramente la tarea no es nada fácil, especialmente si son contradictorias entre sí.

Uno de los pocos intentos realizados para organizar las causas teóricas del UES es un simple marco conceptual que ha sido realizado por Flay y Petraitis, (1995); Petraitis, Flay, y Miller (1995). Estos autores han intentado organizar una serie de teorías, centradas en la etiología del abuso de sustancias en un macromodelo comprensivo. Su modelo de influencia triádica asume que las conductas relacionadas con la salud, tales como el abuso de sustancias, están controladas por las decisiones o intenciones, que son función de tres corrientes de influencia:

- 1) Factores ambientales-culturales que influyen en las actitudes;
- 2) Factores sociales situacionales-contextuales que influyen el aprendizaje social y las creencias normativas;
- 3) Factores intrapersonales que influyen la autoeficacia.

Estos tres focos de influencia tienen diferentes orígenes y fluyen a través de factores causales que están organizados en niveles que oscilan de lo próximo a lo lejano y a lo último. Partiendo de ello, estos autores elaboran una matriz de 3X3 donde en una parte tendríamos el nivel de influencia (próximo, lejano y último) y en la otra el tipo de influencia social (interpersonal, cultural/actitudinal e

intrapersonal). El foco de influencia, independientemente y en la interacción de uno con los otros, tiene efectos directos sobre la conducta (Flay y Petraitis, 1995).

Otro esquema de las teorías que fundamentan los programas de prevención en drogodependencias es el recogido por Becoña (1999), y que responden a la siguiente clasificación:

- TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA: Creencias, actitudes, factores cognitivos
- TEORÍAS CENTRADAS EN LOS ÁMBITOS MICROSOCIALES (familia, escuela, grupo de iguales)
 - El modelo Integrador de Elliot *et al.* (1985, 1989)
 - La teoría de los “Clusters” de amigos (Oetting y Beanvais, 1986, 1987)
 - El modelo de desarrollo social
- TEORÍAS CENTRADAS EN FACTORES INTRAPERSONALES (Personal y ámbito de lo emocional).
 - La teoría del autorechazo
 - La teoría “Multietática” del aprendizaje social
 - La teoría del autocontrol
- LA PROGRESIÓN EN EL CONSUMO: EL MODELO DE KANDEL
- LA TEORÍA INTEGRADORA DE AMPLIO ESPECTRO
 - La teoría de la “conducta problema” de Jessor y Jessor (1977, 1980).
- EFECTOS RECÍPROCOS: LA TEORÍA “INTERACCIONAL”

Como podemos ver se han desarrollado numerosas teorías, agrupadas en diferentes clasificaciones, para explicar el abuso de drogas, la mayoría de ellas tienen un valor limitado para proporcionar una explicación comprensiva de cómo y por qué se desarrolla el abuso de drogas y, lo que es más importante, para generar estrategias que podrían ser efectivas para la prevención (Botvin y Botvin, 1992), para estos autores sólo la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) y la teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977) proporcionarían un marco

conceptual teórico útil para la comprensión del abuso de drogas y el desarrollo de estrategias de prevención efectivas. Sin embargo, los modelos más difundidos en esta área de estudio son: el de Kandel y el de Jessor y Jessor, y con una perspectiva relativamente reciente, que subraya la existencia de efectos recíprocos entre la conducta problema y sus factores de riesgo. Y que por su presencia en los programas preventivos pasamos a analizar más detenidamente.

a) El Modelo Evolutivo de Kandel

El modelo de Kandel (1980; Kandel *et al.*, 1978) es uno de los más prestigiosos en el estudio del consumo de drogas. Su característica más sobresaliente es la visión evolutiva del consumo; el modelo especifica como se va implicando el sujeto, desde los primeros contactos con las drogas legales, hasta el consumo de drogas ilegales.

En general, los factores sociales parecen más importantes en las primeras etapas del consumo, mientras que los factores psicológicos cobran mayor peso en etapas posteriores. Además, dentro de los propios factores sociales, en diferentes momentos son importantes diferentes aspectos. En las primeras etapas, el modelado de los padres parece crítico; en etapas posteriores la calidad de las relaciones entre padres e hijos cobra importancia. Así mismo, en lo que se refiere al grupo de amigos, Kandel sugiere que el entorno grupal más amplio influye en el consumo de drogas legales y de cannabis; sin embargo, la transición a otras drogas ilegales puede estar influida por amigos más íntimos. Este conjunto de influencias va ejerciendo sus efectos durante la adolescencia. La progresión en el consumo se va produciendo desde los 10-12 años hasta los 18-20 años. En este sentido, un aspecto importante de los planteamientos de Kandel es que, cuanto más temprana sea la iniciación en el consumo, más probable es que se produzca un avance hacia etapas posteriores.

Becoña (1999) ha afirmado que el modelo de Kandel ha mostrado su utilidad en diferentes ámbitos geográficos, entre ellos, nuestro país (Luengo, Otero, Mirón y Romero, 1995, Recio, 1991) y sus supuestos son asumidos por múltiples programas de prevención. De acuerdo con Kandel, la prevención debe tener como

objetivo, retrasar la edad de inicio en el consumo, para evitar el avance hacia patrones problemáticos. Además también se afirma que, previniendo el consumo de drogas legales prevenimos también la progresión hacia sustancias ilegales. Planteamientos que, como veremos más adelante, no compartimos.

b) Modelo de la Teoría de la Conducta Problema

Varios de los modelos comentados en este apartado integran una amplia cantidad de factores de riesgo (el modelo de Catalano y Hawkins, el de Oetting y Beauvais, el de Simons y Cols). Sin embargo, el modelo de Jessor destaca por sus amplitud; en él, se organizan hasta 50 factores diferentes (Donovan, 1996) pertenecientes a ámbitos como la personalidad, los contextos socializadores o el entorno sociocultural. El modelo nace a finales de los años 60 y, desde entonces, ha sido desarrollado y consolidado en múltiples trabajos (Donovan, 1996; Donovan, Jessor y Costa, 1988; Jessor *et al.*, 1990; Jessor, 1992).

El modelo de Jessor explica el desarrollo de diferentes conductas consideradas como problemáticas durante la adolescencia: el consumo de drogas, la delincuencia o las actividades sexuales prematuras y/o agresivas. Esta teoría fue de las primeras en reconocer que diferentes tipos de conducta desviada respondían a iguales determinantes. De hecho, fue este modelo el que acuñó el término de “conducta problema” para referirse a diversos comportamientos adolescentes, objeto de reprobación por parte de la sociedad convencional, que pueden ser explicados por los mismos factores de riesgo (Becoña, 1999).

Concretamente, Jessor define a las conductas problema como aquel tipo de actividades que son socialmente definidas como problemáticas, que son fuente de preocupación o que se consideran indeseables por las normas convencionales. Además, su ocurrencia conlleva algún tipo de respuesta de control; esta respuesta puede ser leve (la reprobación, la amonestación por parte de los adultos) o puede ser más severa (por ejemplo, el encarcelamiento).

De acuerdo con esta teoría, la conducta problema es propositiva, instrumental y funcional. El adolescente se implica en estos comportamientos con

el fin de lograr ciertas metas importantes en su desarrollo. Por ejemplo, la conducta problema puede ser una vía para ganar respeto y aceptación en el grupo de amigos, para establecer la autonomía respecto a los padres, para enfrentarse a la ansiedad o a la frustración, a la anticipación de fracaso, etc. Jessor sostiene que no hay nada irracional o psicopatológico en tales metas. Son objetivos característicos del desarrollo psicosocial, de modo que la intervención debe proporcionar recursos para lograr esas mismas metas, pero de un modo saludable. Y sería en esta última parte en la que estaríamos de acuerdo con Jessor, pero no problematizaríamos la conducta de los adolescentes, ni extenderíamos esa larga lista de factores de riesgo, basados en la mayoría de ocasiones en aquellos aspectos que son molestos para la sociedad, porque no responden al modelo convencional o normalizado bajo el que han sido educados. Recordemos que si un grupo social determinado (en este caso, adolescentes), solicita un tipo de respuesta diferente a la establecida socialmente y que, a su vez, puede ser ésta un síntoma de la necesidad de un cambio social, no puede ser interpretado como comportamiento desviado ya que implica reformular nuestro sistema social. Se corre el riesgo de etiquetar a nuestros jóvenes y adolescentes con calificativos negativos, desnaturalizando algo que les es propio, su capacidad de cuestionar todo, y se corre el riesgo por tanto, de pretender que éstos jóvenes respondan a un modelo normativo de valores, siendo meros reproductores del sistema social imperante, cuando cuentan con un potencial transformador y tendrían que escucharse, no etiquetarse, para reformar, cuestionar y replantear nuestra forma de vida.

Otra cuestión que ha impedido el mayor avance en el estudio de los factores de riesgo y protección es no disponer de instrumentos sencillos para evaluar el gran número de los que se han propuesto en la literatura. Su evaluación conjunta con los instrumentos que han llevado a su descubrimiento sería muy prolija y compleja. Por ello, se han hecho pocos intentos por apresar un número importante de factores de riesgo, aunque ésta es una cuestión en la que se está trabajando actualmente. Por ejemplo, Pollar *et al.* (1997) han realizado un extenso estudio dada la necesidad de evaluar estos factores, elaborando para ello un cuestionario que evalúa los factores de riesgo y protección ya enumerados previamente, que

agrupan en los dominios de la comunidad, escuela, familia, el individuo y los iguales.

La prevención está encaminada, en estos casos, a evitar que la población se inicie en el consumo de las drogas. La clave del éxito en el desarrollo de programas radica en la comprensión de la influencia psicosocial y los procesos que facilitan o impiden el comienzo de este comportamiento. Pero, ¿realmente se puede esperar que estos programas tengan éxito si como venimos reiterando, el consumo de drogas se presenta en todas las sociedades a lo largo de la historia? Muy pocos son los modelos, como hemos podido comprobar, que apuesten por la capacitación de los individuos, y cuyo objetivo sea promocionar la formación de comunidades y personas autónomas, generadoras de su propio bienestar, y con capacidad de decisión sobre la utilización que desean realizar sobre determinados consumos de drogas. En realidad, más bien, siguen empeñados en generar una sociedad de abstemios totales.

Lo que se pretende básicamente transmitir es que las teorías y modelos que se han puesto y se han utilizado para la prevención de las drogodependencias tienen que ser la base de la práctica; esto es, para la aplicación de los programas preventivos. Y que, al mismo tiempo, la práctica tiene que permitir mejorar las teorías y modelos que se han propuesto para explicar la etiología y el consumo de drogas. Por ello es imprescindible el feedback mutuo ente uno y otro. Sería, pues, el momento de realizar un análisis exhaustivo de la realidad, ya que los adolescentes son uno de los grupos que consumen drogas, pero el único. Es necesario actuar aceptando a cada uno de los grupos sociales con sus características, sin estigmatizarlos, como se propone en ocasiones y, sobre todo, con aquellos colectivos que son más vulnerables, y que en muy pocas ocasiones son tomados en cuenta como agentes de cambio de nuestra sociedad.

2.2. PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS JÓVENES

Existen diferentes maneras de educar e informar a los adolescentes sobre la utilización de las drogas. En algunos casos, la pretensión será prevenir, en otros frenar su consumo, en otros tratar sus dificultades, los problemas aparecidos y en otros, los menos, la promoción de estilos de vida saludables. Nuestra pretensión es fomentar la capacitación de las personas, para que puedan vivir con las drogas (las consuman o no) sin llegar a situaciones problemáticas, donde la promoción de estilos de vida saludables sería la protagonista; pero ante una situación planteada como problemática, por la generalización de su consumo y que no siempre se realiza de forma controlado, entendemos que tal vez sea más urgente prevenir el consumo abuso de drogas, sin dejar de promover actitudes y hábitos saludables en las personas y comunidades.

La ausencia de adolescentes en los dispositivos sociales, en los servicios montados para atenderlos, es probablemente la mejor demostración de esta especie de antipatía previa que los jóvenes muestran hacia estos servicios. Probablemente muchos profesionales se refugien en su conocimiento y en sus normas, como manera de no superar sus dificultades de acercamiento positivo a los adolescentes. Se requiere de una apertura previa para prestar la atención cercana que necesita el adolescente, sin juzgarle, señalando lo que hace mal o las patologías de las que es portador.

En todos los campos de las Ciencia de la Educación, de la intervención social, o simplemente de las relaciones sociales, conviene acercarse a la persona a la que se presta atención, desprovistos de prejuicios, de prevenciones, de imágenes excluyentes y etiquetadoras. Acercarse a los adolescentes también supone adoptar, de entrada, una mirada positiva. Sin embargo, algunos adultos están plagados (unos más que otros) de clichés y contradicciones, al considerar a los adolescentes como unos personajes socialmente problemáticos; en este sentido encontramos los argumentos de la teoría de la Conducta problema de Jessor (1991). Apenas pueden

dejar de mirarlos como si estuvieran “fichados”. Siendo incapaces de mirar sin juzgar, cuando los adolescentes suelen emitir primero mensajes y peticiones de comprensión (García, 2000). Para actuar desde una perspectiva abierta, que permita acercarse a los jóvenes, es necesario desprenderse antes de prejuicios, de ciertas rigideces, de los engaños y las trampas de los que suele estar llena una gran parte de la información, aunque aparezca como científica.

Parece ser que, es en términos de placer y vivir como hay que dirigirse a los adolescentes, con argumentos que les toquen de cerca y que sean coherentes. Aunque es preciso ser conscientes de que no existe la “receta” para dirigirse a los jóvenes, los mensajes suelen acabar por prohibirles que sean lo que son, adolescentes, es decir, seres humanos que necesitan que se les hable de lo que les importa y sobre todo que se les escuche. Toda comunicación autoritaria “tiene todos los números” para ser rechazada (García, 2000). El joven se ha rebelado y casi siempre ha manifestado su opinión. La juventud es libertaria (Mendel, 1977) en cuanto que rechaza la autoridad. No rechaza la autoridad del grupo o de sus iguales sino la autoridad-poder, la autoridad del “es así”, la autoridad social incuestionable y todopoderosa. Es necesaria una visión sobre la adolescencia, que valore el gusto del intercambio con los más jóvenes, la consideración de su personalidad, de que los acepte tal como son; por sus opciones, sus talentos, sus contradicciones y sus esperanzas. Quizá, esa sea la razón del éxito de las orientaciones que impulsa la participación de los jóvenes, la formulación y la expresión de las preguntas que se hacen sobre la vida en general, sobre su relación con el mundo, es decir, sobre la capacidad para utilizar del mejor modo su potencial vital y ampliar sus necesidades y recursos.

El éxito para conseguir una participación voluntaria y espontánea que surja de los propios sujetos, reside en la capacidad de pasar de la mera justificación de las intervenciones con jóvenes, a construir un compromiso y alimentar una relación de solidaridad. Evidentemente, ello precisa de la participación activa de jóvenes y adolescentes en el descubrimiento de las pautas que favorecen o limitan su calidad de vida. Dicho de otro modo, esta perspectiva implica que los jóvenes se interroguen sobre lo que realmente les interesa en la vida, detectar sus problemas,

los factores que provocan su malestar y establecer las vías que permitan sobrepasar sus límites y construir su proyecto vital. De este modo, coincidiendo con García (2000), se dejan de lado las clásicas evaluaciones de las conductas de riesgo que, a menudo, han generado mensajes preventivos de carácter prohibicionistas, procurando dotar educativamente a los individuos y grupos sociales de los recursos personales y comunitarios que son necesarios para afrontar las situaciones a las que se enfrentan, a través, fundamentalmente, de la inserción en la comunidad a la que pertenecen. Consecuentemente, la tarea educativa deja de presentarse como inculcación, para convertirse en un modo de creación de espacios donde los individuos pueden desarrollarse libremente, encontrando o creando por sí mismos recursos necesarios para dar respuestas a sus necesidades. De esta manera, la orientación y apoyo de la acción socioeducativa se hace compatible con la autoayuda y las redes de apoyo sociales establecidas por la propia comunidad, efectuándose en los espacios vitales (físicos y temporales) de los diversos sectores de la población, y para establecer estrategias de acción, preventivas o modificadoras de comportamientos poco o nada deseados.

El consumo de drogas es una realidad tan antigua como la humanidad misma y por más cruzadas que se pongan en marcha, y aunque los poderes establecidos declaren sistemáticamente la guerra contra la droga, drogas hubo, drogas hay y drogas habrá, por lo que suele ser como mínimo irreal pensar que los niños y niñas, los chicos y chicas adolescentes no se van a relacionar con ellas. Es irreal pensar que el objetivo central de la posible acción como adultos en el campo de las drogas sea la consecución de un mundo de abstemios. Por lo que es deducible que, estas guerras no tienen mucho sentido en la promoción de estilos de vida saludables. La pretensión básica ha de ser ayudarles a crecer, a madurar, a llegar a ser ciudadanos en un mundo en el que las drogas están presentes, sin que su consumo (si es que las consumen) les cree problemas o les destruya como personas.

Prevenir bajo estas premisas significa ayudar a saber elegir, decidir. La prevención en el campo de las drogas no es otra cosa que dotar a los chicos de recursos y capacidades para decidir, capacitarlos para convivir con la presencia de

las drogas. Tendrán que aprender maneras constructivas, personales de relacionarse con las drogas y en eso consistirá principalmente la tarea educativa, y más concretamente la Educación para la salud. En contraste con la mayoría de los programas de prevención en drogodependencias, que se centran básicamente en el aumento de la edad de inicio del consumo de drogas, identificando eso que han llamado “factores de riesgo” y “factores de protección”, acaban en la mayoría de los casos resultando contraproducentes, pues si en algo no se equivocan es en la capacidad etiquetadora de las conductas que encajan bajo esas dos categorías.

La reflexión y el trabajo en torno a la prevención, ha tenido que resolver multiplicidad de cuestiones, sin que se haya encontrado todavía la fórmula adecuada. Una de las formulas utilizadas tiene que ver con el papel de la información (Funes, 1996). Se sabe perfectamente que, las personas con problemas de drogas suelen saber mucho sobre sus efectos y no por eso abandonan el consumo de éstas. La información es necesaria pero no suficiente, por eso la prevención tiene que ver con generar actitudes y posicionamientos personales con respecto a determinadas conductas, la implicación de los afectados, la puesta en marcha de los recursos necesarios, etc. También ha habido épocas en las que se ha dado una gran primacía a las campañas publicitarias como elementos preventivos. Aunque estas campañas tan sólo pueden ser medianamente útiles si se dirigen a colectivos concretos.

No se puede intervenir sólo dando información sobre los efectos de las drogas; una parte de la prevención tiene que ver directamente con las drogas (las sustancias), pero, no es la única y exclusiva. Se trata de todo aquello que sirve para que los chicos/as tengan la información apropiada y puedan conocer, en este aspecto, el mundo que les rodea. Poco a poco tendrán que conocer los aspectos positivos, los inconvenientes y los problemas, desarrollarán sus actitudes y tomarán sus decisiones. La prevención tiene mucho que ver con acciones específicas que tendrán, indirectamente, algún efecto sobre los posibles usos actuales o posteriores de drogas. De esa manera, se enseña a un niño pequeño a relacionarse adecuadamente con los medicamentos. Se sabe que si aprende a no confiar en que todos los males de cabeza se los quita una aspirina, en el futuro, es

probable que no considerara necesario tomar una sustancia química cada vez que quiera cambiar su estado de ánimo. Educar al adolescente para que sepa resistir la presión que le hacen sus amigos, para comportarse de una manera común, podrá servirle cuando decida no beber o no fumar, aunque todos en su grupo lo hagan. Pero, desde luego, no se trata de adoctrinar y propagar que se debe rechazar sistemáticamente el consumo de sustancias psicoactivas.

Los adolescentes tienen poco interés por la simple información, a secas. Su posición es la del que quiere saber, pero en relación con su persona, con el momento vital que está atravesando, con sus inquietudes y sus preocupaciones. Estará bien que se hable con ellos sobre los efectos de los “porros”, si es que estos han aparecido en su entorno y forma parte de sus preocupaciones. Pero conviene estar preparados para contestar a sus preguntas sobre qué hacer cuando sus amigos fuman, o dónde está el problema si gente muy maja que ellos conocen fuman, o por qué no pueden probar y decidir después por su cuenta (García, 2000).

Sus interrogantes no esperan fundamentalmente información. Las respuestas que esperan del adulto tienen que ver con ellos mismos y su conducta, con los tanteos y las experiencias, con la búsqueda de coherencia, con la necesidad de encontrar su postura y su manera de ser, con la necesidad de calmar sus angustias, etc. La omnipotencia es esencial en la vida de muchos adolescentes. Se sienten llenos de vitalidad y con el convencimiento de que pueden dominar cualquier adversidad, de que a ellos no les afectará. Sintiendo que tienen toda la vida por delante, se preocupan simplemente por un presente feliz. La bronquitis crónica como amenaza no parece que ahora les disuada de fumar.

Entre los adolescentes, la educación sobre las drogas se transforma en un conjunto de actividades que tienen que ver (Funes, 1996) por ejemplo con:

Descubrir qué atractivos tienen para ellos las modas y la construcción de expectativas.

Capacitarlos para escoger, para detectar lo que quieren y lo que ganan.

Capacitarlos para decidir.

Ayudarles a aprender de sus experiencias.

Entre los adolescentes la Educación para la salud se ha de convertir en una educación para la gestión de un estilo de vida saludable. Con frecuencia se concentran las preocupaciones en las drogas, como si eso fuera lo único y lo más peligroso que puede pasarles en sus vidas (García, 2000). Pero está muy claro que hay otras muchas cosas que pueden complicarles su futuro, destrozando su persona. Su vida está empapada de riesgos, llena de situaciones, circunstancias, experiencias, que no siempre acaban bien. La tarea educativa entre los adolescentes no consiste en ampararlos y protegerlos, sino en conseguir que sus experiencias no sean definitivamente destructoras, y que maduren a partir de ellas. No se puede educar, en ningún aspecto, sin permitir que corran riesgos.

Calvo (1999) ha expuesto, al preguntarles a los propios interesados (los adolescentes), cuáles son las medidas preventivas que mejor aceptación tienen. Que nos encontramos con que, por un lado, piensan que los padres tienen la responsabilidad de controlar los excesos de sus hijos, los locales de encuentro “sin alcohol” alternativos también tienen una buena aceptación y, en último lugar, pondrían las medidas prohibitivas y la limitación. Por otro lado, afirman que hay medidas que no han servido hasta ahora para prevenir, entre ellas destacan la información, ya que los adolescentes con mayor consumo de alcohol son menos receptivos a las campañas informativas. Tampoco ayudan los posicionamientos rígidos de los adultos, ya que podemos estar cambiando la realidad al percibirla de una manera subjetiva, cargada con nuestro propio sistema de valores y podríamos tomar acciones poco acertadas.

Los espacios diseñados por la Administración suelen estar vacíos, a pesar de la cantidad de ofertas que se les ofrece, mientras vemos como están todos “apiñados” en el mismo local (y sobre todo en la calle al no haber en el interior), de pie y con la música a un volumen elevado. Tampoco han servido las campañas informativas basadas en el riesgo de consumir varias drogas, ni aquellas que se centran en el individuo, sino que por el contrario deberían ir dirigidas al grupo.

Los programas de Educación y Promoción de salud deben incidir en los aspectos positivos de no beber o beber con moderación, y cuestionar y delimitar los efectos positivos que los adolescentes le otorgan al consumo de alcohol. Para ello, en primer lugar hay que acabar con los “tópicos”: el alcohol no es un alimento, sino que por el contrario disminuye la glucemia, no estimula el apetito, sino que lo que hace es producir contracciones gástricas que se pueden confundir con la sensación de hambre, no quita el frío sino que produce una vasodilatación con pérdida de calor y posterior enfriamiento. No previene enfermedades, por el contrario, es productor de muchas de ellas. Había que trabajar sobre todo las que más arraigadas están en ellos, pero no negándolas totalmente: “se liga más, pero se funciona peor, y así luego hay malos rollos”, “es más fácil hablar y superar la timidez pero se dicen muchas “tonterías”, “puede parecer todo más bonito, la música, la gente, etc., pero es porque baja el nivel de exigencia”, “no es un estimulante, aunque al principio produzca euforia”.

Hay que revisar el diseño y funcionamiento de los espacios juveniles, bien encargando esta tarea a grupos ajenos a la Administración, en los que participarán los adolescentes y jóvenes, o bien intentando cambiar los existentes, bajando la música, teniendo zonas donde poder hablar, y también bajando el precio de las copas, que actualmente está fuera del poder adquisitivo de los jóvenes, y esto es una de las justificaciones para comprar los lotes compuestos por whisky o ginebra, refresco de dos litros, hielo y vasos. Habrá que dar mayor protagonismo a los jóvenes en el diseño de sus propios lugares de encuentro, con bebidas de baja graduación o ensayando bebidas exóticas, dirigidos por grupos ajenos a la administración y con educadores. Se deben poner en marcha muchos programas de entrenamiento en habilidades sociales entre los más jóvenes y la población adulta, llevados a cabo por los profesores, educadores, animadores socioculturales, para que puedan hacer frente a la presión de grupo (Calvo, 1999).

Quizás la clave para intervenir sea estar entre los adolescentes, escuchándolos en la calle, estar disponibles, y actuar sólo en situaciones problemáticas. De los mensajes de los adultos siempre van a desconfiar, pensando que se les quiere “comer el coco” (García 2000). Por esto, sería bueno tener

mediadores sociales, que puedan detectar el malestar existente, y preparar educadores sociales, que serían figuras de confianza para el adolescente. También se le debe dar mayor participación social para que puedan decidir libremente.

Otra medida podría ser incentivar presupuestariamente la creación de asociaciones y entidades juveniles, proponer exenciones fiscales o créditos blandos para la apertura o mantenimiento de bares sin bebidas alcohólicas o de baja graduación. Implicar en este proceso a padres y vecinos del barrio. Desde las asociaciones de vecinos proponer actividades culturales y deportivas (que tanta aceptación tienen en los jóvenes), financiando estos programas.

Hablamos de que la adolescencia es socialmente problemática, pero es porque obliga a modificar el sistema familiar, la escuela, los valores y formas de agrupación. La intervención tiene que pasar primero por estar en su ambiente, escuchar sus peticiones, estar disponible y ofertar situaciones que sean atractivas al grupo en su conjunto.

2.2.1. Dificultades y contradicciones de la intervención

Fundamentalmente, hay que llevar un especial cuidado para dejar patente cuáles son las reglas del juego, pues los adolescentes son unos “personajes” a los que no se puede leer en clave de problema, de enfermedad, a los que es necesario leer en clave evolutiva, en función de su condición adolescente, esto es, de transición vital.

Pero las dificultades en las intervenciones no sólo se derivan de las características que definen a los adolescentes, sino, como ya hemos mencionado, de la percepción que los adultos tienen de ellos, y de sus comportamientos. A modo de ejemplo, comentaremos las conclusiones del estudio de Investigación llevado a cabo por Megías (2000b) sobre los valores asociados al consumo de drogas en la sociedad española. Según este estudio, el consumo de drogas no se relaciona tanto con la pérdida de valores como con la emergencia y la enfatización

de aquellos que nuestra sociedad considera adecuados para el actual sistema social y económico. A la inversa, serán una serie de valores no normalizados y relacionados con el altruismo, la solidaridad con el entorno y la participación política los que se asocian a un consumo de drogas controlado, cuando éste se presenta.

Según este estudio, cuando los españoles se pronuncian sobre los valores que caracterizan a los consumidores de drogas se produce una dificultad fundamental, casi un bloqueo inicial. El consumidor de drogas, cuando se identifica con el estereotipo del consumidor de heroína, el “yonki”, es el prototipo del “no valor”. Es alguien extraño a lo social, que como tal despierta rechazo o lástima, y se convierte en inimaginable que sea portador de los valores que, más o menos, conforman lo colectivo.

Los españoles viven una disociación clara. Las drogas y los consumidores de drogas, en tanto que son vistos como algo ajeno a lo social (a través, fundamentalmente, del estereotipo de la heroína y de los heroinómanos), se sitúan al margen de los valores: no los tienen en absoluto. En cambio, cuando son percibidos de manera más próxima (los consumos de fin de semana, los consumos experimentales, los consumos más recreativos, los consumos más percibidos como ligados al éxito social), las drogas y los que las consumen son situados en una categoría mucho más normalizada y no suscitan la atribución de contravalores.

Es más, resulta enormemente significativo cómo la sociedad adulta vive ese tipo de consumos como “cosa de jóvenes”. Consumir drogas resulta lo esperado de los jóvenes, hasta el punto de que cuando se habla de los valores de los consumidores se termina hablando de los valores de la juventud. Es “cosa de jóvenes” ser aventureros, tener curiosidad, ser solidarios, ser altruistas, ser buen amigo de los amigos y consumir drogas. Los propios jóvenes, que perciben que están situados en ese espacio por el colectivo social, se sienten sin responsabilidad de su propio comportamiento: hacen lo que se espera que hagan, incluso lo que se les pide que hagan. Pero no pueden evitar hacerlo desde una cierta perplejidad; ellos no se sienten, ni de lejos, portadores de esos valores ideales atribuidos. Viven

la misma disociación que los mayores, y se mueven entre la tranquilidad de la normalización de su comportamiento de consumo y el temor por los riesgos del mismo. Muchas veces solucionan esta confusión con otra maniobra disociadora: el consumo propio es el normal y el de los otros es el “descontrolado”; la actitud propia es la legítima y la de “los que desfazan” es la irresponsable.

El hecho más relevante es que existe una escasa conciencia entre los jóvenes acerca de los riesgos que comporta el consumo de drogas, especialmente el alcohol, que al ser una droga legal, con un alto nivel de aceptación, se tiende a minimizar sus efectos negativos y a no detectar situaciones de abuso (Luce *et al.*, 1995). El alcohol y otras drogas están implicadas en accidentes de tráfico, en actividades sexuales de riesgo, o en ejercer comportamientos violentos en los demás (Windle *et al.*, 1990). En la presente investigación se pone en evidencia esa falta de conciencia. Al preguntar si existe peligrosidad ante el consumo de unas determinadas sustancias y frecuencias, un porcentaje importante de jóvenes ha contestado de manera tolerante ante el consumo.

La gran preocupación que ha generado en la sociedad europea, durante los últimos 15 años, la amplitud que ha adquirido el fenómeno recreativo y la aparición de nuevas drogas, como el éxtasis, han planteado con urgencia la necesidad de la prevención. También hay que tener en cuenta el reciente e indudable éxito de las políticas de reducción de daño en el campo del tratamiento, que ha hecho pensar en un enfoque similar para este campo del consumo recreativo. Se trata de jóvenes muy diversos, que en general tienen un elevado control sobre amplias áreas de sus vidas, entre los que hay muy diferentes niveles de implicación en el uso de las drogas, siendo la mayor parte de las veces un consumo intermitente u ocasional. Es posible y se debe introducir elementos de reducción de riesgos en las intervenciones preventivas dirigidas a estos jóvenes, pero no parece lógico ofrecer sólo elementos de reducción de riesgo en forma de folletos informativos, sobre como utilizar con menos riesgos unas drogas determinadas. Los folletos informativos también tienen su lugar dentro de estas estrategias, pero sus contenidos deberán adecuarse a criterios preventivos más

globales, definiendo mejor cuáles van a ser los destinatarios. Pero, sobre todo, deben empezar a promocionar estilos de vida saludables.

Nos introducimos en el tema de la prevención de estos consumos recreativos, un campo relativamente nuevo y poco desarrollado, y que presenta muchos retos tanto a la hora de pensar en ella, como en su puesta en práctica. Los programas preventivos más desarrollados pertenecen al ámbito escolar del que existe una abundante experiencia, y que, además, supone trabajar en unas condiciones relativamente estables al tratarse de un grupo bien ubicado, que comparte unos horarios, que tienen la misma edad, etc., lo cual, además, facilita la prevención del consumo abusivo de drogas recreativas, y nos obliga a entender toda una cultura juvenil muy potente, desarrollada y en constante evolución, siendo las drogas muchas veces un elemento cultural más, aunque, desde luego, de elevado poder simbólico.

¿Qué se puede hacer? Desde luego, insistir en la prevención primaria, sea en la escuela, en la familia o en la comunidad, puesto que es la que debe proporcionar al joven la capacidad de poder elegir entre consumir o de qué forma hacerlo,... el tipo de amigos con los que se quiere estar, etc. Y cuando se trate de actuaciones dirigidas directamente al ambiente recreativo, existe un amplio abanico de posibilidades de actuación entre las que destacamos, conseguir un ambiente más saludable (formación de los porteros de las discotecas, existencia de transporte público nocturno, máquinas de preservativos fácilmente accesibles, etc.), normas de control (respetar horarios de cierre, cumplimiento de la legislación sobre menores,...), búsqueda de alternativas de diversión durante el fin de semana, que no sean los bares y discotecas; se ha empezado a poner en marcha en algunas ciudades españolas por parte de los ayuntamientos, programas de autoayuda o de movilización de los propios jóvenes que tienen problemas con los consumos de los que hay alguna experiencia en algunas ciudades europeas; actividades e informaciones culturales dirigidas a intervenir en la misma definición de lo que es la diversión, tal como viene implícitamente definida por los intereses económicos de la propia industria del tiempo libre.

2.3. ACTUAR DESDE LA EDUCACIÓN: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Podemos preguntarnos por el papel de la educación en una sociedad donde las drogodependencias están presentes; y los valores se educan en contextos de realidad, es decir, en la interacción que la persona lleva a cabo con los demás, con el entorno y con la realidad en la que vive (González Lucini, 1994). Y nos encontraremos que, entre los recursos preventivos de los problemas de drogas, aparece la escuela con una relevancia primordial. Aquí, conviene recordar la gran variedad de usos y abusos que se dan en relación con las diferentes sustancias que llamamos drogas. Encontramos desde consumos de tipo experimental, con usos más o menos sociales entre los estudiantes, hasta claros consumos abusivos, en los que aparece el riesgo de sobredosis e incluso de dependencia de alguna sustancia. En diferentes estudios relacionados con el consumo de drogas, se puede encontrar abundante información sobre el consumo de diferentes drogas entre niños, adolescentes y jóvenes (Elzo *et al.*, 1996, Aguinaga y Comas, 1997).

Como ha señalado Escámez (1990), la educación está integrada en el sistema social, de forma que las propuestas educativas están continuamente influyendo en la sociedad y ésta, en su transformación, incide de forma renovadora en el sistema educativo. Es lógico que un problema social, como las drogodependencias, se transforme también en un problema educativo.

La realidad social y las numerosas investigaciones realizadas sobre drogodependencias (Bas, 2000) han contribuido a que se produzca un notable avance en el sistema educativo, y se acepte, de manera mayoritaria, que los contenidos relativos a la prevención del consumo de drogas son absolutamente básicos para la formación integral de la persona. Como afirma Elzo *et al.* (1994), la capacidad socializadora de la escuela está relacionada con una visión de ésta como formadora de personas libres y autónomas, y el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, etc., produce dependencia, reduciendo y limitando las posibilidades de elección.

Vivimos momentos de gran preocupación por la acción educativa, por entender que nuestro futuro depende precisamente de la formación que ofrezcamos a los niños de hoy. Los problemas que afectan a la humanidad no son ajenos a esa acción educativa. Por esta razón, la Comisión Internacional para la Educación en el Siglo XX, presidida por Delors (1996), en su informe "La educación encierra un tesoro" recuerda los pilares básicos de aquélla: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a convivir. Son las metas básicas de la acción educativa en general y, por esta razón, los objetivos prioritarios de la educación sobre las drogas.

Existe un reconocimiento mundial del papel imprescindible que, entre las respuestas a los problemas relacionados con los consumos de drogas, tienen que jugar las escuelas. En este sentido este espacio educativo se convierte en fundamental, pues la etapa escolar resulta decisiva para la formación y la maduración de los niños, adolescentes y jóvenes. Vega (1986) ha señalado, en líneas generales, los objetivos que la educación tiene como instrumento preventivo dirigido a toda la comunidad:

- Distribuir una información de base sobre el tema para niños, padres, educadores y comunidad en general
- Promover una mejor comprensión de los problemas causados por las drogas
- Promover a los jóvenes soluciones y alternativas capaces de responder a sus necesidades y aspiraciones
- Desmitificar el fenómeno de las drogas en los jóvenes y desdramatizar el pánico de padres y educadores
- Establecer mecanismos de formación de educadores y personas que puedan influir en las diferentes comunidades y regiones
- Tener en cuenta y analizar la realidad en la que vive el individuo, para, con un sentido crítico, promover la transformación personal y social del mismo
- Suscitar y coordinar la acción comunitaria para la humanización de todo el medio

Proveer de recursos adecuados

La necesidad de articular la educación formal con la realidad social no es nueva, como ya hemos señalado anteriormente, se reconoce y se regula con la LOGSE. Y como ha señalado Bas (1997), en consecuencia, hay que dar respuestas educativas a las nuevas demandas de la sociedad, entre las que se encuentra la prevención de drogodependencias. Hacerlo, implica contribuir a difundir y comprender la actual concepción de entender el papel del centro educativo, el proceso de enseñanza-aprendizaje, la formación del profesorado y su desarrollo profesional, necesario para facilitar el desarrollo de ciudadanos y ciudadanas capaces de participar, asumir responsabilidades, tomar decisiones responsables e integrarse con normalidad en la sociedad, sin recurrir al consumo de sustancias tóxicas como mecanismo de integración en el grupo de iguales, de vía para resolver sus problemas o de acceso al mundo adulto.

En materia de Educación, es con la promulgación de la LOGSE (3 de octubre de 1990) cuando se establece, de forma concreta, la inclusión obligatoria de la Educación para la salud y, dentro de ella, la prevención de drogodependencias. De esta forma, se establece el marco de referencia legal que posibilitará mayores niveles de concreción mediante su desarrollo en Decretos. Pero recordemos que, *“la escuela no es un medio aislado de los conflictos sociales externos a ella... Al querer olvidarlos, los reproduce acríticamente la mayoría de las veces”* (Gimeno, 1992: 153). Por tanto hemos de ser conscientes de que,

“... los cambios en las personas no se producen por “Decreto” sino que se requiere, además, diferentes estrategias educativas y sociales, para responder a las nuevas necesidades de una sociedad dinámica, ya que la escuela y los profesores no enseñan cultura o conocimiento en abstracto, sino reconstrucciones de los mismos, inscritos dentro de instituciones y prácticas cotidianas” (Whitty, 1985: 37).

Desde 1990, la LOGSE ha constituido un avance importante para la integración de la prevención de drogodependencias en el currículo escolar.

“El informe de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de la Droga (1995) afirmaba que la prevención frente al consumo indebido de drogas debe ser el objetivo prioritario de la intervención pública y ha de ser una tarea del conjunto de la sociedad, de los poderes públicos, de las ONGs, de la comunidad escolar, de la familia y de los medios de comunicación” (Bas, 2000:13).

En la revisión de las políticas europeas de prevención de drogodependencias en el ámbito escolar, destacan el acuerdo que existe entre los países miembros de la Unión Europea respecto a la política de prevención del abuso de drogas, así como la necesidad de reforzarla desde el ámbito educativo. Künzel-Böhmer, Bühringer y Janik-Koneeny, (1994) incluyen una visión actualizada, amplia y profunda sobre las aportaciones en prevención de drogodependencias, y nos ofrecen las conclusiones aportadas por la revisión de los resultados de las investigaciones americanas y europeas en las que se indica que las intervenciones para prevenir el abuso de drogas son efectivas; el concepto de “factores de protección” es más útil a los esfuerzos preventivos que el concepto de “factores de riesgo”; los esfuerzos preventivos requieren enfoques planteados a largo plazo; la información como medida central de la acción preventiva debería disminuir su importancia; el entrenamiento de adolescentes en “habilidades para la vida” es una medida preventiva eficaz; el enfoque sobre “alternativas de consumo” puede resultar un complemento útil a los programas escolares; los enfoques basados en la “educación afectiva” deben ser considerados con atención; los programas preventivos deben iniciarse cuando los niños son muy pequeños; las medidas preventivas son más eficaces para los grupos de no consumidores, que para los grupos que mantienen consumos experimentales o regulares; conjuntamente con la familia, la escuela puede cumplir una función preventiva esencial; la selección y la formación de los educadores es un factor determinante de la eficacia de un programa escolar, programas conjuntos aplicados desde la familia, la escuela y el

grupo de iguales de forma coordinada y mantenida, son los más eficaces. Como señala el programa PIPES (Programa Integral de Prevención Escolar), se trata de formar personas autónomas, en las que la incorporación de valores, actitudes y comportamientos saludables, contribuyen a la configuración de un estilo de vida lo más saludable posible.

La prevención del uso indebido de drogas, enmarcada en una estrategia más global de promoción de la salud y el bienestar, ha sido formulada como el objetivo prioritario del Plan Nacional sobre Drogas (1999). A la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, como máximo órgano responsable de la ejecución del Plan, le compete definir una política estratégica global que, desde el consenso, posibilite la estabilidad de los programas y actuaciones preventivas, su constante evaluación y su progresiva mejora. Tarea que todavía hoy parece estar pendiente, por muy buenas que parezcan las intenciones.

2.3.1. Nuevos horizontes: reformulando el Contexto Educativo

Un marco ideal para la prevención del consumo abusivo de las drogas desde temprana edad sería el ámbito escolar, y especialmente desde la existencia de escuelas promotoras de salud, donde se desarrolla el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud, que posibilita el pleno desarrollo físico, psíquico y social de los escolares, que favorece buenas relaciones entre todos los miembros de la comunidad educativa y de ésta con su entorno, sin olvidar la dotación de conocimientos y recursos para actuar. Sin embargo, que este modelo educativo se implante significa que no podemos olvidar, como señala Hargreaves (1998), que las reglas del mundo están cambiando. Es hora de que las reglas de la enseñanza y del trabajo de los docentes varíen con ellas. Dicho de otro modo, implica que el sistema de enseñanza responda a las demandas sociales reales. En todo este proceso no debe hablarse de “droga” de forma aislada, sino del desarrollo y creación de hábitos que puedan facilitar la creación de estilos de vida más acordes con modelos saludables donde el sujeto sea parte totalmente activa.

Con la esperanza y el deseo de contribuir a una educación más orientada a facilitar el aprendizaje y la maduración de los alumnos que a la mera adquisición de conocimientos, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1999) ofrece a la comunidad escolar una aproximación a la prevención de las drogodependencias, desde la perspectiva de la integración en la Educación para la salud.

Como ya hemos mencionado, entendemos la Educación para la salud enmarcada en la atención de promoción de la salud, y ésta se identifica con los siguientes presupuestos (VV.AA., 1991):

1. No se intenta prevenir ningún problema concreto sino promocionar en sentido amplio la salud de los sujetos, que garantice la creación de hábitos, estilos de vida y recursos orientados al bienestar individual y colectivo. La promoción de la salud no va dirigida en exclusiva a grupos de población que corren un riesgo concreto sino a toda la población, si bien tendrá en cuenta la existencia de determinados individuos que necesitarán de una mayor incidencia en los distintos momentos de la vida.
2. La actitud es crear y construir hábitos y estilos de vida, no sólo con el fin de paliar consecuencias negativas de diferentes problemáticas puntuales. El objetivo que debe estar siempre presente es responsabilizar individual y colectivamente a la población de su desarrollo personal.
3. Los conceptos que se derivan son más positivos, en cuanto que su postura fundamental está basada en un actuar y crear una mayor disposición de decir sí a situaciones que van a provocar un mayor bienestar.
4. El desarrollo exhaustivo de actividades que posibiliten que el sujeto pueda sentirse satisfecho con la utilización de sus propias capacidades y con el uso de todo lo que el entorno le ofrece.
5. Todos serían participantes activos en este proceso de adquisición de hábitos y estilos de vida. No se trata de recibir indicaciones

pasivamente -que queda demostrado que de poco sirve-, sino que el propio sujeto y sus colectivos de inserción social son quienes, de forma activa, consiguen cambiar su actitud y las líneas que definen su entorno, en orden a conseguir que las personas estén más satisfechas con su actuación y puedan aproximarse a marcos de desarrollo integral.

6. Es una tarea de promoción de todos en los diferentes ámbitos de actuación. Todos estamos implicados en desarrollarla. La importancia del papel de los profesionales (educadores, sanitarios, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), es tan relevante como el de la familia, los grupo de iguales y las asociaciones juveniles.
7. Es toda la población quien se promociona de forma responsable. El protagonismo pasa a los grupos que decidan implicarse en la tarea de desarrollar estilos de vida más cercanos al desarrollo de la autoestima, de la reflexión crítica, de la responsabilidad.

Desde el punto de vista educativo y preventivo, la escuela ha de contribuir al desarrollo de la identidad y la aceptación del propio cuerpo, la autoestima, la resistencia a la presión de grupo, así como a promover asesorando y orientando al adolescente en los distintos aspectos que pasan a ser preponderantes en su vida y sus relaciones: la sexualidad, el grupo de amigos, la experimentación de nuevos roles, su identidad personal, su tiempo libre, etc. En este sentido, las Administraciones Públicas empiezan a pronunciarse y a intentar, aunque tímidamente, dedicar cada vez más esfuerzos para centrar sus actuaciones en la promoción para la salud en el medio escolar, en la mejora de la calidad de vida de la población juvenil y en la participación de los agentes sociales, en un marco de colaboración entre los servicios escolares, juveniles y de salud, que todavía hoy consideramos insuficientemente desarrollado.

La Educación para la salud se convierte, pues, en una de las mejores respuestas para prevenir situaciones de desventaja y conflicto, posibilitando la intervención tanto en aras de la mejora de los procesos de tratamiento y reinserción para los que la Educación para la salud busca también dotarles de sentido,

ofreciendo alternativas y modos de vida que permitan una vida más llevadera, que favorezcan la inclusión y combatan las diversas formas de marginación social (Soto, 2001), con la que la mayoría de los actores sociales están de acuerdo.

El modelo médico tradicional imprimió un carácter restrictivo y negativo a la salud, que se definía como *ausencia de enfermedad*. La definición de salud elaborada por la OMS en 1948 se sitúa en el origen de la nueva línea de salud amplia y positiva que dice así: “Salud equivale a un completo estado de bienestar físico, mental y social que no consiste únicamente en una ausencia de enfermedad”.

Es cierto que esta definición aporta a la salud un carácter positivo (centrándose en los factores de promoción, no en los de riesgo), pero también perfila una engañosa idea de bienestar, por la que ha sido criticada, ya que ese término en muchas ocasiones se suele asociar a consumo y a clases acomodadas. También fue cuestionada por dotar a la salud de un carácter estático, al calificarla como un “estado”. La salud se caracteriza por ser dinámica; no se mantiene sino que cambia porque está determinada por factores como el medio ambiente, el estilo de vida, la propia biología humana y el sistema de asistencia sanitaria (Sarlet 1996). Tampoco es de recibo, el empleo de la palabra “completo”, ya que haría del bienestar una proyección imposible de realizar.

Ante las críticas recibidas la OMS elaboró una nueva concepción de salud en la Declaración de la Estrategia Mundial para la salud para el año 2000, donde se recoge que la salud es aquel “estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento para trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad.” Esta nueva declaración de la salud se concibe desde una perspectiva comunitaria y participativa que interrelaciona al individuo y la comunidad. Por otra parte, también da importancia al autocontrol, a que las personas desarrollen sus propios recursos, lo que posibilita un mejor y nuevo equilibrio humano.

La prevención de las drogodependencias tiene en la Educación para la salud un referente esencial y una herramienta de trabajo. Como ya ha quedado reflejado, la Educación para la salud es un “conjunto de prácticas formativas” dirigidas a la promoción de la salud con el objetivo de capacitar a las personas para su adaptabilidad, o lo que es lo mismo, preparar a las personas para que adopten estilos sanos y para actuar sobre aquellos factores del medio que le son desfavorables como, por ejemplo, la dependencia (Soto 2001).

El modo de vida de una persona puede dar lugar a patrones de conducta que son beneficiosos o perjudiciales para la salud. Sin embargo hay que tener en cuenta, también, que no hay estilos de vida prescritos como “óptimos” para todo el mundo; y que hay que actuar tanto sobre la persona como sobre los factores del entorno global, social y cultural. El callejón sin salida al que ha conducido, en muchas ocasiones, la apreciación científica en el marco de la salud, ha dejado de lado no sólo las opiniones e intereses concretos de los destinatarios de las actuaciones estructuralmente definidas, sino también ha menospreciado la diversidad de valores y culturas existentes en cada contexto específico. De este modo, el paradigma clásico de la salud ha pasado de largo ante las construcciones de significado producidas por los actores sociales, que intentan cotidianamente dar sentido a su realidad social, incluida su realidad de salud y su relación con el consumo de drogas.

Las situaciones reales afectadas por el consumo de drogas exigen, pues, un tipo de orientación y aproximación diferente a la ofertada por la racionalidad tecnológica que, normalmente, escapa a las categorías aplicadas en los ámbitos físico-matemáticos. Por ello, el proceso de aproximación basado en la reflexión (Schön, 1992; Mezirow, 1994) no descarta *a priori* ninguno de los elementos que pueden intervenir o presentarse en los procesos educativos para la salud.

La aparición de nuevas formas de estructuración y organización social, como las diversas modalidades de grupos de autoayuda, son un signo de este nuevo modo de entender la salud, que niega a los “expertos”, codificados por el sistema, un papel especialmente predominante y determinante en los comportamientos

relacionados con la salud. Algo que, además, iba siendo requerido ante la incapacidad del sistema tecnocrático de salud para hacer frente a las necesidades de salud de los ciudadanos en el campo del consumo de drogas. Éstos están aprendiendo progresivamente que, en la configuración de sus estilos de vida orientados a mejorar la calidad de su existencia, lo fundamental es saber plantearse los problemas sobre los temas que les afectan para resolverlos en la medida de sus posibilidades y recursos, en vez de encontrar respuestas “correctas” a preguntas preconstruidas (Clark y McLeroy, 1995).

Lógicamente, y como ya hemos planteado esta actividad requiere una condición ineludible: la participación de los interesados en la construcción de su realidad social de salud, para apropiarse del conocimiento y de los modos de ejercerlo en relación a su salud y calidad de sus vidas. De modo especial, esto es cierto en cuanto a la búsqueda de soluciones a los problemas que, como el consumo de drogas, no han podido ser resueltos por las vías usuales y que requieren de una acción creativa, normalmente alejada de los bien “engrasados raíles” de la percepción burocrática y reduccionista de la salud, que ha sublimado la utilización de las recetas estadísticas como sucedáneo de la reflexión crítica sobre las drogas.

2.3.2. Educación para la salud como herramienta de cambio social

Habitualmente se entiende por “cambio social” aquellos procesos que modifican la estructura y el funcionamiento de los sistemas sociales, lo que remite a los niveles más generales de organización de la vida colectiva y las modificaciones que, cualquiera que sea su origen (político, tecnológico, cultural...), provocan cambios profundos en las formas de vida de la gente y en sus condiciones de salud. El mantenimiento o desaparición del sistema de Seguridad Social, la aparición o no de nuevas tecnologías de la información, los cambios provocados por la equiparación social de las mujeres o la configuración de sociedades culturalmente plurales, pueden ser ejemplificaciones de este tipo de procesos (García, Sáez y Escarbajal, 2000).

Sin embargo, el alcance de la capacidad de acción socioeducativa para la salud se sitúa, por lo general, en los llamados niveles “micro” de la sociedad, esto es, en un terreno social más cercano, el comunitario. De modo que su intervención en los procesos conducentes al cambio social operan en el terreno concreto de la capacitación de la comunidad en la comprensión de los temas que le afectan, en la utilización de los recursos endógenos y en la ampliación de su capacidad de acción y participación en los recursos públicos. Pero es preciso añadir a esta constatación que es en las pequeñas escalas donde se concretan de modo específico no sólo las adaptaciones de los cambios que suceden en el nivel “macro”, sino también donde se producen los inicios de cambio de las condiciones sociales y políticas que condicionan la salud. Estas alteraciones, a pequeña escala, suponen en sí mismas una aportación al cambio social.

De acuerdo con esa perspectiva, la contribución de la Educación para la salud a las comunidades, en las perspectivas de capacitación y organización social reseñadas, la convierte en un agente potencial de cambio social, en tanto que puede estimular, facilitar o crear situaciones de cambio de vida de las comunidades. Asumiendo esta situación, los educadores para la salud deben desarrollar las estrategias pedagógicas más adecuadas para la promoción de la salud en el medio comunitario, teniendo en cuenta los principios básicos de una intervención socioeducativa democrática y respetuosa de los puntos de partida (creencias y valores) de las comunidades a las que se dirigen, colaborando con ellas y permitiéndose su desarrollo para lograr los cambios precisos de las condiciones sociales, políticas, económicas y medioambientales que favorezcan su bienestar individual y colectivo (García, Sáez y Escarbajal, 2000).

2.4. DESARROLLO COMUNITARIO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Al inicio de la década de los 80, los miembros de la OMS aprobaron el plan “Salud para todos en el año 2000” que había reconocido el aumento de los problemas de salud en los ciudadanos europeos, y mencionaba entre sus causas la neurosis, la violencia, el alcoholismo y la farmacodependencia. Frente a este

panorama, y en momentos que aún no se acechaba el VIH entre los problemas de fin de siglo, la OMS señaló que los programas de atención de salud mental iban a tener que “disminuir cada vez más el énfasis en los aspectos puramente psiquiátricos y orientarse hacia acciones de promoción y prevención”, implicando con un nuevo empuje a los programas de acción comunitaria (Míguez, 1998).

Uno de los medios más conocidos (y probablemente peor empleados) para frenar el deterioro de las condiciones de vida es el conocido como desarrollo de la comunidad. El desarrollo de la comunidad se ha ido consolidando como una perspectiva de capacitación de la población para pasar de una posición de espera en la resolución de sus situaciones de marginación o de recepción de servicios a otra de tipo activo, consciente y reflexiva, destinada a tomar parte en la resolución de los problemas que afectan a su calidad de vida, sin por ello sustituir la responsabilidad pública en el terreno de la protección social, antes bien buscando su compromiso y su actualización. La Educación para la salud de corte comunitario se caracteriza por los siguientes rasgos distintivos (García, Sáez y Escarbajal, 2000):

- ❑ Trabaja con colectivos y grupos con problemáticas que son compartidas por sus miembros.
- ❑ Busca conseguir objetivos positivos de desarrollo y promoción humana y de salud a partir de la capacitación de los implicados, sin reducirse a una acción asistencial.
- ❑ Se realiza en la comunidad, es decir, en el marco social donde se producen las situaciones problemáticas. La actuación en centros cerrados (hospitales, cárceles, etc.) se efectúa a partir de este criterio y no en su propio terreno.
- ❑ Los educadores actúan como mediadores comunitarios, que no imponen sus modelos externos a la comunidad, sino que actúan con ella, partiendo de sus necesidades y sus recursos.
- ❑ Fomenta la toma de iniciativas y la participación comunitaria para la resolución de sus problemas.

- ❑ La acción se desarrolla en equipos interventores interdisciplinarios sobre la base de objetivos comunes.
- ❑ Promueven la cohesión y la integración social de la comunidad.
- ❑ Establecen estrategias de acción y desarrollo comunitario que no se agoten en el inmediatismo de las situaciones.
- ❑ Prestan servicios educativos y de salud, pero también sociales y culturales, alternativos para las poblaciones marginadas.
- ❑ Parten de un enfoque preventivo promocional de los problemas de salud comunitaria.
- ❑ Estimulan la creación de estructuras comunitarias intermedias: agentes de salud, escuelas de padres, aulas de la tercera edad, formación profesional,...
- ❑ Persiguen la reconstrucción del tejido social desestructurado a través de la creación y consolidación de redes y asociaciones comunitarias.
- ❑ Generan recursos hacia la comunidad procedentes de otros colectivos: instituciones, colegios profesionales, ONGs, voluntariado,...

De ello se desprende que la tarea educativa debe dejar de presentarse como inculcación, para convertirse en un modo de creación de espacios donde los individuos pueden desarrollarse libremente, encontrando o creando por sí mismos los recursos necesarios para dar respuesta a sus necesidades. Esta apreciación de la acción educativa para la salud resitúa el campo de la acción social, al configurarlo como un apoyo a los ciudadanos y sus comunidades y no como un sustituto del protagonismo de los actores sociales. De esta manera, la acción de orientación y apoyo de la acción socioeducativa se hace compatible con la autoayuda y las redes de apoyo sociales establecidas por la propia comunidad, efectuándose en los espacios vitales (físicos y temporales) de los diversos sectores de la población tanto para eliminar factores de riesgo como para proveer elementos que, previsiblemente, comparten desarrollos de vida más sanos, es decir, preventivas o modificadoras de comportamientos poco o nada saludables, que configuren los espacios facilitadores de la promoción de la salud.

Lo que implica admitir que la conducta personal no es el único medio a través del cual se pueden lograr cambios positivos en la mejora de los logros sociales de la salud: la creación de entornos que apoyen la salud, así como favorecer el acceso a todos los recursos de salud existentes se perfilan también como determinantes importantes de los resultados de la salud (Nutbeam, 1997); y esto supone tomar una decidida opción por un modelo educativo para la salud abierto y democrático, que incorpore las percepciones de los propios implicados en el establecimiento de los objetivos y en la evaluación de los efectos de la acción.

La dimensión comunitaria de la salud, y la compleja y mutable trama de elementos (ambientales, sociales, políticos, económicos, asistenciales, urbanos, etc.) que ella concita, sirve como argumento adicional para responder a las orientaciones que pretenden reducir la actuación educativa para la salud a una dimensión única y estable o propia exclusivamente de un determinado momento histórico. En nuestra opinión, a la vez que dificultades, esta situación representa una importante fuente de conocimiento y de actuación con consecuencias significativas tanto para la vida humana como para el entorno en que se desenvuelve. Al mismo tiempo, tal orientación educativa para la salud responde a las líneas de actuación establecidas por la OMS en Ottawa (1986) en relación con las tareas promocionales de la salud. De acuerdo con ellas, el fortalecimiento de la acción comunitaria supone el convencimiento de que la promoción de la salud sólo es posible si en ella se implica la comunidad a todos los niveles: estableciendo prioridades, planificando las estrategias de intervención y desarrollándolas mediante la utilización de los recursos endógenos (auto-ayuda, desarrollo de la comunidad, etc.).

Pero, eso significa compartir una determinada visión de individuos y grupos sociales que alcanzan niveles de salud y bienestar lo más amplios posible, al incrementar el control de que disponen sobre los efectos que determinan sus condiciones de vida y su salud y bienestar. Una visión, que concede tanta importancia a los seres humanos y a los recursos y medios de que disponen para realizar su potencial de salud, como a los fines que se pretenden alcanzar. La Declaración de Yakarta (OMS, 1997), ha ratificado, -si es que era preciso, al

menos teóricamente hacerlo-, que la promoción y la educación para la salud suponen un enfoque práctico para alcanzar mayores cotas de igualdad en materia de salud. También ha constatado que, para el desarrollo del bienestar, son los enfoques globales los más eficaces, a condición de que sean aplicados en los lugares de vida concretos, esto es, en las comunidades. De ahí la necesidad de avanzar en la aplicación de las cinco prioridades que se plantean para que los Estados y los pueblos puedan avanzar en la promoción de la salud en el siglo XXI, incorporando a los distintos agentes sociales, políticos y económicos en su aplicación (García, Sáez y Escarbajal, 2000):

- a) Promover la responsabilidad social a favor de la salud.
- b) Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.
- c) Favorecer y ampliar los agentes correspondientes.
- d) Aumentar las aptitudes y los medios de la comunidad y responsabilizar a los individuos.
- e) Asegurar una infraestructura suficiente para la promoción de la salud.

Poder alcanzar estos objetivos implica, desde luego, la reestructuración de los servicios de salud, haciéndolos accesibles a todas las poblaciones y respetando las necesidades específicas de los grupos y de las personas más desfavorecidos y vulnerables. Pero también significa que se han de reducir las repercusiones que la pobreza y la exclusión tienen en la salud, por medio de la implementación de un enfoque comunitario de la economía y los servicios que posibiliten la capacitación de los individuos y los grupos. La acción educativa para la salud deberá, entonces, implicarse con las necesidades más próximas de la gente, contribuyendo a fortalecer los modos de relación y organización que mejor se adecuen al fomento de su bienestar (redes de solidaridad, relaciones vecinales, grupos de autoayuda, formación de las familias, etc.) y en la captación de los recursos que se precisen. De este modo, las comunidades se convertirán en responsables directos de la gestión de sus propios proyectos y en motores de las iniciativas que habrán de adoptar los responsables políticos locales para la resolución de sus problemas.

2.5. LOS PMD: PUNTO DE INFLEXIÓN ENTRE EL DESARROLLO COMUNITARIO Y EPS

Los municipios, como entidades territoriales y administrativas más cercanas, constituyen el marco idóneo para reunir, analizar y satisfacer los intereses y aspiraciones ciudadanas en todo lo que tiene que ver con las condiciones de vida y las relaciones de convivencia. Pero la organización municipal no aporta exclusivamente la disponibilidad de una red de servicios más próximos y accesibles, sino que también contribuye a la ordenación de la vida comunitaria (Barberá y Peñalver, 1997).

El marco municipal se presenta, en este sentido, como un escenario idóneo de intervención en este campo, por los siguientes elementos (Palacios, 2001: 19):

- Constituye el referente administrativo más cercano a la ciudadanía
- La mayor proximidad al ciudadano facilita la detección precoz de los problemas, y permite una más rápida localización de las respuestas.
- Los municipios cuentan con casi todas las competencias en el área de Servicios Sociales, desde donde se pueden formular propuestas para la prevención y la inserción social.
- La notable dimensión social del fenómeno, por un parte, y la necesidad de lograr la inserción del drogodependiente como parte necesaria de su proceso de cambio, por otra, señalan la necesidad de un marco que permita el trabajo comunitario y la participación de la sociedad civil. Esta capacidad de integración y de normalización puede ser claramente facilitada desde los municipios.
- Los Ayuntamientos, como nivel de la Administración más próximo a los ciudadanos, pueden ofrecer los cauces de coordinación que permitan dar respuestas idóneas a las demandas y necesidades de la ciudadanía en este campo.

A la Administración Local, por su mayor aproximación al territorio, le corresponde según ha recogido Castillo y Morón (2005: 249):

“... la ejecución de los proyectos, la implicación y articulación social de los programas, el establecimiento de prioridades de intervención en el territorio, la movilización de los recursos, el análisis del contexto, la implicación de la comunidad; aunque previamente debe producirse la de los propios responsables de las áreas municipales que pueden incidir en la mejora de las condiciones de la sociedad que, en definitiva, son todas”.

Los municipios han desempeñado un papel muy importante en la generación de las respuestas institucionales a este fenómeno, ofreciendo múltiples recursos y aplicando un impulso decisivo en las etapas iniciales del problema. Así lo reconoce la “Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008” cuando afirma que, a los logros alcanzados por el Plan Nacional sobre Drogas durante los quince años anteriores, “han contribuido de forma importante las Administraciones Locales que, desde su posición privilegiada de proximidad a la realidad, han articulado respuestas concretas y eficaces ante el problema de las drogodependencias” (PNSD, 2000).

Una de las herramientas, y la más extendida, con la que cuentan las Administraciones locales para poner en marcha acciones en materia de drogodependencias, son los Planes Municipales sobre Drogodependencias, que han sido definidos por Palacios (2001: 20) como:

1. Un instrumento impulsado desde la Corporación Local, que confiere estabilidad a las acciones y programas desarrollados.
2. Ha de servirnos para establecer las necesidades a las que tratamos de dar respuesta, así como los principios generales y específicos de actuación que han de inspirar los programas destinados a afrontar el fenómeno de las drogodependencias.

3. Debe favorecer la máxima participación de entidades y administraciones desde las fases iniciales de su elaboración (los estudios de situación preliminares), con el fin de partir de un análisis correcto de la situación, sobre el cual exista consenso.
4. El propósito del Plan será el abordaje integral del fenómeno de las drogodependencias, tanto respecto a las drogas legales como a las ilegales.
5. Ha de ser un instrumento dinámico, que se modifique a medida que vaya cambiando la situación social que lo motiva.
6. Los Planes Municipales sobre Drogas deben ser un instrumento aglutinador, capaz de dar coherencia a las respuestas ofrecidas desde los diferentes niveles de la Administración y a las aportaciones realizadas desde los diferentes servicios, rentabilizando los recursos y armonizando las iniciativas. Deben favorecer la coordinación de las actuaciones desde la complementariedad, redundando en una atención más eficaz al fenómeno de las drogodependencias.
7. Desde su diseño, es fundamental pensar en la necesidad de realizar una evaluación continua, tanto del proceso como de los resultados del Plan.

A su vez, estos Planes Municipales sobre Drogas deberán responder a los siguientes principios generales que han sido definidos por la misma autora (Palacios, 2001: 21-22):

- a) Globalidad e interdisciplinariedad, exigidas por la propia complejidad del fenómeno sobre el que se quiere intervenir, así como por su dimensión social.
- b) Normalización, tratando siempre de utilizar los recursos ya existentes en la Comunidad, a fin de facilitar una real participación comunitaria y una adecuada integración social, en los casos en que sea necesario, evitando en la medida de lo posible, la creación de recursos específicos.
- c) Corresponsabilidad y participación
- d) Coordinación entre los distintos agentes intervinientes

- e) Flexibilidad e individualización de las respuestas
- f) Investigación y evaluación permanente

Por otra parte, un Plan Municipal exige un estudio de todos los recursos disponibles (Institucionales y Comunitarios), siendo necesario elaborar los Programas a partir de los dispositivos ya existentes, definiendo una estructura que englobe la mayor participación posible, un régimen interno de funcionamiento y un desarrollo del Plan por objetivos generales y específicos, a corto y largo plazo, actuando en los distintos niveles de intervención.

2.5.1. Dificultades: “no es oro todo lo que reluce”

En la dirección de apostar por la implicación de la Administración Local, la citada Estrategia Nacional plantea como uno de sus objetivos que, en el año 2008 que, el cien por cien de los municipios españoles de más de 20.000 habitantes dispongan de un Plan Municipal sobre Drogas, elaborado en coordinación y de conformidad con su Plan Autonómico. Esa conformidad puede ser entendida de diversas formas, e incluso a veces puede reducir la capacidad de decisión de los municipios en beneficio y acuerdo de las decisiones autonómicas. Pues, a pesar del claro reconocimiento de la importancia del papel que juegan los municipios en las políticas de prevención de drogodependencias, “no es oro todo lo que reluce”, y la participación real de la administración local en este campo no se ha desarrollado en paralelo a la necesidad con la que se justifica.

La aprobación de 1985 del PNSD, con el objetivo explícito de integrar las políticas de las distintas áreas sectoriales de la Administración Central, y de las diferentes Administraciones Públicas, es el espejo en que van a reflejarse la mayoría de los Planes Autonómicos y Municipales sobre Drogodependencias.

Así, se ha partido, en la mayoría de los casos, de una figura central (el Delegado del Gobierno, en el PNSD; el Comisionado, en los PAD), con un equipo de colaboradores reducido, que gestionaba un presupuesto, a la vez que coordinaba la actuación de otros órganos gestores con competencias en la materia. Como la

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional estaba orgánicamente integrada en el Ministerio de Sanidad (esquema que han repetido la mayoría de las Comunidades Autónomas), la relación con las Administraciones Autonómicas se canalizaba a través de los órganos previstos en la Ley General de Sanidad (Granado, 1991).

Los Planes Autonómicos se han construido, como decíamos, a imagen del Plan Nacional. La mayoría ha respetado la adscripción al Área de Sanidad. Han establecido estructuras provinciales o regionales de colaboración con las Corporaciones Locales, y algún órgano regional de coordinación de los distintos departamentos de la propia Administración Autonómica.

Tanto si hablamos de Planes Municipales, de Planes Regionales o del Plan Nacional, la capacidad del órgano coordinador para integrar las políticas de otros órganos de su mismo nivel administrativo (sistema sanitario, educativo, político, etc.), se limita a logros puntuales basados más en buenas relaciones personales que en la eficacia de las estructuras (Granado, 1991). La determinación de políticas horizontales en la Administración Española nunca ha sido especialmente fácil, y siempre tropieza con el mismo escollo real: el control de las aplicaciones presupuestarias. Los órganos gestores del gasto suelen ser al mismo tiempo los gestores del presupuesto, hasta tal punto que, por citar un ejemplo, una delegación de un Plan Autonómico suele tener más control sobre los fondos que transfiere a una Corporación Local para su gestión de un programa de prevención, que sobre los programas preventivos que protagonizan otros departamentos de la propia Administración. Deformación producida por falta de experiencia en la aplicación de Planes Globales, cuyo diseño y coordinación deben tener una impronta que traspase los estrictos criterios de gestión presupuestaria (Granado: 1991). Esto se traduce, en la práctica, en una inexistencia de otra coordinación real, en la mayoría de los casos, que la estrictamente derivada de la recepción y justificación de subvenciones.

Si bien es cierto que el documento del PNSD incluía referencias genéricas a determinadas competencias municipales, no lo es menos que en su desarrollo se ha

excluido a los municipios, apostando por un sistema de relaciones y acciones, basado fundamentalmente en las actuaciones del nivel autonómico.

La marginación de las Administraciones Locales en general, y de los municipios en particular, en el desarrollo del PNSD, se evidencia en la propia composición de los órganos de coordinación (Grupo Interministerial, Conferencia Sectorial y Comisión Técnica Interautonómica) y la representación de los agentes involucrados en el mismo. Baste señalar que el único mecanismo de participación municipal que existió, y solamente durante algún tiempo, fue la presencia de seis representantes de ayuntamientos y diputaciones, designados a través de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), en la Comisión Técnica Interautonómica. La inadecuación del sistema elegido para representar los intereses de los municipios en el PNSD provocó que esta participación, además de simbólica fuera efímera en el tiempo (Álvarez, 1991).

La evidente contradicción entre la “manifiesta vocación municipalista”, expresada en numerosos documentos del PNSD, y una realidad que marginaba a los municipios de los centros de representación, donde se adoptan las decisiones de carácter estratégico, así como de los mecanismos de financiación, ha acabado configurando una realidad caracterizada por la escasa participación de los municipios en la ejecución de programas dirigidos a la prevención-asistencia-insersión social de los drogodependientes (GID, 1999). Es necesario reconocer que, de manera excepcional y muy minoritaria, una serie de municipios, en general grandes ciudades, han asumido niveles de compromisos importantísimos en este terreno.

El propio PNSD asumía el fracaso de la participación de los Entes Locales en el Plan reconociendo un progresivo alejamiento de las iniciativas municipales, así como la inadecuación de la FEMP como cauce efectivo de participación. De hecho, entre las prioridades que elaboró el PNSD (1989) para el bienio 1989-90 se incluía “... el fomento de la intervención y participación de las entidades locales en las actuaciones desarrolladas en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, especialmente en las áreas de prevención y reinserción”. Parece evidente que las

iniciativas que el PNSD desarrolló para modificar esta situación, entre las que cabe señalar la financiación a través de la FEMP del estudio “La Intervención Municipal en materia de Drogodependencias”, la confección de un informe-propuesta sobre los municipios en el PNSD, o la elaboración de un borrador de anteproyecto de Real Decreto sobre la creación del Consejo Asesor del PNSD, en que se contemplaba la participación de los municipios, no sirvieron para lograr su objetivo.

Llegados a este punto, pueden señalarse dos razones básicas que explicarían la escasa participación de los municipios en el desarrollo del PNSD (Álvarez, 1991) y su repercusión en el desarrollo de los Planes Municipales de drogodependencias:

- a) Su marginación de los órganos de participación establecidos para el diseño de las políticas en drogodependencias.
- b) La exclusión de los municipios de los mecanismos de financiación previstos en el PNSD, que prevé exclusivamente transferencias presupuestarias para financiar los servicios y programas que llevan a cabo las comunidades autónomas.

Las razones anteriormente expuestas han determinado que desde la óptica municipal se haya reafirmado la idea de que la intervención en drogodependencias es responsabilidad exclusiva de las Administraciones Central y Autonómicas, puesto que ambas definen las políticas y monopolizan, casi en exclusiva, las dotaciones presupuestarias creadas a tal fin.

Existen algunos elementos que contribuyen a consolidar aún más esta situación, entre ellos el propio centralismo que los Planes Autonómicos sobre Drogas (PAD) han reproducido frente a los municipios. Si bien no existe un modelo único de relación entre los municipios y las Comunidades Autónomas existentes en el Estado Español, hay dos aspectos ampliamente extendidos que pueden reforzar esa idea de centralismo (Álvarez, 1991: 95):

- a) La participación de los municipios en los PAD es, en general, testimonial, limitándose en el mejor de los casos a su participación junto con un conjunto amplio y heterogéneo de organizaciones de diferente naturaleza, en los órganos de asesoramiento e información creados por los PAD.
- b) La financiación que numerosos municipios reciben de sus PAD para colaborar en el sostenimiento de las actividades y programas en el campo de las drogodependencias es, salvo excepciones muy concretas, meramente testimonial, cuando no inexistente. Conviene, además, resaltar que ninguno de los PAD transfiere al conjunto a los municipios de su respectiva comunidad autónoma un porcentaje similar o superior de los recursos económicos que aquellos, a su vez, obtienen de la Delegación del Gobierno para el PNSD.

Del análisis de lo acontecido durante los últimos años, en relación con la participación municipal en el campo de las drogodependencias, podría destacarse la existencia de una serie de problemas no resueltos, como son (GID, 1999: 8):

- a) La ausencia de un marco competencial definido, que establezca de manera clara las competencias propias o transferibles a los municipios en el ámbito del que nos estamos ocupando.
- b) La identificación de las demandas dirigidas a los municipios en relación a su participación en este sector. ¿Qué tipo de programas y servicios preventivos o de apoyo a la inserción queremos que pongan en marcha los municipios?
- c) La ausencia de mecanismos efectivos y reales de participación de los municipios tanto en el PNSD como en los PAD.
- d) La inexistencia de mecanismos y cauces de financiación estables y efectivos de las actividades municipales a desarrollar en este ámbito.

2.5.2. Un modelo alternativo: el desarrollo de la comunidad

En este sentido, la intervención local (como cualquier otra) debe estar planificada y programada; esto es, debe constituir una estrategia coherente de objetivos, actuaciones y procedimientos de evaluación. La creación de un plan local sobre drogas adaptado, en cuanto a objetivos, dimensión, estructura, etc., a las características del municipio sería, a nuestro juicio, el instrumento más adecuado. En concreto, al intervenir en drogodependencias no podemos olvidar (Granado, 1991):

- a) Que su carácter multifactorial exige un abordaje intersectorial: desde lo educativo, lo sanitario, lo social, etc., lo que supone una intervención desde todos ellos.
- b) Que su dimensión social aconseja un abordaje socio-comunitario y participativo.
- c) Que estos dos aspectos, junto con el amplio número de agentes sociales implicados, recomienda poner el acento en la coordinación.

El modelo que, recogiendo estas premisas, mejor podría adaptarse a la intervención, desde el nivel municipal, es el conocido por modelo comunitario cuyos principios, resumiendo, podríamos concretarlos en (GID, 1999):

- a) Es necesario realizar una aproximación global al fenómeno de las drogodependencias (puesto que el consumo de las distintas drogas no son hechos aislados), y desde una comunidad concreta que permita identificar los problemas concretos de esa comunidad.
- b) La aceptación de que es un fenómeno multidimensional y, en consecuencia, la necesidad de actuar en y desde todos aquellos frentes afectados por él: sistema sanitario, laboral, judicial, policial, social; lo que requeriría una reflexión en cada sector implicado sobre cómo se ve afectado con la presencia o aparición de las drogodependencias, la incidencia que sus actuaciones tienen en el desarrollo del mismo y en consecuencia, el perfil de sus actuaciones frente al mismo. La

consecuencia lógica no puede ser otra que la colaboración y coordinación entre las diversas áreas implicadas.

- c) La prioridad hacia la normalización de la respuesta al fenómeno, centrandó ésta en los diferentes sistemas básicos de los que la sociedad se ha dotado para su desarrollo: recursos sanitarios, educativos, etc., y evitando, en la medida de lo posible, la creación de nichos que se conviertan en excluyentes para sus destinatarios.
- d) Este modelo de actuación requiere de un alto grado de participación social en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de las acciones como valor en sí mismo, que acerca la resolución de los problemas a la propia comunidad.

En esta perspectiva, los municipios, como territorio, constituyen un lugar privilegiado de encuentro para los distintos niveles institucionales (y sus áreas sectoriales), y de éstos, con el tejido social. Pero también queda claro que, la misma participación de tan variado grupo de actores y la diversidad de iniciativas que será preciso desarrollar, hacen imprescindible la puesta en marcha de un espacio común de trabajo, que adoptará muy diferentes estructuras y formas organizativas de acuerdo con las características de cada situación.

Para reforzar el papel municipal se opta por el modelo comunitario, que implica: aproximación global al fenómeno; consideración del fenómeno como multidimensional, que implica que hay que actuar en todos los sectores, y participación social en proceso de las acciones.

En sus orígenes, el término comunitario se entendía como opuesto a lo institucional, mientras que desde el campo de la sociología se nos vienen a diferenciar claramente los términos comunidad y sociedad. Ello nos debe llevar a definir la prevención comunitaria como una realidad capaz de crear comportamientos a partir de sus propias dinámicas internas (Ruiz, 1996), lo que nos obliga a planificar procesos que permitan hacer coherentes los resultados de esas dinámicas internas con los objetivos y valores que consideremos válidos y cuya referencia sean una constante a la hora de actuar (Castillo y Morón, 2005),

por dicha comunidad. Las instituciones deberían ponerse al servicio de la comunidad.

2.5.3. Condiciones para la resolución de problemas

El paso previo para la instauración de dichas condiciones ha de ser la toma de conciencia de las causas que producen los hechos y situaciones sociales (Monera Olmos, 1985), mediante el ejercicio de una actitud analítica, reflexiva y crítica ante la realidad por parte de los miembros de la comunidad. Nos parece interesante en este punto, favorecer la *conciencia de comunidad*, o lo que es lo mismo, la convicción y el sentimiento profundos de interdependencia, de interrelación y de implicación en unos objetivos comunes, para cuya consecución resulta imprescindible aunar los esfuerzos de todos.

Así, un desarrollo que se pretenda sólido y capaz de conseguir la transformación de las situaciones que originan malestar social debe ser, a la vez, integral e integrador:

- Integral, al comprender tanto la satisfacción de necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, salud, trabajo,...) como la mejora y promoción de la calidad de vida (condiciones laborales, educación de calidad, formación y creación cultural, independencia socio-económica, diversidad y apertura en las relaciones sociales,...) en un ambiente de democracia real.
- Integrador, en el sentido de implicar en la acción a los distintos niveles de la Administración, a la totalidad de sectores sociales y al conjunto de los miembros de la comunidad.

No existe programa que aborde todas las posibles causas (sociales, individuales, familiares, de contexto, etc.) que se dan ante el consumo de drogas. Sí existen programas que pretenden intervenir sobre los posibles sectores vulnerables, grupos de población, escenarios de consumo donde se desarrollan los

posibles problemas que inducen a las drogas (familia, escuela, empresa...). Mientras, la idea de continuarlo, a lo largo del tiempo, depende en gran medida de la voluntad institucional de mantener los programas y de invertir en ellos, a sabiendas de no obtener resultados a corto plazo (Castillo y Morón, 2005).

Es ésta una cuestión importante que incide en el conjunto de las administraciones que vienen trabajando en drogodependencias, al entenderse este concepto bajo la idea de programa. Así, para que éste tenga un carácter de continuidad, deberá hacerse mediante una implicación de todas las instituciones con competencia en la materia, y bajo el compromiso de movilizar en torno a la prevención al mayor número de sectores sociales. No debemos entender que la prevención sea una cuestión que sólo atañe a los responsables y técnicos municipales que la sustentan, sino también para todos los individuos que componen la sociedad. Para que esto sea posible, una de las exigencias básicas, de una adecuada política preventiva, es el reparto de funciones y competencias que corresponden a las diferentes instituciones y colectivos concernidos por el tema. Debe primar el principio de que, ni todos pueden hacer de todo, ni a todos les corresponden las mismas tareas.

Si pretendiéramos definir de forma más concreta lo que debe hacer cada uno, la pregunta sería: ¿cómo la haríamos y qué papel le corresponde a cada uno? Pues bien, según nuestro parecer, a la Administración Autónoma le correspondería el papel de la planificación sobre el territorio, el impulso, la acreditación, la coordinación, la evaluación, las aportaciones económicas significativas, definir prioridades, emitir criterios orientadores y articular algunas iniciativas que actúen como referentes de los modelos de intervención. En definitiva, aquellas tareas que tienen que ver con la presentación pública de los programas.

Otra idea que debe venir recogida en el término “prevención comunitaria” es: aquella intervención que se realiza para y con la comunidad; al mismo tiempo, para llegar a ser una realidad, requiere de una serie de elementos básicos (Castillo y Morón, 2005:150):

- Que la comunidad se encuentre organizada y representada
- Que se dote de medios y recursos, que se incentiven las propuestas que surjan de la propia comunidad

En definitiva, se trata de que se crea en el valor de cambio que puede llegar a suponer esta estrategia. Es necesario, para poder reflejar estos elementos, que la comunidad sea objeto activo de intervención a través de las iniciativas propuestas por los Ayuntamientos. La dificultad está en saber elegir las mejores propuestas, vengan de donde vengan, sabiendo que debemos canalizarlas y no instrumentalizarlas (Marchioni, 1999), al mismo tiempo que debemos hacer creíbles las acciones para que lleguen a ser puntos de referencia capaz de motivar en torno a los programas.

2.6. ¿QUÉ ES LA EVALUACIÓN?

Una de las principales cuestiones de partida es responder al interrogante: ¿Qué es la evaluación? Para los autores de la “Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias”, Kröger, Winter y Shaw (1998: 12):

“La evaluación de una intervención, un proyecto o un programa supone la recogida, análisis e interpretación sistemáticos de la información relativa a su funcionamiento y a sus posibles efectos. Los datos recogidos suelen utilizarse para decidir cómo mejorar la intervención y si debe ampliarse o abandonarse”.

Fundamentalmente, una evaluación debe responder a las preguntas básicas siguientes:

- ¿Cuál es la naturaleza y el alcance del problema?
- ¿Qué intervenciones pueden incidir sobre el problema?

¿A qué grupo objetivo debe dirigirse la intervención?

¿Afecta realmente la intervención al grupo objetivo?

¿Se aplica la intervención según lo previsto?

¿Se consiguen los objetivos propuestos?

Las respuestas a estas preguntas son necesarias para distinguir las intervenciones preventivas útiles, de las ineficaces e ineficientes. Esta distinción no sólo es importante en lo que se refiere a la mejora de nuestro nivel de conocimiento sobre la prevención y nuestra contribución al aumento de su calidad, sino que también puede constituir la base que fundamente las decisiones de los responsables de la formulación de políticas y de la financiación, respecto a los proyectos que deben apoyarse y los que no.

Se supone que evaluamos para determinar el valor, es decir, la idoneidad, la eficacia o la eficiencia de un programa, o de alguna de las actuaciones que lo conforman. Con la finalidad de mejorar la propia intervención. Evaluar es, por tanto, una responsabilidad social ya que los recursos son escasos, las necesidades muchas y si los utilizamos adecuadamente obtendremos un mayor rendimiento.

“Toda evaluación exige un compromiso previo con una programación que incluya objetivos y algún tipo de planificación. Sin estas condiciones no resulta posible, siquiera, pensar en la evaluación. Pero a la vez la condición previa de la planificación limita la factibilidad de la evaluación, y que, contrariamente a lo que ocurre con los experimentos, los programas que se realizan verdaderamente sobre la sociedad, se tienen que planificar teniendo en cuenta toda una serie de condicionamientos sociales, institucionales, legales, económicos y culturales.” (Comas, 2001: 47).

No obstante, a pesar de la coincidencia teórica generalizada, en cuanto a la necesidad y la utilidad de la evaluación, en la práctica son muy pocas las intervenciones preventivas que se han sometido a este proceso en Europa. Una de

las posibles razones que explican esta carencia es la inexistencia de un saber suficiente, la incertidumbre y la falta de confianza respecto al camino que debe elegirse al evaluar dichas intervenciones en el ámbito de las drogodependencias (Kröger, Winter y Shaw, 1998).

Tal como se ha apuntado anteriormente, es un hecho constatable la ausencia de evaluaciones de los programas de prevención de las drogodependencias; sin embargo, con ser grave este hecho, lo que resulta verdaderamente preocupante es la ausencia de planteamientos evaluativos en el propio diseño y construcción de los programas. Las causas de ello son diversas, aunque creemos que los factores fundamentales son la forma en cómo es concebida la evaluación, en tanto que control por parte de los políticos y la sociedad sobre los profesionales, y no como un mecanismo para la mejora de los programas (March, 1997: 132). Y todo ello a pesar de las aportaciones en nuestro país por parte de diversos autores o instituciones durante la década de los años 80, período de comienzo de esta incipiente cultura de la evaluación; así, y en este sentido, podemos señalar las aportaciones teóricas y metodológicas de algunos autores desde diversas perspectivas, tales como Bustelo (1990), Alvira (1991), Muñoz-Ortiz y Ansorena (1987), Restrepo, Arribas y Torrego (1990), Sierra, (1992), Megías, (1992), Sánchez Pardo, (1994), Rodríguez-Martos, Torralba y Vecino, (1996), etc. En cualquier caso, las aportaciones para la evaluación de los programas de prevención de las drogodependencias resultan escasas en cantidad y en calidad.

2.6.1. Aproximación a la evaluación de programas

No existe una única apreciación del concepto de evaluación de programas. Los teóricos en esta temática difieren extensamente tanto en sus puntos de vista sobre evaluación como en los procedimientos a aplicar para hacerla efectiva. También se aprecian distinciones en sus posiciones ideológicas que supondrán opciones distintas en cuestiones tales como: toma de decisiones, propósitos de la evaluación, rol del evaluador, etc. Esta diversidad conceptual es el reflejo de distintos posicionamientos ideológicos y de la evolución histórica en este campo, como lo demuestra el estudio llevado a cabo por Worthen y Sanders (1988). Estos

autores identifican tres diferentes visiones conceptuales en los últimos 50 años. En un primer momento se observa una fuerte dependencia del movimiento de medida educativa, considerándose la evaluación como sinónimo de medición. Posteriormente, la evaluación es entendida como práctica ejercida por expertos para determinar el valor de algo, independientemente de si los datos y criterios utilizados para emitir los juicios son claros y explícitos. En una tercera concepción, representada por Tyler, la evaluación se concibe como un proceso de comparación de datos recogidos con los objetivos marcados. A partir de 1965, los nuevos enfoques ponen una especial atención en los métodos de evaluación, surgiendo una amplia variedad de modelos que han ejercido una fuerte influencia en las prácticas evaluativas.

En la actualidad, podemos decir que coexisten simultáneamente distintas conceptualizaciones que, por un lado, responden a posicionamientos ideológicos y, por otro, a un desarrollo histórico del concepto. Un somero análisis de algunas definiciones difundidas nos muestra que en algunas se observa un marcado interés por los procesos de recogida de datos, es decir, la evaluación se centra sobre dimensiones técnicas y cuantitativas, mientras que en otras se resalta la dimensión ideológica y política, esto es, más cualitativa que conlleva cada práctica evaluativa. Las dos definiciones siguientes pueden ser ilustrativas de lo expuesto:

Por evaluación de programas se entiende el proceso contextualizado de aplicar procedimientos científicos para recoger, analizar e interpretar información válida y fiable que conduzca a la evaluación de dichos procesos y se oriente a la toma de decisiones (Mateo, 1991).

El objeto de la evaluación es emitir un juicio sobre la bondad de un programa para ayudar a una toma de decisión y servir a una función política (Talmage, 1982: 594).

2.6.2. Características de la evaluación de programas

Hasta aquí, se ha llegado a especificar que evaluación de programas implica la sistémica investigación del valor de un objeto así como a qué tipo de “objeto” se hace referencia con el término “programa”. Nos queda aún por clarificar qué tipo de juicios valorativos suelen establecerse en evaluación de programas (Fernández-Ballesteros, 1992 a y b).

A lo largo de la historia de la evaluación de programas, los autores se han ocupado de distintas formas de hacer evaluación en las que estaban implicados distintos tipos de juicios valorativos. Así, la OMS (1981) se ha ocupado de seis formas de examinar el valor de un programa: la pertinencia, la suficiencia, el progreso, la eficacia, la eficiencia y los efectos. Pero además, otros autores –como Wholey (1977) o Rutman, (1977)- han señalado la importancia de evaluar aspectos relacionados con el proceso de planificación, diseño e implantación del programa que se pretende evaluar considerando este tipo de análisis bajo la rúbrica de evaluabilidad.

A continuación, vamos a presentar las distintas definiciones de las etiquetas valorativas utilizadas por los autores. Así, la *pertinencia* puede ser definida como la medida en la cual un programa responde a unas necesidades concretas de la población atendida. Por *suficiencia* se entiende la medida en la cual las acciones establecidas pueden ser suficientes y adecuadas para conseguir los propósitos que se persiguen. Por evaluación de *progreso* (formativa o de proceso) se entiende aquella que se realiza durante la implantación del programa, pretendiendo determinar cómo éste está actuando. Por *eficiencia* se alude a la relación entre el valor de los resultados obtenidos y de los medios puestos a contribución. La *eficacia* supone la medida en la cual existen pruebas de que los objetivos establecidos en el programa, se han logrado. La evaluación de los efectos, o *efectividad*, hace referencia a la medida en la que un programa ha alcanzado una

serie de efectos. Finalmente, la *evaluabilidad* de un programa implica la medida en la cual un determinado programa está listo para ser evaluado.

Requisitos para la evaluación (Patton, 1980):

UTILIDAD: los estándares de utilidad están destinados a asegurar que una evaluación satisfará las necesidades de información práctica de los usuarios.

VIABILIDAD: los estándares de viabilidad destinados a asegurar que una evaluación será realista, prudente, diplomática y frugal.

DECORO: los estándares de decoro están destinados a asegurar que una evaluación es llevada a cabo de manera legal, ética y con el conveniente respeto hacia el bienestar de las personas involucradas en la evaluación, así como, a aquellas afectadas por los resultados de la misma.

PRECISIÓN: los estándares de precisión están destinados a asegurar que la evaluación revelará y expresará información técnicamente adecuada sobre los rasgos que determinan el mérito o valor del programa evaluador.

2.6.3. Aspectos metodológicos de la evaluación

¿Cuáles son los aspectos metodológicos de la evaluación que se deben tener en cuenta? Comas ha contestado a este interrogante considerando cuatro cuestiones (2001: 132-133):

La primera cuestión, a la que debemos responder, se refiere al objetivo de la evaluación; y en este sentido, hay que tener claro que lo que se pretende es la facilitación de la toma de decisiones en relación a la idoneidad, a la eficacia y a la eficiencia de los programas de prevención. En esta perspectiva pensamos que la pregunta clave se debe plantear en términos de idoneidad.

La segunda cuestión se debe plantear desde la perspectiva del papel que cumple la evaluación; es decir, debemos plantearnos si pretendemos una evaluación formativa -que pretende una información continua y útil para la modificación constante del programa- o una evaluación sumativa -que valora el producto final y que pretende hacer una recapitulación de la actuación realizada-. Así, aún huyendo de los planteamientos dicotómicos, pensamos que en la evaluación de programas de prevención debe primarse la evaluación formativa, ya que nos puede proporcionar mucha información.

La tercera cuestión debe plantearse en relación al contenido de la evaluación; es decir, si se realiza una evaluación del diseño del programa, una evaluación de los resultados. Si bien los diferentes aspectos son importantes, pensamos que la evaluación de los resultados no lo es menos, en sus diferentes niveles-análisis del impacto- y la evaluación del proceso. Ambas evaluaciones nos pueden proporcionar muchos elementos para la toma de decisiones en sus diferentes aspectos -en el diseño, en la implementación, en el impacto, etc.-. Y finalmente, la última cuestión, sobre la que es necesario pronunciarse, es la que se refiere al agente evaluador; así, pensamos que una auténtica evaluación debe ser externa, aunque las circunstancias y los objetivos pueden posibilitar una evaluación interna por parte de la misma institución. En cualquier caso, la evaluación no puede representar un coste excesivo, ni tampoco puede ser el elemento clave en el diseño de los programas; se trata de una cuestión importante, pero dentro del contexto global de la intervención preventiva. Con todo, lo que resulta importante es que la evaluación requiere el consenso, la participación y la negociación de todos los implicados.

Debemos considerar finalmente que se pueden evaluar las necesidades sociales, el diseño (es decir, la coherencia y la aplicabilidad) del programa, la forma en que este programa es ejecutado, generalmente en términos de proceso y por supuesto los resultados obtenidos, bien en forma de productos, de efectos sobre los destinatarios o de impacto sobre la sociedad.

Hacemos todo esto porque esperamos que la evaluación sea útil y práctica, ayude a mejorar los programas, mejore las condiciones sociales, enseñe a mejorar y cambie las expectativas de los participantes y finalmente ayude a tomar buenas decisiones a los responsables técnicos, políticos o administrativos a los que se ha encomendado la gestión del programa. Es decir, evaluamos porque pensamos que es una buena manera de conseguir que las cosas tengan un cierto valor, un valor no material, inclusive para la colectividad.

2.6.4. Funciones de la evaluación

Cualquier plan de evaluación debe comenzar con una explicitación o decisión sobre las funciones que cumplirá en el programa, ya que la necesidad de evaluar un programa parte de la convicción de que facilita o promueve mejoras en muy distintos sentidos.

Los resultados obtenidos a través de la evaluación pueden ser útiles tanto desde una perspectiva externa y/o política como interna y/o científica. Siguiendo a Gross y Humphreys (1985: 3-4) expondremos algunas funciones de la evaluación desde una perspectiva externa y/o política:

- a) La evaluación proporciona información y comprensión sobre el programa, tanto a los solicitantes como a los responsables del mismo.
- b) La evaluación ayuda al desarrollo y expansión del programa. Al final del proyecto los que toman decisiones necesitan datos empíricos para comprender los efectos globales del programa. La evaluación sumativa es inestimable para planificar programas más efectivos en el futuro y poseer bases para su continuación o expansión.
- c) Los resultados de la evaluación ayudan a configurar políticas. La política educativa a nivel nacional o local se apoya en las conclusiones obtenidas de la experimentación de los programas de innovación planteados. Piénsese por ejemplo en la experimentación llevada a cabo en los centros pilotos antes de hacer extensiva una reforma educativa. Los resultados ayudan a determinar la dirección futura de los programas. A

veces el proceso es inverso, la política se apoya en la evaluación de programas para defender sus posiciones, desechando los datos que no incidan en la bondad de sus decisiones.

- d) La evaluación sirve de base para defender y apoyar iniciativas al hacer disponible información documentada sobre los efectos de programas novedosos.
- e) Ayuda a identificar la bondad o éxitos de las innovaciones.
- f) La evaluación ayuda a propagar programas ya que los datos de la evaluación influyen en otros educadores que imitan o adaptan programas exitosos. Ello, a su vez, posibilita la replicación de la que derivará su validación.
- g) Ayudar a la comunidad educativa a estar mejor informada. Ello repercutirá en una mayor disposición de las personas a participar y apoyar el programa tanto material como personalmente.
- h) Fundamenta la toma de decisiones acerca de la distribución de recursos o la posibilidad de extender, eliminar, institucionalizar y replicar el programa, o alguno de sus elementos.
- i) Ayuda a demostrar su rentabilidad, cara al público externo al programa.

Desde un punto de vista interno, es decir en relación al propio programa, la evaluación posibilitará (Sanz Oro, 1990: 59-61):

- a) Comprobar si el programa está dando respuesta y satisfacción a las necesidades para las que se planificó.
- b) Servir de base para un continuo mejoramiento, para desarrollar nuevos servicios o adaptar los ya existentes.
- c) Proporcionar información rigurosa sobre la marcha del programa para plantear posibles readaptaciones.
- d) Recibir un constante feedback sobre la efectividad del programa.
- e) Elegir y utilizar las técnicas de intervención sobre la base de su efectividad.

- f) Comprender un programa, identificar sus posibilidades y limitaciones, conocer qué dimensiones abarca y cuales no.
- g) Aportar datos que posibiliten una reflexión crítica sobre una determinada situación.

2.6.5. Toma de decisiones

Todo resultado evaluativo conduce a una toma de decisiones. Tradicionalmente se ha entendido la toma de decisiones como el proceso de elección entre cursos de acción alternativos, sobre las bases de información relevante, que correspondía a autoridades, bien políticas o académicas (Pitz y Mckillip, 1984). Acorde con el espíritu de este texto, insistiremos en la diversidad de enfoques en cuanto a la toma de decisiones. Clark (1989) identifica tres enfoques en la toma de decisiones: el científico, el interpretativo y el crítico.

En la concepción científica de toma de decisiones es esencial la distinción entre hechos y valores, y la separación correspondiente entre medios y fines, administración y política. Una vez que se han establecido los fines y la política a seguir, se requiere de los evaluadores que acepten las decisiones que van de arriba a abajo y que, dentro de los límites prescritos, determinen los medios más eficaces para lograr los fines establecidos.

Así pues, en el modelo científico de toma de decisiones, se concibe al evaluador como un gestor, ocupado solamente en acciones instrumentales. Los valores e intereses de quienes deciden determinan las decisiones sobre los fines. Dichas decisiones son éticas y políticas, no científicas. Por otro lado, las decisiones sobre los medios son del dominio de los hechos y del análisis científico. La función del profesional, léase responsable técnico del programa, consiste en asegurar que se adoptan los medios más efectivos para garantizar el éxito de la puesta en práctica de la política. A pesar del pretendido rigor de la toma de decisiones científica, toda toma de decisiones implica un resolver problemas éticos, establecer objetivos y propósitos, y en consecuencia, hacer una elección moral sobre *quién debe decidir y por qué sistema*. Pero, a su vez, quien toma las

decisiones aborda los hechos ya interpretados de acuerdo con un sistema de valores. Por tanto, contrariamente a lo que se propone en la toma científica de decisiones, los hechos y valores en una situación van unidos. Esta perspectiva es la que más aceptación tiene entre la comunidad científica en el momento actual. Desarrollos de esta perspectiva pueden encontrarse en Mateo (1990) y Pitz y Mckillip (1984).

Fue Gibson (1972) quien, atraído por la fenomenología de Husserl y de Heidegger, intentó por primera vez demostrar que la hermenéutica suponía un modelo alternativo, por el que se podía guiar el proceso de toma de decisiones. El enfoque interpretativo pretende comprender el contexto en el que se lleva a cabo la toma de decisiones. Hace hincapié en la necesidad de que se consideren las diversas interpretaciones y los diversos juicios subjetivos de quienes participan en el proceso de toma de decisiones. En el modelo interpretativo la toma de decisiones está mediatizada por las formas subjetivas de entender la realidad, formas que no comparten todos los implicados en una determinada situación. Entre las limitaciones que podríamos plantear a este enfoque podríamos señalar: imposibilidad de una decisión final basada en una realidad objetiva. La verdad o falsedad se establece en términos de lo que los diferentes participantes piensan, no en términos de una correspondencia con un estado objetivo de cosas. Otra de las objeciones es el olvido del contexto social más amplio en el que se toman las decisiones. La parte positiva de este enfoque estriba en la importancia otorgada a los juicios subjetivos de los participantes y en el intento de revelar intereses, motivos y criterios de valor implícitos en ellos. Desde esta perspectiva no queda claro los dos puntos claves de la toma de decisiones: *quién* y *cómo*. No obstante si se contemplasen las diferentes posiciones de los implicados, entraríamos dentro de un modelo democrático de toma de decisiones, situándose, en este sentido, en una posición distinta a la autocrática.

La toma de decisiones democrática se guía por tres principios generales: 1) las decisiones deben tomarlas quienes estén directamente afectados por las mismas, 2) las decisiones solamente deben adoptarse después de una discusión exhaustiva y libre y 3) todos los que participan en la toma de decisiones deben

aceptar los acuerdos que se deriven, y asegurar su puesta en práctica mediante la acción adecuada. En otras palabras, las personas tienen derecho a participar en la toma de decisiones que les afectan directamente; esta participación significa mucho más que el derecho o el deber de consulta. La toma de decisiones democrática no tiene por qué conllevar necesariamente más tiempo, haciendo que sea menos eficiente: por el contrario, al comprometerse las partes implicadas en lo que debe hacerse aumenta la efectividad de los programas educativos. En la discusión democrática se expone y confronta toda la información relevante, proveniente de los distintos participantes, para poder tomar la decisión más adecuada. No se dan indicaciones sobre qué tipo de criterios deben aplicarse para juzgar si la decisión tomada es la mejor o la correcta.

Además, existe un marco teórico y práctico bien desarrollado para orientar las tareas de análisis del grupo. Se trata de la investigación acción participativa (AA. VV., 1993; Rodríguez y Hernández, 1994; Villasante, 1995) que, en nuestro país, ha sido muy contrastada en el campo de la educación de adultos (Quintana, 1986). Sin embargo, el cambio en las formas de participación de los jóvenes obligaría a una revisión con profundidad de esta interesante metodología, surgida como un compromiso moral en el tiempo de un mundo dual que invitaba al compromiso ideológico. Hoy, en otro mundo también dual, del que forman parte, integrados y excluidos, pero en el que casi todos quieren ser integrados, el compromiso sólo puede mantenerse mediante la propia acción y la IAP (Investigación acción-participativa) debería adaptarse a esta realidad.

Otro marco interesante a tener en cuenta es el de la evaluación participativa cuyos principios se señalan a continuación (Patton, 1980):

El proceso de evaluación implica a los participantes en el aprendizaje de la lógica y las destrezas de evaluación, por ejemplo, establecer objetivos, prioridades, enfocar preguntas, interpretar datos y conectar los procesos a los resultados

Los participantes en el proceso reconocen la evaluación. Realizan el enfoque principal y el diseño de decisiones. Extraen y aplican las conclusiones. La participación es real, no simbólica.

Los participantes enfocan la evaluación en el proceso y los resultados que consideran importantes y con los que se han comprometido

Los participantes trabajan juntos como grupo y el asistente de la evaluación aporta cohesión al grupo e investigación colectiva.

Todos los aspectos de la evaluación, incluyendo los datos, son inteligibles y significativos para los participantes

La autoresponsabilidad interna está altamente calorada. La evaluación, por tanto, motiva a la responsabilidad de los participantes, primero con ellos mismos, y segundo con la responsabilidad externa.

El evaluador es asistente, colaborador y un recurso de aprendizaje; los participantes toman las decisiones y evalúan.

El asistente de la evaluación reconoce y valora las perspectivas y pericia de los participantes, y trabaja para ayudarles a reconocer y evaluar su propia pericia y la de los demás.

2.6.6. Delimitación del contexto evaluativo

Como anteriormente ya apuntamos, podemos distinguir dos partes básicas: marco teórico evaluativo y procedimientos metodológicos. El establecimiento del marco teórico evaluativo implica delimitar y precisar algunas cuestiones que permitan contextualizar la evaluación tales como:

¿Para qué la evaluación? En esta pregunta cabrían distintas respuestas: para comprobar logros, para mejorar procesos, para transformar a los sujetos implicados, para prescribir programas, etc. Se trata, en definitiva, de delimitar la función o funciones de la evaluación en el programa o fuera de él.

¿Quién va a utilizar los resultados de la evaluación? ¿Quién demanda la evaluación del programa? ¿Los políticos, los técnicos o responsables del programa, los sujetos del programa?

¿Cuál es el ámbito de la evaluación? Un sujeto, un grupo, una comarca, un territorio etc.

¿Cuál va a ser el rol de los participantes en la evaluación? Sujetos receptores, fuente de cuestiones a evaluar, sugeridores de aspectos a evaluar, etc.

¿Cuál es el contenido de la evaluación? Los logros del programa, el proceso de implementación, el diseño del programa, etc.

¿Quién y cómo se van a tomar decisiones sobre el programa? Autoridad política, los responsables del programa, los receptores, de forma autocrática, democrática, autogestionaria, etc.

La posición que adopte el evaluador en estas cuestiones, o la aclaración y explicitación de ellas, constituirá el primer paso en el diseño de la evaluación y configurarán el marco contextual de la evaluación; condicionarán las restantes fases del proceso evaluativo, esto es, la selección del modelo evaluativo y proceso metodológico a seguir.

2.6.7 Dimensiones del programa a evaluar/tipos de evaluación

Si entendemos la evaluación como un proceso continuo que tiene lugar en distintos momentos de un programa (planificación, ejecución y logros), los objetivos variarán según sea el referente. En un programa podemos identificar los siguientes contenidos básicos de evaluación:

- 1) Necesidades/ contexto.
- 2) Diseño y/o planificación.
- 3) Desarrollo o ejecución.
- 4) Resultados o logros.

La referencia a una u otra dimensión origina distintas denominaciones de evaluación. Gross y Humphreys (1985) identifican, en este sentido, los siguientes tipos de evaluación:

Evaluación preformativa o análisis de necesidades. Ocurre durante la fase de planificación de un programa, antes de que se haya ofertado. “La evaluación de necesidades constituirá el punto de partida para identificar situaciones deficitarias e insatisfactorias que reclamen solución; es un proceso complejo a través del cual *se* deciden, teniendo en cuenta los recursos, las prioridades de actuación” (Tejedor, 1990: 18). Esta fase también conlleva una toma de decisiones.

Evaluación formativa. Su propósito es mejorar un programa que está siendo desarrollado. La evaluación formativa devuelve información a los ejecutores del programa. Permite introducir cambios según sea necesario.

Evaluación sumativa. Informa acerca de la calidad y eficacia de un proyecto.

Las distinciones entre estos tipos de evaluación son importantes, porque el propósito de una evaluación influye en la naturaleza de las cuestiones a evaluar.

Una evaluación, para decidir si extender o no el programa a otros lugares, se centra en cuestiones acerca de la eficacia, los costes y beneficios. Una evaluación, para ayudar a mejorar el propio programa, se centra en los resultados, pero también se formulan cuestiones sobre el funcionamiento del mismo.

En todos los casos, la evaluación se hace porque los individuos necesitan información para tomar decisiones. La tarea del evaluador es identificar y delimitar las cuestiones de evaluación y desarrollar las distintas alternativas de respuesta.

CAPÍTULO TERCERO

III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO TERCERO

III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN



“... los métodos empíricos cuantitativos y cualitativos son, cada uno de ellos, necesarios “in sua esfera”, “in suo ordine”, para dar razón de aspectos, componentes o planos específicos del objeto de conocimiento”. No sólo no se excluyen mutuamente, sino que se requieren y complementan, tanto más cuanto que el propósito que abarca la totalidad del objeto sea más decidido”.

Beltrán, M. (1990: 40) *Cinco vías de acceso a la realidad social.*

3.1. INTRODUCCIÓN

Como ya ha sido mencionado al inicio de este trabajo, y de acuerdo con el tema de esta tesis titulada “El análisis de los Planes Municipales de drogodependencias en algunos municipios clave de la Región de Murcia”, así como en consonancia con el marco teórico de referencia planteado en los capítulos precedentes, el propósito general de este estudio es analizar y conocer las actuaciones que se realizan en materia de prevención de drogodependencias en el ámbito local, a través de los Plan Municipales de drogodependencias. Se trata pues, de identificar las condiciones desde las que se plantea la intervención y cómo ésta se traduce en la práctica. Para ello, nos hemos planteado conocer el grado de coordinación, entre los diferentes recursos y servicios con los que cuentan estos PMD, las acciones formativas, la población a la que van destinadas, las propuestas de mejora, etc., guiados por el modelo de evaluación de Stufflebeam. También

hemos intentado acercarnos un poco más a los programas escolares de prevención de drogodependencias, para lo que hemos desarrollado un breve análisis a partir de la información obtenida de los destinatarios. En este sentido recordamos que los objetivos específicos de la investigación son los siguientes:

1^{er}. OBJETIVO GENERAL: ANALIZAR LOS PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer cuáles han sido las necesidades que han llevado a la realización de los PMD en las diferentes localidades
2. Conocer si se han realizado estudios previos a la puesta en marcha de los PMD que hayan analizado la realidad local.
3. Identificar los objetivos generales de los PMD analizados
4. Identificar las entidades que han participado en la elaboración de los PMD
5. Identificar las entidades que han participado en la puesta en marcha de los PMD
6. Conocer la estructura y los diferentes ámbitos de actuación de los PMD
7. Analizar el tipo de actividades que se realizan desde los PMD
8. Identificar los recursos financieros de los que disponen los PMD
9. Conocer si se realiza evaluación de los PMD, en caso afirmativo, identificar qué tipo, qué instrumentos se utilizan, y durante qué periodo se realiza.

2º. OBJETIVO GENERAL: ANALIZAR LOS PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS. ÁMBITO EDUCATIVO DE LOS PMD.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer la difusión que se les da a los programas escolares de prevención en drogodependencias

1. Identificar las características de la formación ofertada en los programas escolares de prevención en drogodependencias
2. Conocer el contenido de los programas escolares de prevención en drogodependencias trabajado en las aulas
3. Identificar la utilidad percibida por los destinatarios encuestados de los programas escolares de prevención en drogodependencias
4. Conocer el nivel de consumo de drogas por parte de los destinatarios encuestados
5. Identificar si se considera pertinente la continuidad de estos programas por parte de los destinatarios.

Los propósitos señalados anteriormente, podrían alcanzarse, en términos de investigación, a través de distintos diseños metodológicos o, lo que es lo mismo, por medio de la puesta a punto de diversos dispositivos para acceder al contexto de análisis, -Localidades, Centros de Servicios Sociales y Centros Educativos-, recabar la información necesaria para llevar a cabo nuestro proyecto, etc.

Dado nuestro punto de vista, la opción por una combinación de metodología cualitativa y cuantitativa, aunque con un predominio de la cualitativa, nos pareció la más adecuada para alcanzar nuestros propósitos. No pretendemos tanto obtener mucha información cuantitativa, sino conocimiento sensible a significados y prácticas preventivas. Al relacionarnos con temas tan saturados de creencias, juicios, significados y contexto peculiares, entendemos que esta opción metodológica es la más idónea.

Hemos de precisar, por consiguiente, algunas cuestiones conceptuales y pragmáticas directamente relacionadas con el diseño metodológico elegido. Para ello, en primer lugar explicaremos las bases conceptuales de la metodología utilizada.

3.2. HACIA UN ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Hay diferentes apreciaciones y matices a la hora de definir qué es la metodología cualitativa. Así, para Erickson (1986) es un intento de combinar un análisis intenso de detalles finos de conducta y su significado, en la interacción social de cada día, con análisis del contexto social más amplio (el campo de las influencias sociales) dentro del cual ocurre la interacción personal.

Para otros autores, como por ejemplo Anguera (1986: 24), la metodología cualitativa se entiende:

"... como una estrategia de investigación fundamentada en una depurada y rigurosa descripción contextual del evento, conducta o situación que garantice la máxima objetividad en la captación de la realidad, siempre compleja, y preserve la espontánea continuidad temporal que le es inherente, con el fin de que la correspondiente recogida sistemática de datos, categóricos por naturaleza, y con independencia de su orientación preferentemente ideográfica y procesual, posibilite un análisis que dé lugar a la obtención de conocimiento válido con suficiente potencia explicativa..."

Tal y como señala Tesch, (citada por Colás, 1998: 227), *"... la investigación cualitativa supone la adopción de unas determinadas concepciones filosóficas y científicas, unas formas singulares de trabajar científicamente y fórmulas específicas de recogida de información y análisis de datos, lo que origina un nuevo lenguaje metodológico"*. Por tanto, entendemos la investigación cualitativa, como una metodología que intenta acercarse al conocimiento de la realidad social a través de la observación participante de los hechos o del estudio de los discursos. Su objetivo no es centrarse únicamente en el acto de conocer, sino que el centro de interés se desplaza con esta metodología a las formas de intervenir (Peiró, 1996). Así, se obtiene un conocimiento directo de la realidad social, no mediado por

definiciones conceptuales u operativas, ni filtrado por instrumentos de medida con alto grado de estructuración. Los métodos cualitativos intentan dar cuenta de la realidad social, comprender cuál es su naturaleza, más que explicarla o predecirla.

Como vemos, la investigación cualitativa equivale a un intento de comprensión global. Por muy limitado o reducido que sea el contenido que se aborda, éste es entendido siempre en su totalidad, nunca como un fenómeno aislado, disecado o fragmentado. Esta condición es la que ha llevado a enfatizar dos características más de estos métodos: la flexibilidad y la provisionalidad (Ruiz, 1996). La primera, obliga a una visión holística y global del fenómeno a estudiar. Cada objeto de investigación debe ser entendido como un texto en un contexto, debiendo ser ambos abordados en su totalidad. La segunda, impulsa a esta investigación a no perder el contacto con la realidad inmediata. Un investigador cuantitativo puede alquilar una empresa de sondeos para que encueste a una muestra de individuos con las que el investigador jamás entrará en contacto directo. Tal posibilidad es impensable en la investigación cualitativa. La proximidad es un requisito imprescindible.

Hay autores que prefieren elaborar una definición que caracterice a las técnicas cualitativas en términos de un conjunto de principios o postulados. Estos principios-guía de investigación cualitativa, reclaman básicamente la observación de primera mano del desarrollo de los fenómenos sociales. Desde este punto de partida se siguen una serie de máximas de investigación (Van Maanen, 1985: 9):

- ❑ *Introducción analítica*: el trabajo cualitativo comienza con la observación detallada y próxima a los hechos, Se busca lo específico y local dentro de lo cual pueden o no descubrirse determinados patrones.
- ❑ *Proximidad*: se da especial importancia a la observación de los casos concretos y del comportamiento de los individuos en las actividades que a ellos mismos les interesan.
- ❑ *Comportamiento ordinario*: el mundo cotidiano de la vida ordinaria es el marco en el que se plantean los problemas dignos de investigación.

- *La estructura como requerimiento ritual*: la investigación tiene que descubrir la estructura, no imponerla, reconociendo los significados y los contextos en los que sus actos resultan situacionalmente relevantes. No existe ningún orden social, natural o fundamental que no deba ser explicado como resultado aleatorio de la costumbre, las circunstancias concretas o la interacción social.
- *Focos descriptivos*: los núcleos de interés no son otros que los fenómenos recurrentes en un tiempo y espacio concretos. El descubrimiento y la exposición son objetos de investigación más importantes que la explicación y la predicción.

Por su parte, Milles y Huberman (1994) destacan las características de la investigación cualitativa, algunas de ellas son directamente aplicables a nuestro estudio:

- La investigación es conducida a través de un intenso y/o prolongado contacto con el “campo”. El interés se centra en situaciones que son típicamente “banales” o normales, en las reflexiones de la vida diaria de los individuos, grupos, sociedades y organizaciones.
- El papel del investigador es obtener un punto de vista “holístico” (sistemático, comprensivo, integrado) del contexto objeto de estudio: su lógica, sus disposiciones, sus reglas explícitas e implícitas.
- El investigador intenta captar las informaciones en las percepciones de los actores locales “desde dentro”, mediante un proceso de profunda atención, de comprensión empática, y de suspender o “poner entre paréntesis” preconcepciones acerca de los tópicos bajo discusión.
- El empleo de instrumentación relativamente poco estandarizada. El investigador es esencialmente el principal “recurso de medición” en el estudio.

3.2.1. Paradigmas de la metodología cualitativa

Dentro de este marco general esbozado como característica de la metodología cualitativa hay que reconocer, con Tesch (1991: 16) que:

“Si hasta hace poco tiempo, este término incluía un concepto genérico más o menos homogéneo, hoy abarca una serie de planteamientos y de enfoques tan dispares que es preciso determinar de antemano, por un lado, cuál es el marco epistemológico o conjunto de postulados interpretativos en los que uno va a moverse; por otro, cuál es el foco de interés que el investigador pretende abordar”.

Tal vez sea el descubrimiento de significados la nota que mejor resume las razones que legitiman, en opinión de sus promotores, el uso de los métodos cualitativos frente al de los cuantitativos. No obstante, aún reduciéndolos a este denominador común, no se puede hablar de uniformidad completa en la familia cualitativa. Dos familias, al menos, se disputan la ortodoxia de la metodología cualitativa (Dabbs *et al.* 1982: 33):

- Por un lado, están los autores que, proviniendo directamente de la etnografía, la antropología y el interaccionismo simbólico, mantienen que el auténtico significado de los actos es conocido, privilegiado y primariamente, por los propios actores. De ahí la insistencia en técnicas tales como la observación participada o la entrevista en profundidad *tal como la ven, la viven y la construyen los propios individuos.*
- Por otro lado, aparecen los que, proviniendo más directamente de la sociología y la etnometodología, reservan para el investigador propiamente dicho, la capacidad de una interpretación más completa y genuina. Para estos autores, desde Max Weber a Cicourel y desde Goffman hasta Schwartz y Jacob, es más acertado un planteamiento de sociología formal que, en contraste con la etnografía, examine a los

individuos y los grupos desde fuera, enfocando las minucias de la vida cotidiana, las trivialidades que definen mucho, de la cualidad y el ambiente del mundo social, esto es, el sentido más común de la vida cotidiana.

Una de las decisiones estratégicas iniciales de la investigación procede, por consiguiente, de la elección de paradigma y de las implicaciones prácticas que de ello se deducen. En este sentido, Guba y Lincoln (1994) han resumido recientemente los diferentes paradigmas o marcos epistemológicos que pueden realizarse en el análisis cualitativo. Al margen de los métodos concretos utilizados para la recogida y el análisis de la información, cuatro son los paradigmas que Guba y Lincoln entienden se disputan el marco teórico previo a cualquier intento de análisis cualitativo. Estos son el Positivismo, Postpositivismo, la Teoría crítica y el Constructivismo (véase cuadro 1).

Cuadro 1.: Paradigmas en el análisis cualitativo

	Positivismo	Postpositivismo	Teoría crítica	Constructivismo
Ontología	Realismo ingenuo-realidad, "real" pero aprensibles	Realismos crítico-realidad "real" pero sólo imperfecta y probablemente aprensible	Realismo histórico-realidad virtual concebida a base de valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y sexuales, cristalizado en el tiempo	Relativismo-realidades locales y específicas construidas
Epistemología	Dualista/Objetivista; descubrimientos verdaderos	Dualista modificado/Objetivista; tradición crítica/comunidad; hallazgos probablemente verdaderos	Realismo histórico-realidad virtual concebida a base de valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y sexuales, cristalizado en el tiempo	Relativismo-realidades locales y específicas construidas
Metodología	Experimental/manipulativa; verificación de hipótesis, principalmente métodos cuantitativos	Experimental modificada/manipulativa; multiplicidad crítica; falsificación de hipótesis; puede incluir métodos cualitativos.	Transaccional/Subjetivista; hallazgos creados.	Transaccional/Subjetivista; hallazgos creados

Fuente: Guba y Lincoln (1994: 109)

Son numerosos los trabajos que intentan llegar a delimitar y clarificar las diversas corrientes existentes en la investigación cualitativa, destacando en este sentido los de Donmoyer (1992), Tesch (1990) o Wolcott (1992), entre otros. Estas distintas clasificaciones vienen a constatar la existencia de un pluralismo paradigmático. En esta línea, Alter (1992) (citado por Colás y Rebollo, 1993)

plantea una clasificación que toma como base las tesis de Habermas en torno a las tres categorías del interés que subyacen al conocimiento humano: predicción, comprensión y emancipación. A éstas añade una cuarta categoría como es la correspondiente a la reconstrucción (véase cuadro 2).

Cuadro 2: Paradigmas de la indagación postpositivista

Predecir	Comprender	Emancipar	Reconstruir
Positivismo	Interpretativo Naturalístico Constructivista Fenomenológico Hermenéutico Interaccionismo simbólico Microetnografía	Crítico Neo-marxista Feminista Orientado a la práctica Participativo Freiriano	Post-estructural Post-moderno Diáspora paradigmática

Fuente: Alter (1992: 89)

En definitiva, no existe “una” investigación cualitativa, sino múltiples enfoques cuyas diferencias fundamentales vienen marcadas por las opciones que se tomen en cada uno de los niveles (ontológico, epistemológico y metodológico) que hemos presentado anteriormente. La adopción de una u otra alternativa, de todas las posibles que se presentan en cada nivel, determinarán el tipo de estudio cualitativo que se realice. El paradigma que guía nuestro proceso de investigación es el paradigma crítico, orientado hacia la mejora de la realidad social con la que hemos trabajado, proponiendo al final de nuestro estudio una serie de propuestas, orientadas a la mejora de la práctica social, en lo que respecta al desarrollo de los PMD.

Tras la elección de paradigma, es preciso formular la elección estratégica del foco de interés al que se orienta la investigación. Estos focos de interés son reducidos por Tesch (1991: 16) a los siguientes:

□ ESTUDIOS DE LENGUAJE

- Análisis clásico de contenido (descripción sistemática del contenido de la comunicación).

- Análisis etnográfico de contenido (análisis reflexivo de documentos).
 - Análisis del discurso (análisis lingüístico de sus formas y mecanismos).
 - Análisis de documentos (historias, biografías) (enfoque no estructurado y no cuantitativo de documentos personales).
- ESTUDIOS DESCRIPTIVOS/INTERPRETATIVOS
- Etnografía clásica (descripción de una cultura, sus valores, normas, ...)
 - Etnografía estructural (descripción de la organización social y su distribución de significados).
 - Etnografía de la comunicación (estudio de los patrones de interacción social.).
 - Etnometodología (comprensión de las categorías culturales y de principios que las rigen).
 - Análisis estructural de eventos (búsqueda de las estructuras lógicas que relacionan los eventos unos con otros).
- ESTUDIOS DE ORIENTACIÓN TEÓRICA
- Construcción de teoría fundamentada (describir teoría a partir de datos compartidos).
 - Interaccionismo simbólico (estudio de la empatía, creación y participación en significados comunes).

Nuestro trabajo ha consistido en un análisis clásico de contenidos, a través del que hemos analizado la información recogida, y a la que luego hemos incluido un análisis reflexivo.

3.2.2. Metodología cualitativa versus cuantitativa

Señalamos que el enfoque metodológico que hemos adoptado responde eminentemente a un planeamiento cualitativo, si bien va a ser enriquecido por algunos aspectos de la metodología cualitativa, sin que ello suponga contradicción alguna. Los defensores de la incompatibilidad entre ambas metodologías pretenden reclamar el recurso exclusivo a uno de ellos. Por un lado, los partidarios del análisis cuantitativo, afirmando que el análisis cualitativo carece de mecanismos internos que garanticen el nivel mínimo de fiabilidad y validez, y los partidarios del análisis cualitativo, por su parte, defienden que la supuesta neutralidad y precisión de medida de los datos cuantitativos no pasan de ser una mera afirmación ideológica, resaltando el escaso valor explicativo de varianza aportado por los tests estadísticos, y ridiculizando el abuso esotérico de fórmulas cada vez más cabalísticas para el logro de unas definiciones de los fenómenos sociales progresivamente alejadas de la realidad social.

La mayoría de los autores, sin embargo, adoptan posturas más funcionales pragmáticamente y menos irreductibles teóricamente, siendo la corriente más numerosa la de aquellos que abogan por una postura que puede resumirse en dos postulados básicos (Ruiz, 1996: 17):

- La metodología cualitativa es tan válida como la cuantitativa, y su diferencia estriba en la diferente utilidad y capacidad heurística que poseen, lo que las hace recomendables en casos y situaciones distintas. El acierto del investigador depende no de la metodología que utiliza, sino del acierto en aplicarla en aquellos casos específicos para los que está más adaptada.
- La metodología cuantitativa no es incompatible con la cualitativa, lo que obliga a una reconciliación entre ambas, y recomienda su combinación en aquellos casos y para aquellos aspectos metodológicos que la reclamen. Esta combinación recibe el nombre de triangulación y es utilizada cada vez con mayor insistencia.

Los métodos analíticos se marcan unos objetivos concretos que consisten en descubrir la estructura específica de lo que ocurre en la realidad, frente al descubrimiento de las leyes generales o distribuciones masivas que con tanto ahínco intentan averiguar los promotores de los métodos cuantitativos.

Dado que afirmar que “... la “ciencia” (cuantitativa) es el único camino de acceso al conocimiento y es la verdad, no sería más que una expresión del fetichismo cientificista” (Ander-Egg, 1971: 13). Del mismo modo, reducir la metodología científica al paradigma positivista no pasa de ser un ejemplo de etnocentrismo académico. Las técnicas cualitativas son un instrumento tan válido como las cuantitativas y, si bien las discrepancias y variedad internas de escuelas y autores son importantes, nada impide delinear una estratégica básica que, como hilo conductor, las aglutine y agrupe.

La estrategia de una investigación cualitativa va orientada a descubrir, captar y comprender una teoría, una explicación, un significado; mientras que la de una cuantitativa va más orientada a contrastar, comprobar, demostrar la existencia de una teoría previamente formulada. La primera se adentra en un contexto de descubrimiento y de exploración de la realidad, mientras que la segunda busca la comprobación, el contraste de los resultados.

Lincoln, sintetizando el trabajo de Schwartz y Ogilvy, describe el cambio paradigmático ocurrido en el “modo de ver” la realidad por parte de la comunidad científica, y lo resume en los siguientes términos (1985: 34-35):

- ❑ Cambio de un modelo de ver el mundo como simple y probabilístico a verlo como complejo y diverso
- ❑ Cambio de ver el mundo ordenado jerárquicamente a verlo regido por la heterarquía.
- ❑ Cambio de imaginarse el mundo como un universo mecánico a otro holográfico, en el que todas las partes contienen información sobre el resto.

- ❑ Cambio de imagen de un mundo determinado a otro indeterminado, ni predecible, ni controlable.
- ❑ Cambio del postulado de la causalidad directa al de la causalidad mutua.
- ❑ Cambio del postulado de la aglomeración por el de una interacción mutua y simbólica, basada en la diversidad, complejidad, indeterminación, apertura y causalidad no lineal.
- ❑ Cambio del planteamiento de la pura objetividad a la postura perspectivística, en la que se reconoce la imposibilidad de ser neutrales en nuestras investigaciones.

Todos estos cambios han dado lugar a la aparición de un nuevo paradigma, que Guba (1985: 85) denomina *NATURALISTA*, de repercusiones tanto teóricas como metodológicas y que se ajusta a nuestra investigación, cuyos postulados describimos a continuación:

- ❑ Axioma 1, La naturaleza de la realidad (ontología): Hay múltiples realidades construidas que pueden ser estudiadas sólo *holísticamente*. La investigación en estas realidades múltiples discrepa inevitablemente (cada investigación suscita más preguntas de las que responde), de modo que la predicción y el control son resultados improbables, si bien puede conseguirse cierto nivel de comprensión.
- ❑ Axioma 2, La relación investigador-contestador: Ambos interactúan *influyéndose mutuamente*, especialmente cuando el objeto de investigación (contestador) es otro ser humano.
- ❑ Axioma 3, El propósito de la Investigación (Generalización): No es otro que desarrollar un *cuerpo idiográfico de conocimiento*, objeto que queda encuadrado en unas hipótesis de trabajo que describen el caso individual, y en las que las diferencias son más interesantes que las semejanzas, y en donde la generabilidad pasa a ocupar un puesto irrelevante.
- ❑ Axioma 4, La Naturaleza de la explicación (Causalidad): Debe buscarse en términos de *factores múltiples interactivos*, que forman parte de la misma acción, y que, por lo tanto, constituyen una red de interacciones cuya forma definitiva sólo, en el mejor de los casos, puede inferirse.

- Axioma 5, Papel de los valores (Axiología): Los valores han condicionado el proceso investigador de formas diversas: en la selección y planteamiento del problema, en la elección de los paradigmas substantivos, de método, de contenido y de valor.

3.3. MODELOS DE EVALUACIÓN

Tal como hemos expuesto en los capítulos anteriores, la evaluación es uno de los procesos básicos y fundamentales en la elaboración y aplicación de programas de prevención de drogodependencias, y más concretamente, como es el caso que nos ocupa, de los PMD. Esta evaluación nos ayuda a comprender y a valorar las acciones que se llevan a cabo, conocer los efectos que producen, así como guiarnos en la consecución o no de las metas planteadas. Sin esta evaluación podríamos decir que “*trabajamos sobre la nada*”, pues, por lo general, justificamos las actuaciones que se llevan a cabo respondiendo a los intereses del momento, y que se centran principalmente en la justificación de los mismos reflejando el índice de participación y satisfacción de los destinatarios de las acciones propuestas. Una perspectiva evaluativa que está muy lejos de realizar un verdadero análisis, capaz de servir para el enriquecimiento del programa desarrollado y responder a las necesidades con las que fue creado.

3.3.1. Recorrido histórico

La evaluación de programas educativos y sociales comenzó a desarrollarse como una actividad intencional en torno a los años 20. Como otros muchos campos científicos nuevos, la evaluación también ha participado de discusiones conceptuales e ideológicas. Los teóricos de la evaluación difieren ampliamente en la manera de entender qué es evaluación y cómo evaluar. Aunque muchos estudios sobre evaluación de programas han implementado con mayor o menor fidelidad un modelo de evaluación, la mayoría se han diseñado sin hacer una referencia explícita al marco conceptual, filosófico e ideológico desde el que se entiende la evaluación (Worthen y Sanders, 1987). Durante las dos últimas décadas, alrededor de cincuenta modelos diferentes de evaluación se han desarrollado e implementado en mayor o menor medida. En este sentido, creemos con Scriven (1984: 49) que “... *la proliferación de modelos de evaluación es una señal del crecimiento de este campo y de la complejidad de los problemas metodológicos con los que la evaluación se encuentra*”.

La evaluación de programas como tal aparece en torno a 1940. En esta década, comienzan a desarrollarse modelos de evaluación que incorporan este enfoque (Tyler, Cronbach, etc.). Durante la época que va desde 1940 a 1970 predomina la evaluación como investigación empírica positivista, que utiliza procedimientos estandarizados para la recogida y análisis de datos (cuestionarios, tests, análisis estadísticos, etc.) orientados a la toma de decisiones. A pesar del nacimiento de otros enfoques de evaluación, esta perspectiva de evaluación sigue hoy manteniendo su vigencia.

A partir de 1970, y coincidiendo con la aparición del paradigma cualitativo en la investigación educativa, la evaluación de programas comienza a incorporar modelos que se centran en los participantes del programa (Stake, Parlett y Hamilton (1976), McDonald, etc.). Se orientan a proporcionar información del proceso de implementación del programa con el fin de que los participantes tengan mayor y más completa información del proceso, lo cual les llevará a realizar sus propias conclusiones sobre el mismo. Los procedimientos de investigación incorporados provienen del campo de la investigación naturalista/ etnográfica/ cualitativa.

A partir de 1980 se comienza a hablar en evaluación del modelo crítico. Este modelo no está reconocido ni extendido en la comunidad científica como un enfoque evaluativo diferente. Muchos autores lo integran dentro de la perspectiva cualitativa (Pérez Juste, 1991; Worlhen y Sanders, 1987; Pérez Gómez, 1983). Las aportaciones que lo definen como una perspectiva de evaluación distinta de la cualitativa son escasas (Farley *et al.*, 1985; Berk y Rossi, 1990; Colás, 1992; McKinney *et al.*, 1985).

Hoy en día, la evaluación de programas es un campo científico bastante desarrollado a pesar de su corto recorrido, que ha propiciado otras extensiones tales como la evaluación de los programas socio-educativos, que asume un enfoque más genérico, global y holístico.

Autores como Farley *et al.* (1985) y McKinney *et al.*, (1985), hacen una propuesta global y genérica, utilizando como criterio básico la conjunción de distintos aspectos teóricos y metodológicos. Ello lleva a agrupar los diversos modelos en objetivistas, subjetivistas y críticos. Esta estructuración en tres grandes bloques responde, por un lado, a distintas epistemologías y filosofías de evaluación y por otro, a enfoques metodológicos muy diferentes. Distintos autores apuntan en esta misma línea (Worthen y Sanders, 1987; Colás, 1992). A continuación presentamos una clasificación de cada uno de ellos siguiendo el análisis de Colás y Rebollo (1993: 55-64).

3.3.2. Modelos objetivistas

Conciben la evaluación de programas desde una perspectiva técnica (Worthen y Sanders, 1987). Desde esta perspectiva, la evaluación es la determinación del valor o mérito de un programa. Los modelos objetivistas coinciden no sólo en el concepto de evaluación de programas, sino también en los criterios de evaluación, que vienen a ser, básicamente, el grado de productividad y el nivel de eficiencia del programa (Colás, 1992). Los modelos encuadrados en esta perspectiva, en su mayoría, centran la toma de decisiones en las autoridades políticas o académicas/científicas (Bates, 1989). El evaluador desempeña un rol técnico (habitualmente externo al programa). Es el responsable de la evaluación y de proporcionar información relevante acerca del mérito o bondad del mismo. Esta información sirve para la toma de decisiones, normalmente política, acerca del futuro del programa (mejora del diseño, nueva implementación, etc.). Entre otros, podemos encontrar, dentro de esta perspectiva, la evaluación basada en objetivos de Tyler, el modelo de Cronbach, el modelo de toma de decisiones de Stufflebeam y el modelo sin referencia a objetivos de Scriven.

3.3.2.1. Evaluación basada en objetivos (Tyler)

El modelo tyleriano es un modelo orientado hacia la toma de decisiones. Éstas deben basarse en la coincidencia real entre los objetivos del programa y los resultados obtenidos. Por tanto, la evaluación y el proceso de toma de decisiones

funcionan por separado, aunque la primera no debe olvidar que está al servicio del segundo.

Desde este modelo, la evaluación se concibe como un proceso terminal, lo que bajo nuestro punto de vista puede representar una desventaja, ya que no permite efectuar cambios a lo largo del proceso evaluativo.

El nacimiento del modelo tyleriano, sintetizado en el cuadro 3, coincide con el auge del positivismo y la metodología cuantitativa de investigación en educación. Este hecho hace que este modelo posea un carácter básicamente objetivista cuantitativo, lo cual se refleja tanto en la concepción de evaluación - comparación entre objetivos y resultados- como en su procedimiento para evaluar.

Cuadro 3: Evaluación basada en objetivos (Tyler)

FINALIDAD	Prescribir
CONTENIDO	Producto
UNIDAD DE EVALUACIÓN	Sujetos
TOMA DE DECISIONES	Autoridad
PAPEL DEL EVALUADOR	Externo

3.3.2.2. Planificación evaluativa (Cronbach)

Este modelo aparece a finales de los años cuarenta, fruto del interés de Cronbach por múltiples aspectos de la evaluación de programas sociales. Desde esta perspectiva, uno de los aspectos claves en la evaluación es su función política. La información que se recoge en las evaluaciones responde en la mayoría de los casos a motivaciones políticas. En este sentido, la evaluación debe tener la misma flexibilidad tanto respecto a sus propios resultados como a los intereses cambiantes de la comunidad política (Stufflebeam y Skinkfield, 1987). Las evaluaciones, a menudo, se realizan a petición de un administrador que contrata al evaluador en calidad de experto que aplica técnicas de muestreo, valoración y análisis estadísticos. Desde su perspectiva, el evaluador puede y debe aportar su visión acerca de las posibilidades del diseño de la evaluación antes de que se produzca la toma de decisiones política, siempre haciendo gala de extremada prudencia con

los responsables políticos de la evaluación, modelo de evaluación sintetizado en el cuadro 4.

Cuadro 4: Evaluación basada en la Planificación evaluativa (Cronbach)

FINALIDAD	Prescribir
CONTENIDO	Producto Proceso
UNIDAD DE	Sujetos
TOMA DE	Autoridad
PAPEL DEL	Externo

3.3.2.3. Modelo C.I.P.P. (Stufflebeam)

Aparece a finales de los años 60 cuando propone una nueva definición de evaluación alternativa a la de Tyler. Según él, la evaluación es un proceso mediante el cual se proporciona información útil para la toma de decisiones. La aceptación pública de esta afirmación lleva a Stufflebeam a trabajar en lo que sería el Modelo CIPP (*Context, Input, Process, Product*).

Este modelo parte de la concepción de que la evaluación es el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva acerca del valor y el mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de un objeto determinado, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y promover la comprensión de los fenómenos implicados (Stufflebeam, 1987). Los conceptos clave del modelo CIPP quedan recogidos en ella. El evaluador, desde esta perspectiva, cumple dos funciones: a) proporcionar información útil y, b) ayudar a tomar decisiones racionales y abiertas.

Su gran aportación se centra en la cuestión de los contenidos de la evaluación. La mayor parte de los estudios evaluativos anteriores se han basado fundamentalmente en el producto, y en algunos pocos casos en el proceso; Stufflebeam amplía el contenido de evaluación contemplando hasta cuatro dimensiones:

- Evaluación del contexto.
- Evaluación de entrada/diseño/planificación.
- Evaluación del producto.
- Evaluación del proceso.

En síntesis, los principales rasgos que configuran el modelo CIPP son los recogidos en el cuadro 5:

Cuadro 5: Evaluación basada en el modelo de Modelo C.I.P.P. (Stufflebeam)

FINALIDAD	Prescribir
CONTENIDO	Producto/Proceso/Contexto/Diseño
UNIDAD DE EVALUACIÓN	Sujetos
TOMA DE DECISIONES	Autoridad
PAPEL DEL EVALUADOR	Externo

3.3.2.4. Modelo sin referencia a objetivos (Scriven)

El modelo toma como grupo de referencia a los receptores de los programas educativos más que a las autoridades políticas. Descansa sobre el análisis de las necesidades del cliente, pasando a un plano secundario los objetivos e intenciones del programa. Estas necesidades, intereses, pensamientos y aspiraciones de los individuos son, sin embargo, definidas de forma externa y objetiva por parte del evaluador. Esta identificación objetiva, junto con el rol del evaluador, sitúan a este modelo, sintetizado en el cuadro 6, en una perspectiva objetivista.

Cuadro 6: Evaluación basada en el Modelo sin referencia a objetivos (Scriven)

FINALIDAD	Prescribir
CONTENIDO	Producto/Proceso/Contexto
UNIDAD DE EVALUACIÓN	Sujetos
TOMA DE DECISIONES	Contrato autoridad-evaluador
PAPEL DEL EVALUADOR	Externo

3.3.3. Modelos subjetivistas

Junto a los modelos objetivistas, Worthen y Sanders (1987) identifican otro grupo de modelos alternativos que denominan “subjetivistas”. Comienzan a

desarrollarse en torno a la década de los sesenta, coincidiendo con el surgimiento del paradigma interpretativo en la investigación educativa. Desde esta perspectiva, la evaluación se concibe como la comprensión y valoración de los procesos y resultados de un programa educativo. La gran diferencia con respecto a la perspectiva anterior estriba en su concepción de la realidad y en su forma de entender el conocimiento. Aquí, el saber es considerado como una creación humana que está estrechamente vinculada a los valores, creencias y actitudes de quienes están inmersos en la realidad (Farley *et al.*, 1985). Los contenidos de evaluación son los procesos de implementación del programa. La finalidad es proporcionar información para mejorar la práctica educativa. Su principal interés es captar la singularidad de las situaciones concretas, las características que definen una situación (Colás, 1992). A diferencia del enfoque anterior, el evaluador, desde esta perspectiva, asume un rol de cooperación con los participantes e implementadores del programa. De esta forma, el evaluador proporciona información al propio cliente del programa para tomar conciencia del proceso vivido y ampliar su conocimiento sobre el mismo. En esta perspectiva, se encuentran, entre otros, el *modelo de evaluación respondente* de Stake, la *evaluación iluminativa* de Parlett y Hamilton y la *evaluación democrática* de McDonald.

3.3.3.1. *Evaluación respondente (Stake)*

Stake es el creador de una nueva escuela de evaluación que exige un método pluralista, flexible, interactivo, holístico, subjetivo y orientado al cliente. Las interpretaciones de los implicados en el programa son imprescindibles para el desarrollo de la evaluación. El evaluador negocia y colabora con los participantes del programa. La finalidad última de la evaluación desde esta perspectiva es describir y ofrecer un relato completo y holístico del programa educativo. En síntesis, la evaluación respondente de Stake, en síntesis presenta las características reflejada en el cuadro 7:

Cuadro 7: Evaluación basada en el modelo Respondente (Stake)

FINALIDAD	Describir
CONTENIDO	Producto/Proceso
UNIDAD DE EVALUACIÓN	Sujetos/Centros
TOMA DE DECISIONES	Contrato Evaluador-Cliente
PAPEL DEL EVALUADOR	Cooperación

3.3.3.2. Evaluación iluminativa (Parlett y Hamilton)

Con la evaluación iluminativa se espera que el conjunto de informaciones aportadas por el evaluador sirva a diferentes grupos para tomar decisiones difíciles. El evaluador no debe, desde este modelo, emitir juicios de valor, sino descubrir y generar debates acerca de lo que implica el programa y ser participante en él. Su función será poner de manifiesto los juicios de valor de los participantes en el programa. A continuación, presentamos en el cuadro 8, de forma sintética, las aportaciones del modelo de evaluación iluminativa en su dimensión teórica.

Cuadro 8: Evaluación basada en el modelo iluminativo (Parlett y Hamilton)

FINALIDAD	Describir
CONTENIDO	Proceso/Contexto
UNIDAD DE EVALUACIÓN	Centros/Instituciones
TOMA DE DECISIONES	Contrato Evaluador-Cliente
PAPEL DEL EVALUADOR	Cooperación

3.3.3.3. Evaluación democrática (McDonald)

La evaluación democrática, resumida en el cuadro 9, es un servicio de información a la comunidad sobre las características del programa educativo. El evaluador democrático reconoce el pluralismo de valores y persigue que se expresen los diferentes intereses en la formulación de un tema. El valor básico es la formación de una colectividad de ciudadanos informados. El evaluador intercambia información entre grupos que desean conocimientos recíprocos y establece una negociación periódica entre los responsables políticos y los participantes del programa. Las técnicas de recogida y análisis de la información tienen que ser

accesibles para personas no-especialistas. Los conceptos clave de la evaluación democrática son confidencialidad, negociación y accesibilidad.

Cuadro 9: Evaluación basada en el modelo democrático (McDonald)

FINALIDAD	Transformar
CONTENIDO	Proceso/Contexto
UNIDAD DE EVALUACIÓN	Centros/Instituciones
TOMA DE DECISIONES	Autoridad-Evaluador-Cliente
PAPEL DEL EVALUADOR	Cooperación

3.3.4. Modelo crítico de evaluación

Junto a los modelos objetivistas y subjetivistas, nosotros identificamos otro que, si bien no está tan desarrollado como los anteriores, comienza a configurarse como una perspectiva teórica que concibe la evaluación de forma distinta a las anteriores. Desde esta perspectiva, la evaluación de programas de intervención es “*un proceso de recogida de información que fomenta la reflexión crítica de los procesos y conduce a la toma de decisiones pertinentes en cada situación específica*” (Martínez *et al.*, 1990: 32). Denominamos a esta perspectiva “Evaluación Crítica”, sintetizada en el cuadro 10. Son muy pocos los autores que consideran esta corriente como un núcleo aparte de los anteriores (Farley *et al.*, 1985; Colás, 1992; Mckinney *et al.*, 1985; Midkiff y Burke, 1987). Debido a su escaso desarrollo expondremos las características teóricas relevantes de este enfoque de evaluación tal y como lo han conceptualizado los autores antes citados.

En un análisis de las aportaciones científicas que se han realizado en el ámbito nacional e internacional, hemos podido constatar la escasez de propuestas de modelos teóricos críticos de evaluación. Sin embargo, y aunque el encuadre teórico de este modelo está poco configurado, en la bibliografía sobre el tema se percibe un interés por parte de los evaluadores en aplicarlo en distintos contextos y realidades (Martínez *et al.*, 1990; Pozo *et al.*, 1990; Márquez *et al.*, 1992).

En primer lugar, este modelo persigue *la transformación* de los destinatarios del programa (individuos, grupos, comunidades, etc.). La evaluación se centra en el análisis crítico de las circunstancias personales, sociales, políticas,

económicas que rodean la propia acción. Este análisis pretende fundamentar el cambio institucional y comunitario, ya que los cambios individuales de los participantes del programa serán la base para cambios más globales.

El contenido básico de la evaluación concierne tanto al proceso por el que se atraviesa para tomar una decisión como a las acciones derivadas de tales decisiones. Por lo que los contenidos de evaluación no podrán ser estáticos y prefijados, sino que se plantearán de forma abierta y flexible.

El evaluador deberá ayudar a que se manifiesten las auténticas necesidades y comprometerse en apoyarlas y recogerlas en dimensiones importantes del programa. Su posicionamiento en el grupo es de *implicación y compromiso*. Esto permite el desarrollo de la evaluación y la planificación de acciones futuras relacionadas con la misma. El evaluador es fundamental en la dinamización de la propia intervención (Colás, 1992).

El ritmo del programa estará condicionado por las circunstancias sociales, vivenciales, políticas e históricas de los participantes; el proceso evaluativo será lento y se desarrollará en la medida que los participantes lleguen a consensos y posiciones conjuntas de acción.

Cuadro 10: Evaluación basada en el modelo Crítico

FINALIDAD	Transformar
CONTENIDO	Proceso/Contexto
UNIDAD DE EVALUACIÓN	Centros/Instituciones
TOMA DE DECISIONES	Participantes
PAPEL DEL EVALUADOR	Implicación

Nos hubiera gustado utilizar en nuestro proyecto el modelo de evaluación crítico, pero es innegable el carácter que tenemos de evaluador externo, y aunque nuestra finalidad es la transformación de los PMD para su mejora, al presentar el trabajo ofrecemos unas conclusiones de la información analizada. Somos concientes que en ese momento podemos garantizar la comunicación de nuestro informe final, que no la transformación del contexto, así como tampoco podemos asegurar que se produzca una toma de decisiones por parte de los participantes.

Una de las cuestiones que quedan pendientes para posteriores estudios es comunicar estas conclusiones a los implicados en el diseño, desarrollo y evaluación de los PMD, a través de la técnica “grupos de discusión”, planteando la elaboración de un documento que analice los pro y los contra de los PMD, las coincidencias o no con las conclusiones elaboradas de nuestro informe, y los compromisos asumidos por los implicados para la mejora de los PMD. En este trabajo, el modelo que mejor se adapta a nuestra investigación, como iremos viendo, es el de Stufflebeam.

3.4. PLAN DE ACCIÓN

Siguiendo el modelo recogido por Rodríguez, Gil y García (1996: 62) hemos dividido nuestro plan de acción en cuatro fases a las que hemos añadido una quinta para recoger todas aquellas aportaciones realizadas en la comunicación de las conclusiones:

- 1ª Reflexión y preparación
- 2ª Diseño de la investigación
- 3ª Análisis de la información
- 4ª Informativa
- 5ª Revisión

Una consideración a tener en cuenta, antes de pasar a desarrollar cada una de las fases del plan de acción de nuestra investigación, es que, aunque estas fases están definidas en orden jerárquico, forman parte de un proceso continuo y cíclico de toma de decisiones entre las diferentes alternativas que se van presentando y que afectan al conjunto de la investigación, influyendo unas en otras (Pitman y Maxwell, 1992).

3.4.1. 1ª FASE: Reflexión y preparación

En esta fase ponemos de manifiesto las razones que nos han llevado a elegir el ámbito de estudio, en nuestro caso “el análisis de los PMD”. Tema que por sus características nos ha llamado la atención poderosamente, hasta tal punto, que nos ha motivado para realizar nuestro trabajo de investigación. Rodríguez, Gil y García (1996) han identificado entre las numerosas fuentes de procedencia de estos tópicos las siguientes:

- a) La propia vida cotidiana, lo que le preocupa a la gente
- b) La práctica educativa diaria
- c) Experiencias concretas que resultan significativas
- d) El contraste con otros especialistas
- e) La lectura de los trabajos de otros investigadores

A continuación, vamos a presentar las razones que nos han llevado a considerar como objeto de estudio el tema seleccionado. En nuestro caso, se podría decir que se reflejan las diferentes fuentes mencionadas anteriormente en mayor o menor medida, como inductoras de la elección de la investigación. Así, podríamos afirmar que la prevención de drogodependencias, principal objetivo de los PMD, es un tema que llevamos trabajando durante años, concienciados e implicados en favor de la promoción de la salud, y apostando por trabajar en la dirección de que las acciones educativas para la salud redunden en una calidad de vida mejor de los destinatarios de tales procesos educativos. Hemos realizado numerosas acciones investigadoras desde el grupo de Investigación “Educación, Calidad de vida y Desarrollo” al que pertenecemos y que el Dr. Alfonso García Martínez dirige. Destacaríamos la impartición de cursos de promoción educativa y numerosas publicaciones. A este respecto, trabajar en el ámbito local a través de los Servicios Sociales de los Ayuntamientos para impartir cursos sobre prevención de drogodependencias en los centros educativos, dentro de las acciones planificadas de los PMD, también nos ha ayudado a conocer y a seleccionar nuestra investigación. Haber formado parte del Grupo de Trabajo que analizó las

“Necesidades y problemas para el desarrollo de la Educación para la salud en la escuela” en la Región de Murcia y en las “Jornadas Técnicas para la Elaboración del Plan Regional de Educación para la salud en la Escuela”, también nos ha ayudado a conocer la situación actual en cuanto a la prevención de drogodependencias en la Región de Murcia, y nos ha permitido además, contrastar nuestra percepción sobre el tema con otros expertos en la materia. Y, cómo no, una amplia revisión de la literatura existente sobre la temática, que nos ha permitido conocer abundante información a través de revistas, informes, libros, artículos publicados, que se reflejan en nuestro trabajo y que han sido recogidos en la bibliografía.

Pero para esta búsqueda de reflexión y conocimiento del tema no partíamos de cero, pues en el año 2002 realizamos una tesina de licenciatura titulada “Hacia un nuevo discurso social en prevención de drogodependencias desde la Educación para la salud”, donde hicimos un recorrido por los diferentes discursos sociales en prevención de drogodependencias y de los diferentes modelos de actuación, y a través de la que definimos nuestro marco ideológico de acción que, como hemos puesto de manifiesto ya en este trabajo, parte del modelo promocional de educación para la salud. Después de haber establecido las bases teóricas, concluimos que muchas eran las orientaciones teóricas, pero muy pocas las revisiones sobre los programas realizados, es decir, la evaluación de las acciones puestas en marcha era muy escasa. Razón por la que ya entonces, detectamos la necesidad de realizar un estudio de este tipo en la Región de Murcia.

Siguiendo con las líneas de trabajo basadas en el cambio social, para poder lograr una sociedad cada día más libre, más rica humanamente y en la que podamos adoptar estilos de vida saludables, el desarrollo comunitario ha sido una de las herramientas clave para ponernos en este camino. Desde este punto de vista, los PMD se presentan como un instrumento poderoso para alcanzar los objetivos propuestos por la promoción de la salud, lejos de pretender ubicarnos en una sociedad donde los expertos establecen cuáles son las normas de comportamiento correctas, a modo de recetas. Nuestro paradigma de acción educativa está implicado con los propios ciudadanos, afirmando que si no se parte de las propias

necesidades que éstos plantean, escaso valor tendrán, al igual que escaso será el poder de cambio transformador de la sociedad en pro de una mejora de la calidad de vida de los individuos, grupos y comunidades que la componen.

El localismo del que parten los PMD nos pareció un marco ideal para poder detectar las necesidades sociales de las diferentes poblaciones, adaptándose a sus necesidades y permitiéndonos abordar de una forma más comprometida los problemas sociales denunciados, a través de herramientas como el desarrollo comunitario. Saber cómo se estaban llevando a cabo y qué acciones se ponen en marcha desde los PMD, han sido objetivos de nuestra investigación para poder analizar cómo se desarrollan y hacia dónde deben ir.

3.4.2. 2ª FASE: Diseño de la investigación

Tras el proceso de reflexión teórica, hemos definido el momento de planificar las actuaciones, de diseñar la investigación. En este sentido, el diseño de la investigación suele estructurarse a partir de cuestiones como estas (Rodríguez, Gil y García 1996: 67):

- a) ¿Qué diseño resultará más adecuado a la formación, experiencia y opción ético-política?
- b) ¿Qué o quién va a ser estudiado?
- c) ¿Qué método de indagación se va a utilizar?
- d) ¿Qué técnicas de investigación se utilizaron para recoger y analizar los datos?
- e) ¿Desde qué perspectivas o marco conceptual van a elaborarse las conclusiones de la investigación?

Una vez que hemos reflexionado sobre el marco teórico, los primeros pasos del investigador son un intento constante por definir el objeto de estudio o, dicho de otra forma, cuál es el fenómeno, individuo u organización sobre el que, dentro de un contexto limitado, se va a centrar el estudio. En este sentido, en esta fase

intentaremos determinar la naturaleza, el tamaño, la localización y dimensión de nuestro ámbito de estudio.

Es conveniente destacar que nos hemos centrado en la realización de un análisis, a través de un modelo de evaluación (aproximativo al de Stufflebeam) de los PMD de seis localidades de la Región de Murcia: Murcia, Cartagena, la Mancomunidad del Sureste (Torre Pacheco, La Unión y Fuente Álamo), Lorca, Jumilla y Yecla. Se han seleccionado estas localidades por su distribución geográfica y representativa de la Región. Nos hubiera gustado poder realizar un análisis de los PMD de todas las localidades de la Región; sin embargo, nuestra limitación temporal, dificultades de movilidad y económicas (pues no se dispone de ningún tipo de ayuda o subvención para realzar la investigación), nos han inducido a no poder realizar un análisis completo de todos los PMD que se desarrollan en la Región.

Como ya hemos advertido, se han utilizado métodos predominantemente cualitativos, pero el estudio también se ha enriquecido con métodos cuantitativos. Las opciones que se han ido tomando, respecto a los métodos que se han utilizado, han determinado en gran medida las modalidades de técnicas e instrumentos de recogida de la información. Así, la diversidad de métodos cualitativos y cuantitativos nos ha permitido utilizar técnicas como la entrevista en profundidad, el análisis de documentos y los cuestionarios para recoger la información pertinente para el desarrollo de la investigación. La información obtenida ha tenido un tratamiento cualitativo (manualmente recogido) y otro cuantitativo (mediante el paquete estadístico SPSS, versión 12.0).

Antes de introducirnos en el trabajo de campo se han pedido los permisos necesarios para poder acceder a los Centros Educativos de Secundaria Obligatoria, y para realizar las entrevistas a los Técnicos Municipales de drogodependencias, así como para solicitar los PMD y las memorias de los mismos del año 2004.

Una vez obtenidos estos permisos, hemos visitado las localidades objeto de nuestra investigación, así como las instituciones implicadas en la realización de la

planificación y puesta en marcha de los PMD. Dos han sido las estrategias que hemos utilizado para acceder al “Campo” en este momento: el *vagabundeo* y la *construcción de mapas*. La primera de ellas ha supuesto un acercamiento de carácter informal, incluso antes de la toma de contacto inicial, al escenario que se realiza a través de la recogida de información previa sobre el mismo: qué es lo que lo caracteriza, aspecto exterior, opiniones, características de la zona y el entorno, se ha tratado de conocer de forma superficial el contexto en el que vamos a trabajar. La segunda estrategia ha supuesto un acercamiento de carácter formal, presentándonos como investigadores y planteándonos la necesidad de su colaboración, precisa para recabar la información con la que realizar la investigación y elaborando esquemas sociales (de individuos e instituciones a los que visitar), espaciales (localidades y formas de acceso a las instituciones) y temporales (estableciendo los tiempos en los que visitar unas localidades, u otras, así como las diferentes instituciones). Ello nos ha permitido planificar el trabajo de recogida de la información que posteriormente hemos desarrollado.

A lo largo de esta segunda fase, además de tomar contacto con el “campo de trabajo” se incluye la recogida de la información. Aunque las técnicas para la recogida de la información ya se habían estructurado al comienzo de esta fase, no es hasta que vamos al ámbito de trabajo cuando esta parte de la investigación termina de decidirse. Como afirman Rodríguez, Gil y García (1996: 73) “... *el investigador ha de seguir tomando una serie de decisiones, modificando, cambiando, alterando o rediseñando su trabajo*”. Así, la duración de las entrevistas, los temas a abordar en ellas, el tiempo de dedicación, los cuestionarios a realizar, el tipo de análisis que se realizará de los materiales escritos, se desarrollan con un carácter flexible a partir de normas básicas sobre las que se da un gran acuerdo entre los investigadores:

- 1) Buscando el significado y las perspectivas de los participantes en el estudio.
- 2) Buscando las relaciones por lo que se refiere a la estructura, ocurrencia y distribución de eventos a lo largo del tiempo.

- 3) Buscando puntos de tensión: ¿Qué es lo que no se ha encontrado?,
¿cuáles son los puntos conflictivos?

En esta etapa es preciso *asegurar el rigor* de la investigación. Para ello, numerosos investigadores afirman que tenemos que tener en cuenta los criterios de suficiencia y adecuación de los datos. La suficiencia se refiere a la cantidad de los datos recogidos, antes que al número de sujetos, en nuestro caso hemos podido:

- Acceder a todos los PMD de las localidades seleccionadas
- Entrevistar a todos los técnicos de los Planes Municipales de las localidades
- Tener a nuestra disposición las memorias de todos los PMD del año 2004, a excepción de una de ellas, que la hemos obtenido parcialmente pues sólo hemos podido recoger información de los programas de educación escolar
- Encuestar a una muestra de 600 alumnos de Educación Secundaria Obligatoria de cuatro de las seis localidades seleccionadas para realizar el presente estudio.

Por todo ello, consideramos que la suficiencia del estudio está conseguida. La adecuación se refiere a la selección de la información de acuerdo con las necesidades teóricas del estudio, criterio que estimamos también alcanzado, pues siguiendo el modelo de evaluación de Stufflebeam, recogemos información del análisis de necesidades, del contexto y del proceso principalmente.

Otros investigadores *aseguran el rigor* de la investigación a través del proceso de triangulación, utilizando diferentes métodos, datos, teorías o disciplinas, caso de nuestro estudio de investigación, ya que hemos combinado diferentes métodos, cuantitativos y cualitativos, y contrastado la información a través de diferentes técnicas para acercarnos a al contexto de estudio desde distintas perspectivas.

El paradigma que hemos utilizado para orientar nuestro estudio, va encaminado a la reflexión crítica, como resultado de nuestro estudio intentamos dar una serie de orientaciones que permitan transformar el contexto con el que hemos trabajado, no podemos asegurar que esto ocurra, pero sí podemos establecer el marco para empezar el proceso de cambio, necesario para mejorar la calidad de vida de los sujetos y la creación de personas autónomas, en lo que respecta a las drogodependencias.

3.4.3. 3ª FASE: Análisis de la información

El proceso de análisis de la información recogida se inicia durante el trabajo de “campo”. Resulta difícil hablar de una estrategia o procedimiento general de análisis de datos cualitativos y cuantitativos. Sin embargo, vamos a establecer una serie de tareas u operaciones que constituyen el proceso analítico básico, común a la mayoría de los estudios:

- a) Reducción de la información
- b) Disposición y tratamiento de la información
- c) Obtención de resultados y verificación de conclusiones

Aunque estas tareas se pueden desarrollar en ambos métodos de investigación, cualitativos y cuantitativos, la forma de trabajar con la información en un caso y otro no es la misma, proceso que se explicará más detalladamente en el apartado de análisis de la información.

a) Reducción de la información

El primer paso consiste en la simplificación o selección de información para hacerla más abarcable y manejable. Las tareas de reducción de la información constituyen procedimientos racionales, que en nuestro trabajo consisten en la categorización y codificación; identificando y diferenciando unidades de significado. También, en este sentido, la reducción de datos ha supuesto seleccionar parte del material recogido, en función de criterios teóricos y prácticos

establecidos, en los que hemos tenido en cuenta, además, las esquematizas notas de campo que hemos ido elaborando a lo largo del proceso de recogida de la información.

b) Disposición y transformación de la información

Como indican Rodríguez Conde (1998) y Rodríguez, Gil y García (1996), una disposición supone conseguir un conjunto ordenado de información, normalmente presentada en forma espacial, abarcable y operativa que permita resolver las cuestiones de la investigación. Cuando además la disposición conlleva un cambio en el lenguaje utilizado para expresarlos, se habla de transformación de la información. Uno de estos procedimientos son los gráficos o diagramas, que permiten presentar los datos y observar relaciones y estructuras profundas en ellos. Miles y Huberman (1994) contemplan el diseño de matrices donde se pueden plasmar distintos tipos de información (textos, citas, abreviaciones o figuras simbólicas) y distintos formatos. Para esta tarea se podría utilizar cualquier programa informático de ayuda al análisis cualitativo, que no puede reemplazar la capacidad deductiva del investigador, pero sí ayudar en fases instrumentales del análisis para realizar operaciones como: el marcado y codificación del texto, la relación de categorías y sujetos, la elaboración de tipologías y perfiles, o el recuento, búsqueda y recuperación de unidades de significado, aunque no ha sido nuestro caso.

c) Obtención de resultados y verificación de conclusiones

Esta es la fase en la que, una vez analizada la información obtenida, se infieren las conclusiones de la misma, contrastándolas, con otros investigadores y/o con la población implicada y que se ha desarrollado en el capítulo V.

3.4.4. 4ª FASE: Informativa

En esta fase la llevaremos a cabo la presentación y difusión de los resultados de la investigación. Constituye el informe de investigación y la

comunicación de la misma. Así como investigadores, no sólo alcanzan una mayor comprensión del tema de estudio, sino que comparten esa comprensión con los demás.

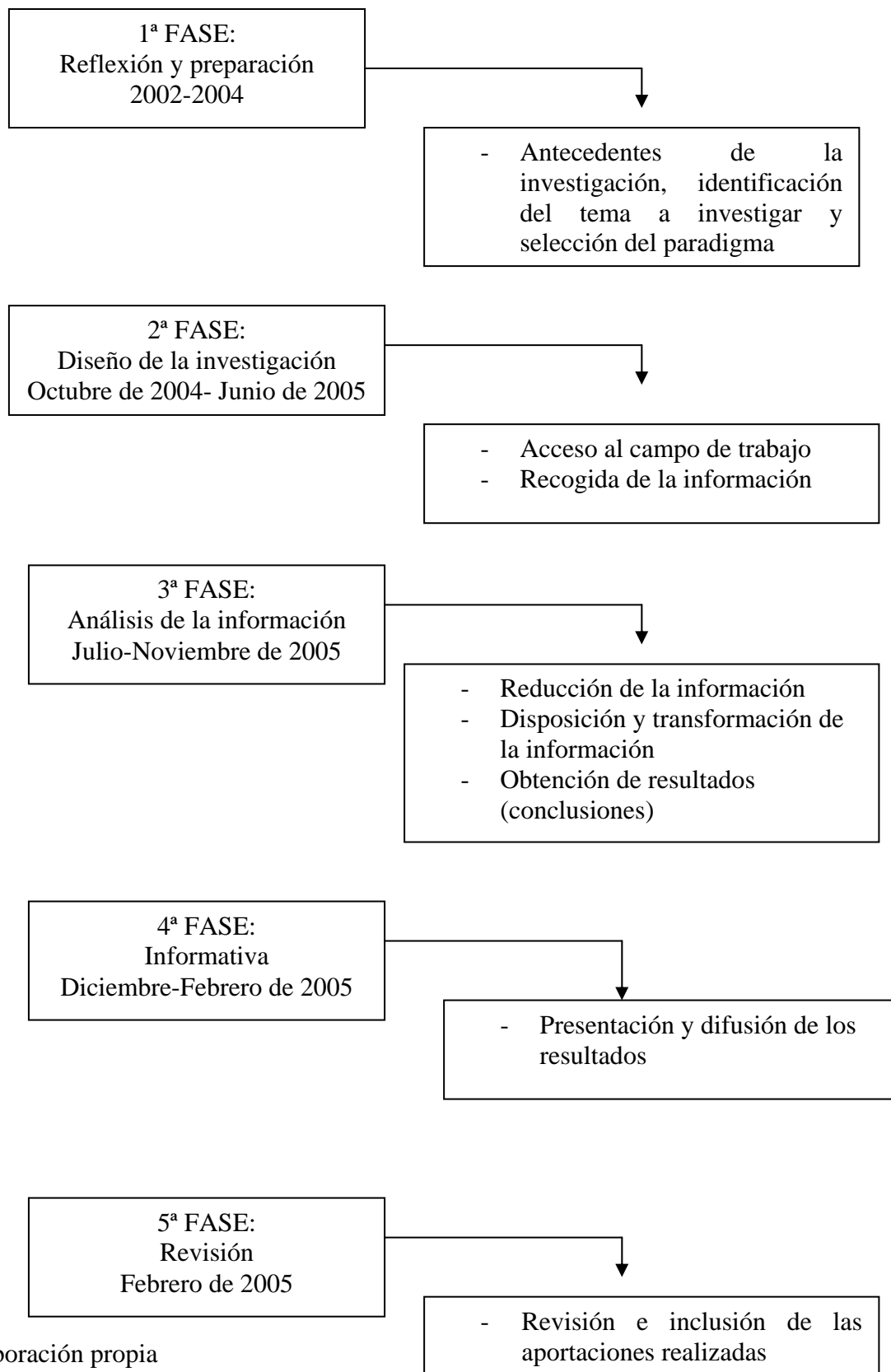
3.4.5. 5ª FASE: Revisión

Fruto de ese compartir con otros investigadores, se revisa el texto y se incluyen aquellas aportaciones que se consideren convenientes para dar mayor calidad al informe final de nuestro proyecto.

A continuación, presentamos un esquema (véase gráfico 1) de cada una de estas fases, así como el cronograma (véase gráfico 2) del Plan de Acción que se ha realizado en nuestro estudio.

ESQUEMA DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. PLAN DE ACCIÓN

Gráfico 1: Fases del Plan de Acción



Fuente: Elaboración propia

CRONOGRAMA DEL PLAN DE ACCIÓN

Gráfico 2: Cronograma del Plan de acción

			2002	2003	2004			2005										2006					
			J-D	E-D	E-S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	
PLAN DE ACCIÓN	1ª Fase Reflexión y Preparación	Antecedentes de la investigación, identificación del tema a investigar y selección del paradigma	X	X	X																		
	2ª Fase Diseño de la investigación	Acceso al campo de trabajo				X	X	X	X														
		Recogida de la información						X	X	X	X	X	X	X									
	3ª Fase Análisis de la información	Reducción de la información													X	X	X						
		Disposición y transformación de la información															X	X					
		Obtención de resultados (conclusiones)																	X	X			
4ª Fase Información	Presentación y difusión de los resultados																		X	X	X	X	
5ª Fase Revisión	Revisión e inclusión de las aportaciones realizadas																					X	

Fuente: Elaboración propia

3.5 CONTEXTO E INFORMANTES CLAVES

La elección de estos informantes clave se ha realizado siguiendo el modelo de “selección basado en el criterio” (Goetz y Lecompte, 1988), también denominado “muestreo deliberado” o intencionado, que tiene un carácter no probabilístico. Su principal finalidad no es tanto hacer generalizaciones como incrementar la comprensión sobre aquello que es objeto de estudio. Los informantes que seleccionamos en nuestra investigación se han elegido porque cumplían los requisitos necesarios para permitirnos acceder a la información necesaria para llevar a cabo nuestro trabajo y cumplir los objetivos marcados. No se trata, por tanto, de un muestreo probabilístico, sino de una selección deliberada e intencional. Así, las personas, textos y grupos no se han seleccionado al azar para completar una muestra de tamaño n , sino que se han elegido en función de la aportación de información relevante para el desempeño de nuestra investigación.

Este diseño muestral intencionado ha sido definido por Selltiz (1976: 516) como:

“... aquel en el que los sujetos de la muestra no son elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de alguna forma intencional. En él no hay modo de estimar la probabilidad que cada elemento tiene de ser incluido. El investigador selecciona las unidades de muestreo, no al azar, ni siguiendo un cálculo o ley de probabilidades, sino por otros métodos”.

El diseño muestral intencionado tienen dos modalidades:

- a) Muestreo opinático
- b) Muestreo teórico

a) *Muestreo Opinático*: el investigador selecciona los informantes que han de componer la muestra siguiendo un criterio estratégico personal: los más fáciles (para ahorrar tiempo, dinero, ...), los que voluntariamente o fortuitamente le salen al encuentro (son los únicos que pueden lograr para una entrevista, ...), los que por su conocimiento de la situación o del problema a investigar se le antojan ser los más idóneos y representativos de la población a estudiar, o entran en contacto con el investigador a través de sujetos entrevistados previamente (muestreo de bola de nieve).

b) *Muestreo Teórico*: es aquel que se utiliza para generar teorías donde el analista colecciona, codifica y analiza sus datos y decide qué datos coleccionar en adelante y dónde encontrarlos para desarrollar una teoría mejor, a medida que la va perfeccionando. En palabras de Glaser y Strauss (1967: 45), “*El investigador se coloca en la situación que mejor le permite recoger la información relevante para el concepto o teoría buscada*”.

Nuestro estudio ha seguido ambos procesos, puesto que por el modelo teórico de partida hemos seleccionado a unos determinados informantes y documentos, pero también hemos accedido a ellos por recomendación de otras personas entrevistadas previamente.

Para conseguir que la muestra seleccionada sea rica en información, se lleva a cabo (Ruiz, 1996: 64) un proceso que abarca las siguientes necesidades:

- Primero, un muestreo de casos desviantes o externos que ejemplifican las características de mayor interés.
- A continuación, un muestreo de intensidad que enfatiza menos los extremos y selecciona expertos experienciales, que son autoridades en un tema concreto.
- Sigue el muestreo de la variedad máxima, por el que se selecciona deliberadamente casos dispersos en los que se observan las comunidades existentes.

- Se insiste en el muestreo de casos críticos seleccionando los ejemplos más significativos para la identificación de incidentes críticos que pueden ayudar a la comprensión de otros casos o situaciones.
- Se completa con el muestreo de casos confirmadores y desconfirmadores (negativos).

Las primeras decisiones adoptadas en el proceso de muestreo de nuestro estudio estuvieron relacionadas con la elección de la unidad de análisis apropiada al estudio. Esta decisión ha estado apoyada fundamentalmente en tres de las cuatro fases definidas por el modelo de evaluación de programas de Stufflebeam, para poder observar la asociación y coherencia de los PMD, desde su gestación (el contexto), planificación (el diseño) y el desarrollo de las acciones que se ponen en marcha (el proceso). Como se puede observar, no se encuentra presente la evaluación de resultados, ya que esta fase requería la realización de un estudio longitudinal sobre la situación en cuanto a los objetivos de los PMD, antes de su implantación y después de la misma; estudio que por razones de tiempo y de previsión no hemos podido realizar, pero que por la importancia de este tipo de análisis, no descartamos realizar en una investigación posterior.

Unos recursos limitados nos han impedido recoger información detallada, a partir de una muestra lo suficientemente amplia como para establecer generalizaciones a todos los Municipios donde se desarrollan los PMD. Además, como ya hemos manifestado, nuestra pretensión primordial no ha sido la búsqueda de generalizaciones, sino la comprensión de cada uno de los Planes Municipales de las diferentes localidades que hemos analizado.

La muestra seleccionada la han constituido los siguientes documentos y personas:

Los PMD

Los técnicos municipales de los PMD

Las memorias de los PMD del año 2004

Los alumnos de 3º y 4º de la ESO

Hemos podido acceder a todos los PMD de las localidades seleccionadas para realizar el estudio, y que han correspondido a Murcia, Cartagena, Lorca, la Mancomunidad del Sureste (Torre Pacheco, La Unión y Fuente Álamo), Jumilla y Yecla. La importancia de considerar estos documentos reside en que en ellos se explica y se refleja el diseño de los PMD; recogiendo cada uno de los apartados que los constituyen en su origen, proyectando las acciones que se van a desarrollar posteriormente a través de unos recursos, en un tiempo y en un espacio determinado; planificando incluso en qué consistirá la evaluación de los mismos.

Se ha entrevistado a los técnicos responsables de coordinar los PMD, ya que éstos son los encargados de poner en marcha todo el proceso de implantación de los PMD en los municipios. Dicho proceso incluye desde la planificación, la coordinación, la evolución, la orientación, la implicación de determinados agentes de acción, hasta la evaluación y la mejora de los mismos. Consideramos que estos actores son la voz de los Planes Municipales, y por tanto, las personas que mejor nos van a plantear y hacer conocer cuál es el proceso de puesta en marcha de los PMD en la Región de Murcia.

Las memorias de evaluación que hemos recogido, son las fichas de evaluación que se entregan a la Consejería de Sanidad (acción regulada a través de un convenio de colaboración entre ésta y los Ayuntamientos de las diferentes localidades), estas memorias, corresponden a las acciones llevadas a cabo en el año 2004. A través de estas memorias todos los municipios recogen aquellas actividades que han realizado y en función de unos criterios que, principalmente, han respondido a los postulados de la evaluación del proceso, llevan a cabo el apartado de evaluación de los PMD.

Hemos seleccionado al grupo de alumnos de 3º y 4º de la ESO, por considerar que era oportuno complementar la información recogida escuchando a una parte de los destinatarios de los PMD, ya que es en los Centros Escolares donde más recursos se invierten en prevención de drogodependencias desde los PMD, y son aquellos programas educativos destinados a los jóvenes de 14 a 16

años los que mayor demanda tienen. El número total de Centros Educativos de Educación Secundaria Obligatoria que ha participado ha sido de ocho; otros Centros Educativos se prestaron a colaborar para el curso 2005/2006 en caso de continuar con la investigación, pues para el curso 2004/2005 ya no tenían horas libres (ni lectivas, ni no lectivas) para poder transmitir y recoger la información. La muestra de los alumnos se ha seleccionado siguiendo el criterio de Curso educativo en el que están matriculados los alumnos, de aquellos centros que se han prestado a colaborar en la investigación desinteresadamente. Advertir que ha habido una muerte muestral considerable, de los 1.700 cuestionarios que se repartieron entre los diferentes Centros Educativos, sólo se han recogido 625, lo que supone un 36,75% del total, aunque de éstos sólo se han podido utilizar 505. Algunas de las razones que nos hacen entender esta elevada muerte muestral corresponden a que pasamos los cuestionarios a final del curso escolar, es decir, durante el mes de mayo, con lo que las horas de tutorías en las que se suelen realizar este tipo de actividades estaban ya saturadas. Los orientadores de los Centros Educativos, a quienes les pedimos colaboración para realizar los cuestionarios, a través de los directores de los Centros Educativos, también estaban saturados de trabajo con motivo del fin del curso escolar. Ante esta situación, fueron los tutores, los que voluntariamente se prestaron a entregar los cuestionarios a los alumnos para que éstos los rellenaran en casa y posteriormente los entregaran en clase. Consideramos que este handicap se podría haber evitado acercándonos a los Centros Educativos al principio del curso escolar. Consideración que tendremos en cuenta para posibles futuras investigaciones. Si bien, también es necesario destacar que, los centros educativos han alcanzado un cierto grado de saturación debido a su participación en diversos procesos formativos que les contemplan como escenario.

La razón que nos ha llevado a seleccionar esta muestra, es como venimos advirtiendo, su riqueza informativa. Para ello se ha seguido un muestreo de variedad máxima, por el que se seleccionan deliberadamente casos dispersos en los que se observan las diferencias existentes. Esto ha sido así para la selección de los Municipios de la Región de Murcia que intentan cubrir el análisis de las diferentes realidades en función de su dispersión y ubicación geográfica. Por ello

se han seleccionado municipios del Altiplano, de la Costa y del Interior de la Región.

3.6. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

La recogida de la información se ha realizado mediante la utilización de técnicas cualitativas y cuantitativas. Entre las técnicas cualitativas hemos utilizado la entrevista abierta, realizada a los técnicos de los PMD, y el análisis de contenido, que ha servido para analizar los Planes Municipales, así como sus memorias correspondientes al año 2004. En cuanto a las técnicas cuantitativas, en este estudio hemos utilizado el cuestionario, realizado a los alumnos de Educación Secundaria Obligatoria, de cuatro de las seis localidades objeto de estudio.

3.6.1. Técnicas cualitativas

Tres técnicas de recogida de datos destacan sobre todas las demás en los estudios cualitativos: la observación, la entrevista en profundidad y la lectura y análisis de textos o documentos. En nuestro trabajo, por su utilidad y capacidad de acceso al ámbito de estudio, hemos utilizado las dos últimas.

Lofland y Lofland (1984: 50-53), afirman que el investigador que utiliza técnicas cualitativas debe adoptar medidas, antes de iniciar el trabajo de la recogida de datos sobre el hecho de que:

- a) No todo informante es igualmente testigo del significado de una situación, capaz de transmitirlo y veraz en su información.
- b) Todo observador, por su misma condición de observador, altera la situación y obliga a reacciones peligrosas en los informantes potenciales.
- c) El “error objetivo” de un informante puede coincidir con una “verdad subjetiva” en el mismo, y que esta “verdad” tenga un sentido diferente (pero no por eso menos importante) que la otra.

- d) Todo investigador está contaminado de prejuicios que mediatizan (cuando no distorsionan) su visión, y que estos prejuicios pueden operar de forma diferente en una u otra situación.
- e) La capacidad de observación del investigador, aún siendo correcta, es limitada y debe ser completada y contrastada con otras “observaciones”.

3.6.1.1. *Análisis de contenido*

Siguiendo las afirmaciones de Rodríguez, Gil y García (1996: 115) “... *la lectura de un texto (análisis de contenido) es el modo más amplio, universalizado y rico de los modos actuales de llevar a cabo la recogida de información*”. La lectura y el análisis de contenido, por eso mismo, abarcan una gama amplísima de conceptos, de técnicas y de contenidos que es preciso delimitar de antemano si no se quiere caer en confusiones innecesarias. Al hablar de la lectura de un texto uno puede referirse a un texto escrito, grabado, pintado, filmado... En este sentido, Ruíz (1996: 192) afirma que:

“Todos estos documentos contienen un rico contenido a la espera del científico que quiera acercarse para leerlos. Sin ir tan lejos, entre nosotros, la escritura ha dado lugar a una proliferación sin límites de documentos escritos de todo tipo (cartas, letreros, diarios, periódicos, informes, libros, actas, etc.) cuyo denominador común es su capacidad para albergar un contenido, leído e interpretado adecuadamente nos abre las puertas al conocimiento de aspectos y fenómenos de la vida social de otro modo inaccesibles”.

El análisis de contenido no es otra cosa que una técnica para leer e interpretar el contenido de toda clase de documentos y, más concretamente, aunque no exclusiva, de los documentos escritos, como es nuestro caso. Berelson (1971) lo define como una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones con el

fin de interpretarlas. Tiene extensas aplicaciones en fuentes documentales, pruebas de conocimiento abiertas, preguntas abiertas de cuestionarios, entrevistas, etc.

3.6.1.1.1. Modalidades del análisis de contenido

- ❑ *Cuantitativo versus cualitativo*, diferencia presente en el análisis de contenido semejante a la que se da en cualquier otra técnica.
- ❑ *Exploratorio versus confirmatorio*, diferencia así mismo equivalente a la que se da utilizando cualquier otra técnica, según que el investigador pretenda explorar unos datos o, más bien, intente verificar una hipótesis concreta sobre datos conocidos y operacionalizados adecuadamente.
- ❑ *Directo versus indirecto*, en función de que el investigador limite su análisis al contenido representativo, esto es, el que aparece manifiesto en el texto, o busque captar el contenido instrumental, es decir, el mensaje que el autor quiere transmitir, mensaje que literalmente no se deduce del texto, por ejemplo en el caso de una alusión irónica, de palabras de doble sentido, de propaganda distractiva, de lenguajes para disimular lo que se quiere ocultar, el contenido del silencio, etc.

Solamente queremos insistir, una vez más, en que la ambigüedad, el doble sentido, la polisemia de cualquier texto contiene tal riqueza de significado que el reducir su análisis al cálculo numérico estricto, en el presente y en el futuro próximo, es empobrecer la investigación del contenido encerrado en cualquier texto. La flexibilidad, la adaptabilidad, la singularidad concreta, la proximidad, el pluri-planteamiento de los que hacen gala los métodos cualitativos son, todavía, más adecuados cuando se trata de realizar los análisis de contenido.

En nuestro caso, el análisis de contenido realizado, es de tipo cualitativo, a través del que exploramos la información a nuestro alcance, con la que intentamos responder a los objetivos marcados en el trabajo de investigación, la modalidad es

directa, en el caso del análisis de los textos de los PMD e indirecta, en el caso de las entrevistas. En cuanto a carácter exploratorio o confirmatorio, el interés del análisis de contenido ha ido orientado a recoger información del contexto, aunque inicialmente hemos planteado los objetivos a los que queríamos responder con nuestro estudio, podríamos afirmar que hay una mezcla de ambas modalidades.

Un texto escrito es un testimonio mudo que permanece físicamente, conserva su contenido a lo largo del tiempo y con él, sin embargo, se puede efectuar una entrevista. No se puede hablar directamente con él, pero puede ser interpretado. Una interpretación en la que es el propio investigador el que crea, a través de una serie de prácticas interpretadoras, los materiales y la analiza. Sin olvidar que toda redacción de un texto y toda lectura posterior del mismo (entendida como recogida de información), son, al mismo tiempo, una construcción social y política.

Manming y Cullum-Swan (1994: 463-479) afirman que:

“Es en el análisis de textos donde más clara se advierte la incidencia del paradigma científico utilizado por el investigador, y donde más clara se advierte la estrategia de la recogida de datos en función de que el estudio sea de tipo cualitativo o cuantitativo”.

Son diferentes los enfoques que el análisis de texto puede tener, a continuación destacamos tres de ellos:

- a) El primero de ellos va asociado al análisis cuantitativo de los *mass-media* y, más específicamente de la prensa diaria.
- b) El segundo va asociado a la tradición semiótica y la crítica literaria orientada al análisis estructural del lenguaje.
- c) El tercero es el enfoque narrativo, de metodología cualitativa, que analiza el contenido del discurso y se basa en los postulados de la escuela crítica, del postmodernismo y del constructivismo. La labor de

interpretación del discurso es más importante que la del recuento o la asociación estadística de los elementos del lenguaje.

El enfoque que nosotros hemos utilizado en nuestro estudio ha sido, inicialmente, el narrativo, pues hemos recogido la información obtenida de los textos analizados de forma descriptiva, a la que posteriormente hemos orientado a la interpretación crítica, información que se ha reflejado en el capítulo V de las conclusiones.

El análisis de contenido, en su vertiente cualitativa, parte de una serie de presupuestos, según los cuales, un texto cualquiera equivale a un soporte en el que, y dentro del cual, existe una serie de datos que (Rodríguez, Gil y García: 1996):

- Tienen un sentido simbólico y que este sentido puede ser extraído de los mismos.
- Este sentido simbólico, no siempre es manifiesto.
- Este sentido o significado no es único, sino que es (o puede ser) múltiple, en función de la perspectiva y del punto de vista desde los que sea leído el texto. Un mismo texto contiene muchos significados, lo cual significa que:
 - El sentido que el autor pretende dar al texto puede coincidir con el sentido percibido por el lector del mismo.
 - El sentido del texto puede ser diferente para lectores (audiencias) diferentes
 - Un mismo autor puede emitir un mensaje (texto) de forma que diferentes lectores puedan captar sentidos diferentes (caso común en textos políticos)
 - Un texto puede tener un sentido del que el propio autor no sea consciente
 - Un texto puede tener un contenido expresivo y un contenido instrumental.

Este análisis de contenido, como cualquier otro análisis cualitativo, procede de forma cíclica y circular, y no de forma secuencial lineal. Concluido un primer paso, se pasa al siguiente para, con frecuencia, volver de nuevo a la fase primera y reiniciarla con una información más rica y completa.

3.6.1.2. La entrevista

Para Rodríguez, Gil y García (1996: 167) la entrevista es:

“... una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistados, informantes), para obtener datos sobre un problema determinado. Presupone, pues, la existencia al menos de dos personas y la posibilidad de interacción verbal”.

Conforme el propósito profesional con que se utiliza la entrevista, ésta puede cumplir con algunas de estas funciones:

- a) Obtener información de individuos o grupos
- b) Influir sobre ciertos aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos)
- c) Ejercer un efecto terapéutico

Nuestro objetivo, principalmente, ha consistido en obtener información de los individuos, en este caso los técnicos municipales de los PMD, y sin embargo, reconocemos que a lo largo del proceso hemos influido en ellos, al igual que ellos en nosotros, lo hemos podido observar cuando algunos de los técnicos, nos han solicitado asesoramiento, e intercambio de impresiones en la redacción de los PMD de años posteriores. Por tanto, en el desarrollo de la entrevista hay que considerar aspectos relativos a la relación entrevistador-entrevistado, que además, estará vinculada a la formulación de las preguntas, la recogida y el registro de las respuestas o la finalización del contacto entrevistador-entrevistado. No obstante,

hemos de reconocer la existencia de estrategias diferentes en el desarrollo de las mismas, según las diferentes modalidades de entrevista.

Con el análisis e interpretación de los resultados, el entrevistador sistematiza, ordena, relaciona y extrae conclusiones relativas al problema estudiado. Los datos poco elaborados, recogidos en una fase anterior, son transformados en información valiosa sobre el tema estudiado, o bien en claves que conducen a la modificación de ciertas conductas o actitudes de los sujetos entrevistados.

El desarrollo de la entrevista en profundidad se apoya en la idea de que el entrevistado o informante es un ser humano, no un organismo que responde a un estímulo externo; es una persona que da sentido a la realidad.

El término de entrevista se utiliza para designar una serie bastante heterogénea de clases de entrevistas y no sólo a las denominadas en profundidad. La entrevista puede adoptar una serie interminable de formas diferentes desde la más común, la entrevista individual hablada, hasta la entrevista de grupo, o las desarrolladas por correo o teléfono, de forma estructurada y controlada o libre. La entrevista, igualmente, puede reducirse a un breve intercambio de pocos minutos o acaparar sesiones y días de conversación interminable. Tres características pueden sobre todo diferenciar las entrevistas (Rodríguez, Gil y García, 1996):

1. Las entrevistas sostenidas con un solo individuo (Individual) o con un grupo de personas (de Grupo). La entrevista en profundidad a grupos, por ejemplo, es utilizada con cierta frecuencia, en el marketing económico y político y, en general, en los estudios prepublicitarios.
2. Las entrevistas que cubren un amplio espectro de temas (biografías) o las monotemáticas. Este último caso es el que, siguiendo a Merton (1964), suele denominarse entrevista enfocada.
3. Las entrevistas dirigidas (Estructuradas) en las que el actor lleva la iniciativa de la conversación, o aquellas en la que el entrevistador sigue

un esquema general y flexible de preguntas, en cuanto a orden, contenido y formulación de las mismas (No estructuradas).

En nuestro caso hemos realizado entrevistas de carácter individual, sostenidas con una sola persona, en ellas se ha cubierto distintas dimensiones del tema abordado, el desarrollo de los PMD, teniendo una dimensión plural, pues se han abordado diversos contenidos relacionados con el tema inicial, caso de la Educación para la salud, el ocio y el tiempo libre, la influencia e importancia de las políticas regionales y nacionales en materia de drogodependencias, etc. Por último, en lo que a características respecta, afirmamos que responde a los postulados de las entrevistas no estructuradas, aunque, sí que hemos contado con un esquema, flexible, en cuanto a la formulación de las preguntas, adaptándonos a las características del contexto.

La entrevista en profundidad, que ha sido la utilizada en nuestro estudio es principalmente, como hemos indicado, de carácter individual, holístico y no directivo . Aún así, antes de entrar en su descripción y manejo, conviene matizar algunos detalles. Cuando decimos “individual”, entendemos que la conversación se desarrolla entre entrevistador-entrevistado únicamente, pero ello no impide que el entrevistador, sobre el mismo tema, repita su entrevista con “otra” persona. Lo que se mantiene como criterio básico es la conversación individualizada, no con un grupo. Del mismo modo, al hablar de entrevista holística, no entendemos que en ella se deba hablar de “toda” la vida social de un individuo. Lo que se evita, con este planteamiento es el procedimiento “en torno a un punto diana” con el que opera la entrevista enfocada, y el entrevistador recorre panorámicamente el mundo de significados del actor, aunque éste se refiera a un solo tema. Finalmente el término “no directiva” es excesivamente vago y, en nuestro concepto, la entrevista en profundidad se desarrolla siempre bajo control y dirección del entrevistador, aunque esto no implica rigidez ni en cuanto al contenido, ni en cuanto a la forma de desarrollar la conversación-entrevista (Rodríguez, Gil y García, 1996).

La “no-dirección” no equivale a mantener una conversación con “preguntas exclusivamente abiertas”, puesto que nada impide que, a lo largo de

aquella, se formulen preguntas totalmente cerradas. Menos aún significa “lista fija de preguntas abiertas” ya que, en este caso, no tendría lugar una auténtica conversación ni comunicación personal, sino que se daría un escueto interrogatorio. Tampoco equivale a “prescindir de guión orientador”. Todo lo contrario, una entrevista sin guión es un camino muerto, con frecuencia no conduce a ninguna parte y pierde las mejores oportunidades de captar el significado que se busca. El guión orientador de las entrevistas realizadas en nuestro trabajo lo acompañamos en el anexo I.

La entrevista en profundidad es una técnica para obtener información, mediante una conversación profesional con una o varias personas, para un estudio analítico de investigación, o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales. La entrevista en profundidad implica siempre un proceso de comunicación, en el transcurso del cual, ambos actores, entrevistador y entrevistado, se influyen mutuamente, tanto consciente como inconscientemente. La entrevista en opinión de Denzin y Lincoln (1994), es la herramienta metodológica favorita del investigador cualitativo. La entrevista es fundamentalmente una conversación en la que, y durante la que, se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas.

Así, como observan Clandinin y Connelly (1994), la manera en que el entrevistador actúa, pregunta y responde en una entrevista conforma la relación y, por tanto, los modos como responden y cuentan su experiencia los participantes. Más aún, el tipo de preguntas y el modo como las estructuran, configuran un marco dentro del cual los participantes responden y facilitan la información de sus experiencias personales.

La entrevista en profundidad, en definitiva, es una técnica para que un individuo transmita oralmente al entrevistador su definición personal de la situación. Es una técnica de descubrimiento *a posteriori* para el investigador, en sustitución de la observación directa que convive simultáneamente con el fenómeno en estudio. La entrevista, por tanto (Bradbuern y Sudman, 1981: 160):

- Toma la forma de *relato de un suceso*, narrado por la *misma persona* que lo ha experimentado, y desde su *punto de vista*.
- La entrevista en sí es el contexto en el cual se elabora este relato, y crea una situación social para que pueda tener lugar. En este relato el entrevistador desempeña el papel de facilitador.

Taylor y Bogdan (1986: 101) definen la entrevista en profundidad como:

“... encuentros reiterados, cara a cara, entre el entrevistador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias vidas. En las cuales el entrevistador, lejos de asimilarse a un robot recolector de datos, es el instrumento de la investigación y no es un protocolo o formulario de entrevista.”

Hacer preguntas y obtener respuestas, comentan Fontana y Frey (1994: 361), es mucho más árido de lo que parece a primera vista. A pesar de ello, es una de las más comunes y poderosas formas que utilizamos para comprendernos entre las personas, y, citando a Benney y Hughes (1956: 142) de este modo, *“la entrevista constituye un encuentro en el que ambas partes se comportan como si fuesen de igual estatus durante su duración, sea esto o no así”*.

3.6.1.2.1. Los fundamentos operativos

La entrevista en profundidad se ejecuta en base a unos criterios operativos fundamentales en los que reside su validez como instrumento de captación y transmisión de significado. La entrevista ignora el concepto de individuo como engranaje de una máquina que opera por leyes fijas y universales. A continuación, describimos detalladamente en qué consiste cada una de estas preguntas (Rodríguez, Gil y García 1996).

1. *¿Cómo se formulan las cuestiones?*

Existen diferentes clasificaciones sobre el contenido de las preguntas de una entrevista. Nosotros vamos a presentar aquí, en primer lugar, la elaborada por Patton (1980). Este autor distingue entre preguntas demográficas/biográficas, preguntas sensoriales, preguntas sobre experiencia/conducta, preguntas sobre sentimientos, preguntas sobre conocimientos, preguntas de opinión/valor.

- Las preguntas demográficas o biográficas se formulan para conocer las características de las personas que son entrevistadas. Alude a aspectos como edad, situación profesional, formación académica, etc.
- Las preguntas sensoriales son cuestiones relativas a lo que se ve, escucha, toca, prueba o huele.
- Las preguntas sobre experiencia/conducta se formulan para conocer lo que hace o ha hecho una persona. A través de ellas se pretende que el entrevistado describa experiencias, conductas, acciones y actividades que habrían sido visibles de haber estado presente un observador.
- Las preguntas sobre sentimientos están dirigidas a recoger las respuestas emotivas de las personas hacia sus experiencias.
- Las preguntas de conocimiento se formulan para averiguar la información que el entrevistado tiene sobre los hechos o ideas que estudiamos.
- Las preguntas de opinión/valor se plantean al entrevistado para conocer el modo en que valoran determinadas situaciones. Las preguntas de este tipo nos indican lo que piensan las personas sobre un tema. También nos permiten recoger información sobre sus intenciones, metas, deseos y valores.

El tipo de cuestiones, que se plantean en las entrevistas en profundidad, termina definiendo el propio carácter de estas entrevistas. Efectivamente, si bien la temática (biográfica, sensorial, experiencial, de conocimiento, de sentimiento, de opinión, valor, etc.) que se aborda en las preguntas no difiere en esencia a la

planteada en otras entrevistas, el enfoque o formato de esas cuestiones sí que resulta específico.

Si revisamos el formato de las preguntas orientativas que hemos realizado (anexo I), observaremos que se incluyen cuestiones que hacen referencia a datos demográficos (preguntas: 1, 2, y 3), cuestiones sobre el conocimiento de la situación (preguntas: 4, 6, 7, 8, 10, 16, 18, 22, 23, 24, 25, 26, de la 27 hasta la 36, 40, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 56 y 57.), cuestiones referidas a la experiencia del entrevistado (preguntas: 5, 9, 12, 13, 20, 21 y 51) y aquellas cuestiones que hacen alusión a la opinión del entrevistado, sobre los temas abordados (preguntas: 11, 14, 15, 17, 19, 37, 39, 41, 43, 45 y 55). No hemos contemplado cuestiones referidas a los sentidos, ni a los sentimientos, aunque, esta clasificación, como cualquier otra, es artificiosa, ya que es difícil desligar una información de otra, puesto que las preguntas de opinión, experiencia y sensaciones están relacionadas con las de conocimiento, opinión y experiencias, el ser humano no es un conjunto estanco de apartados, forma un conjunto global en el que todo está interactuando.

En las entrevistas en profundidad pueden plantearse, al menos, tres tipos generales de cuestiones: descriptivas, estructurales y de contraste. Estos tipos de preguntas, identificados por Spradley (1979), suponen considerar respectivamente tres momentos diferentes en el proceso de acercamiento ante un problema; que son el conocimiento, la comprobación y la relación. En este sentido, pueden utilizarse sobre todo dependiendo del grado de información y comprensión en el que se halle el estudio de los diferentes aspectos del tema de estudio. Así, dentro de una misma entrevista y al tratar distintos aspectos del problema, es posible utilizar los tres tipos de cuestiones.

Al plantear cuestiones descriptivas, el entrevistador intenta acercarse al contexto en el que el informante desarrolla sus actividades rutinarias. Se anima a hablar al entrevistado sobre una parte de las actividades que cotidianamente desarrolla o acerca de los lugares o materiales que utiliza al desarrollar esas actividades. Se pregunta de modo que sea posible extraer una gran muestra de

declaraciones en el lenguaje propio de los informantes. Lo que interesa son descripciones abundantes que faciliten un primer acercamiento al tema de estudio.

Las cuestiones estructurales se formulan para comprobar las explicaciones extraídas de los informantes a partir de anteriores entrevistas, al tiempo que para descubrir nuevos conceptos, ideas, etc.

Las cuestiones de contraste se plantean para extraer diferencias entre los términos utilizados por un informante, como parte de una misma categoría. En este mismo sentido, permiten descubrir (oponiendo términos) las relaciones tácticas entre los términos.

2. La respuesta del informante

El tipo de respuestas que los informantes ofrecen en una entrevista en profundidad es muy variado y no siempre se adecua a las preguntas formuladas. En este sentido, el entrevistador debe utilizar determinadas estrategias para conseguir la respuesta adecuada a su pregunta, sin por, ello buscar la respuesta esperada.

3. Instrumentos para registrar la información

Las grabadoras permiten registrar con fidelidad todas las interacciones verbales que se producen entre entrevistador y entrevistado. Así mismo, la utilización de grabadoras en las entrevistas permite prestar más atención a lo que dice el informante, favoreciendo así la interacción entrevistador-entrevistado.

No obstante, no siempre podemos hacer uso de las grabadoras en una entrevista. No deben utilizarse cuando la persona entrevistada se niega a ello o se siente incómoda ante la presencia del equipo de grabación. En este sentido, antes de utilizar la grabadora es recomendable mantener al menos una pequeña conversación introductoria con los entrevistados, tomar notas sobre lo que dice el entrevistado y destacar la importancia e interés que tienen sus aportaciones. De

igual modo, debemos intentar reducir al mínimo (aparatos de pequeño tamaño) la presencia de la grabadora.

3.6.1.2.2. Los procesos

La comunicación no verbal exige un talento especial para convencer al entrevistado de que se quiere oír y tomar en serio lo que él tiene que contar y expresar. En este contexto el entrevistador, tiene que prestar atención a posturas, gestos, tonos de voz, apariencia externa en el vestir,... cosas todas, a través de las cuales, se intercambian estados de ánimo, nivel de interés, de aburrimiento, de cansancio, de disgusto, de indiferencia, de desprecio, de frialdad, etc. El entrevistador tiene que ser un experto en reconocer e identificar el lenguaje no verbal tan rico en significados. Son tres procesos, por consiguiente, los que se interrelacionan y se influyen mutuamente (Rodríguez, Gil y García (1996):

- El proceso social de interacción interpersonal
- El proceso técnico de recogida de información
- El proceso instrumental de conservar la información, grabando la conversación

Una entrevista en profundidad se puede considerar adecuada en su fase de recogida de información, cuando desarrolla acertadamente estos tres procesos básicos de los que consta. A continuación los describimos.

1. El proceso de interacción

La entrevista es, por definición, un acto de interacción personal, espontáneo o inducido, libre o forzado, entre dos personas, entrevistador y entrevistado, en el cual, el entrevistador transmite interés, motivación, confianza, garantía y el entrevistado devuelve, a cambio, información personal en forma de descripción, interpretación y evaluación. Cuanto mayor sea el énfasis puesto en la profundidad, la interpretación personal

será más intensa y la invención en el cruzamiento de la comunicación será más importante.

2. *El proceso de recogida de la información*

La interacción social de la entrevista no es más que el soporte utilizado por el entrevistador para lograr su objetivo: sonsacar del entrevistado la experiencia, la definición de la situación, el significado que él solo posee. La naturaleza misma de la entrevista en profundidad reclama una estrategia propia que podría concretarse en tres elementos o dimensiones: la captación o “lanzadera”, la indagación o “relanzamiento” y la fiabilidad o “control”. El entrevistador nunca acude a una entrevista sin haber diseñado previamente todo un protocolo de conversación, en la que están registrados: horario, emplazamiento, guión de temas, hipótesis posibles de trabajo, estructura de la conversación, ritmo y duración de la misma. Antes de iniciar la entrevista, igualmente, el entrevistador debe garantizar, ante su interlocutor potencial, su propio status social y profesionalidad; debe haber justificado el objetivo y los motivos de la entrevista, así como las líneas generales de la misma.

A diferencia del observador, el entrevistador capta toda su información de forma vicaria, mediatizada por la comunicación del entrevistado. Es, por esto, por lo que el investigador, aún admitida la buena voluntad y la colaboración del investigando, debe aplicar algún tipo de control a la información recibida. Este control debe extenderse a varios aspectos de la entrevista, para que ésta pueda contar con suficiente garantía de validez. Exponemos, a continuación, los elementos que deben ser sometidos a control por parte del entrevistador:

- Citas y datos descriptivos
- Inconsistencias y ambigüedades
- Idealizaciones y fugas
- El desinterés y el cansancio
- El sentido común

El proceso de sonsacamiento (lanzadera, relanzamiento y control) consta de elementos básicos que deben ser tenidos en cuenta en toda entrevista:

- La conversación funciona a modo de lanzadera (de fuera a dentro y de dentro a fuera) con la que se abordan sucesivamente los temas, unas veces en forma de “embudo” (de lo más general a lo más concreto), en forma de “bola de nieve” (cada tema se va engrosando con los datos anteriores), o en forma de “calendario biográfico” (la historia es narrada de forma evolutiva).
- La conversación está dirigida por el entrevistador, quien lleva en todo momento la iniciativa y que hace gala de una “agresividad” creciente a medida que avanza la conversación (preguntas más incisivas, comprometidas,...) y recurre constantemente a relanzamientos sucesivos para iniciar nuevos temas, evitar el hastío,...
- La conversación es un testimonio controlado por el investigador que controla citas, inconsistencias, idealizaciones, fugas e interpretaciones superficiales.

3. El proceso del registro

El tercer proceso que tiene lugar en la entrevista es el del registro y conservación de la información obtenida. El entrevistador se mueve entre un deseo de asegurar la fiabilidad, intentando copiar literalmente lo que oye, y la validez de una conversación en la que se rompe la interacción humana viva. La toma personal de notas, violenta menos al entrevistado y permite, al entrevistador, algunas veces anotar comentarios que vienen a su mente y cuya conservación puede ser importante, pero exige demasiada concentración por parte de éste y resta vida e intimidad a la conversación. La toma mecánica libera totalmente al entrevistador y le permite trabajar al pleno de sus facultades, pero, casi siempre resta espontaneidad al

entrevistado y, en ocasiones, le bloquea por completo. Otra posibilidad es utilizar una grabadora más pequeña u oculta, con los riesgos que ello comporta.

En todo caso no puede olvidarse que la grabación es menos importante que la obtención directa y que la calidad de la información; y no se puede sacrificar ésta por aquella. Si bien una información perdida es un despilfarro, a veces, irreparable. Finalmente, la grabación debe incluir todos aquellos elementos de datación (fecha, lugar y condiciones), contextualización (personaje, situación) y enriquecimiento conveniente para una mejor interpretación de la información obtenida.

3.6.2. Técnicas de recogida de la información cuantitativa

3.6.2.1. El cuestionario

El cuestionario se define (Rodríguez, Gil y García, 1996) como una forma de encuesta caracterizada por la ausencia del encuestador, por considerar que para recoger información sobre el problema objeto de estudio es suficiente un análisis impersonal de la información obtenida del encuestado. Así, escribirá unas preguntas, las acercará a aquellas personas que considera pueden proporcionarle información sobre el problema que está analizando y les pedirá que escriban sus respuestas.

El cuestionario es una técnica de recogida de información que supone un interrogatorio, en el que las preguntas establecidas de antemano se plantean siempre en el mismo orden y, se formulan con los mismos términos. Esta técnica se realiza sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado. Allí, se anotan las respuestas, en unos casos de manera textual y en otros de forma codificada. Suelen contener entre cinco y veinticinco preguntas abiertas-cerradas.

Esta modalidad de procedimiento de encuesta, permite abordar los problemas desde una óptica exploratoria, no en profundidad. Si bien existe una amplia variedad de cuestionarios, con carácter general podemos decir que con ellos lo que se persigue es sondear opiniones, y no tratar cuestiones que exijan una profunda reflexión de los entrevistados. También se emplea cuando no se cuenta con mucho tiempo para entrevistar a varios sujetos y/o se desea obtener el mismo tipo de respuesta de cada uno de ellos, con vistas a determinar posibles relaciones entre las respuestas de unos y otros. Por otra parte, con este tipo de instrumentos se consigue minimizar los efectos del entrevistador, preguntando las mismas preguntas y de la misma forma, a cada persona.

La forma que adopta un cuestionario debe entenderse como una traducción o concreción de los supuestos, creencias o modelos de partida utilizados para explicar una determinada realidad. Es decir, las preguntas que figuran en este tipo de técnicas reflejan lo que se piensa acerca del problema que se está investigando, su esquema o marco conceptual. Se solicitan para comprobar los supuestos previos mantenidos por quienes elaboran el cuestionario.

Esta forma de encuesta está indicada cuando se pretende recoger información preguntando a un grupo numeroso de sujetos (al menos varias decenas de ellos), con un coste mínimo de tiempo y esfuerzo, manteniendo un formato común en las preguntas. Aunque, a ella se asocian inconvenientes derivados de la formulación por adelantado de las cuestiones, sin posibilidad de explicación complementaria, y de la relación impersonal que se mantiene con los encuestados: al no producirse una relación tú a tú, entre quien solicita y aporta la información, no existe compromiso por parte de éste último y a menudo los porcentajes de cuestionarios devueltos no superan un 40-60%.

En lo que respecta a la contestación y posterior devolución del cuestionario por parte de los encuestados, Fox (1980: 610) señala la conveniencia de seguir un proceso que se desarrolla en cuatro fases:

- 1) Limitación de la extensión del cuestionario para que los sujetos preguntados tengan que dedicar el menor tiempo posible a la tarea de contestarlo
- 2) Estructuración del modelo de respuesta en el mayor grado posible para reducir al mínimo lo que tengan que escribir los sujetos
- 3) Redacción del material introductorio de un modelo elocuente y sincero para que los sujetos conozcan la finalidad de la investigación y el uso que se hará de los datos y se convenzan de que es una finalidad útil y profesionalmente deseable
- 4) Arbitrar algún sistema para que los sujetos conozcan, si lo desean, los resultados de la investigación, de modo que el intercambio de información sea una calle de dos direcciones, y no de una sola

3.6.2.1.1. Tipos de cuestionarios

La planificación de un cuestionario implica diseñar un conjunto de cuestiones que supongan concretar las ideas, creencias o supuestos del encuestador en relación con el problema de estudio. En este sentido, toda planificación comienza a partir de la propia reflexión del encuestador sobre el problema o asunto que constituye el corazón de su estudio; el encuestador se formula preguntas acerca de ese problema y trata de contestarlas desde sus propias ideas, supuestos o hipótesis explicativas o desde modelos o esquemas teóricos que comparte. Más tarde, y partiendo de ese esquema conceptual, traza un estudio piloto o informal del que surgirá la relación definitiva de preguntas.

La elección del tipo de cuestiones, que formarán parte del cuestionario, estará estrechamente relacionada, en primer lugar, con el esquema conceptual de partida (sí el cuestionario es unidimensional es obvio que las cuestiones deben ser convergentes en un solo tema); en cambio, si el cuestionario consta de varias dimensiones, las preguntas deben responder a esa multidimensionalidad, bien reconociendo la independencia de cada una de esas dimensiones (una pregunta sólo alude a una dimensión dada) o las relaciones entre ellas. En segundo lugar, la forma del cuestionario estará condicionada por el tipo de información que

pretenda recogerse. De acuerdo con la información que desee recoger el encuestador, vamos a considerar dos tipos de cuestionarios: aquellos que buscan una información descriptiva concreta y aquellos que persiguen recoger una información de carácter cualitativo. Así, siguiendo las afirmaciones de Gil (1994) describimos a continuación cada uno de estos dos tipos de cuestionarios.

□ Cuestionarios que buscan una información descriptiva común

Su forma totalmente estructurada nos recuerda los censos de población, vivienda, etc. En estos cuestionarios, las opciones de respuesta que se ofrecen a los encuestados representan las distinciones que el encuestador toma en cuenta al definir determinada variable o concepto presente en su estructura conceptual.

Otra peculiaridad de este tipo de cuestionarios es, que debe observarse en ellos, que las opciones presentadas sean redactadas de manera que permitan responder a todos los sujetos, incluso a aquellos que no deseen dar ciertos datos o no conocen otros. Esto puede hacerse utilizando cuatro procedimientos concretos (Rodríguez, Gil y García, 1996: 188):

- a) La *opción abierta*. Se utiliza cuando el encuestador no tiene interés en distinguir entre diferentes encuestados o cuando cree que ya no habrá muchos encuestados.
- b) La *opción no sé*. Con esta opción se pretende dejar claro para los sujetos que el no conocer esta información es una respuesta aceptable, y que el encuestador preferiría que indicaran sinceramente que no lo saben, a que trataran de adivinarlo, contestando al azar. La opción no sé se debe incluir en todas las preguntas en la que exista alguna probabilidad de que algunos no conozcan la información que se busca.
- c) La *opción prefiero no contestar*. Siguiendo el principio de ofrecer a todos los sujetos consultados una opción que refleje su opinión sobre la variable, el encuestador ha pensado que ciertos sujetos pueden ser reacios a revelar cierta información. Algunos investigadores

prefieren evitar esta opción, pensando que les sugerirá a los sujetos que pueden evitar la respuesta. En un argumento que nos parece razonable, Fox (1980: 612) señala que el sujeto preguntado que desea evitar la respuesta puede pasar por alto la pregunta con tanta facilidad en la técnica del cuestionario, que no se pierde nada al darle medios para indicar su oposición a dar la respuesta.

□ Cuestionarios que buscan una información de carácter cualitativo

Cuando el investigador busca una información más cualitativa, sus preguntas deben indicar tanto las opciones que se ofrecen al encuestado como la gama continua dentro de la que se buscará la respuesta.

Al expresar las opciones de las preguntas que buscan información cualitativa, el objetivo del encuestador es el mismo que al buscar información descriptiva: dar una respuesta a todos los sujetos que se aproxime razonablemente a la asociación que el sujeto consultado hará a la pregunta. El peligro que hay al expresar opciones a las preguntas sustantivas es que el investigador fuerce al sujeto a generalizar en exceso, en general, porque el número de opciones que presente sea excesivamente pequeño.

La ventaja de las cuestiones que ofrecen posibilidades de respuesta del tipo “sí-no”, “conformidad-disconformidad”, “satisfecho-insatisfecho”, radica en que fuerza al sujeto a tomar una posición en uno u otro de los extremos de la dimensión. Por supuesto, como señala Fox (1980), este planteamiento es utilizable en los casos en los que la elección que se ofrece es realmente una opción bidimensional y únicamente bidimensional, es decir, tiene que ser tal que el sujeto tenga que sostener una u otra opinión, y que no haya posibilidad de mantener una opinión intermedia.

Para evitar situaciones en las que se pide a la persona que realice una elección entre los dos extremos de una declaración, pueden utilizarse preguntas que ofrezcan al encuestado distintas posiciones a lo largo de una gama continua

de respuestas. Así, *“En cierta medida se tiene en cuenta el hecho de que haya pocos asuntos opinables de sí-no, que en general, las personas se situarán en distintas posiciones a lo largo de la dimensión en estudio”* (Fox, 1980: 614).

Según este mismo autor (1980), no hay ningún aspecto del cuestionario que sea más decisivo que el de la selección y preparación de los modelos de respuesta. Un cuestionario puede contener uno o varios modelos posibles de respuesta, o cualquier combinación. De hecho, dentro de una misma pregunta puede haber una serie de opciones estructuradas, seguida de una opción no estructurada, en la que se pregunte por qué, o por favor, explique su respuesta o dé un ejemplo de su respuesta. Con independencia de cómo se haga esto, el investigador se tiene que asegurar de que sus modelos de respuesta cumplen el doble objetivo del cuestionario: dar a todos los sujetos la posibilidad de responder de un modo que refleje razonablemente su respuesta y proporcionar al encuestador los datos que necesita, en la forma en que los necesite, para responder al problema del estudio.

3.6.2.1.2. Formato del cuestionario

Como ya hemos señalado anteriormente, el encuestador no sólo debe atender al contenido del cuestionario sino también al modo de asegurarse las respuestas del encuestado. En este sentido, cuando se elabora un cuestionario se ha de prestar atención al formato mismo en que se incluyen preguntas y opciones de respuesta, pero también al título, presentación, ejemplificación de una respuesta tipo, fórmula de agradecimiento y, como veremos en el apartado siguiente, el modo en que el encuestado puede devolvernos el instrumento una vez cumplimentado.

Nuestra idea del formato del cuestionario es una hoja –a lo sumo dos– impresa por ambos lados, en cuya parte anterior figuran, en este orden, el título, autores, presentación, ejemplo y fórmula de agradecimiento; y en cuya parte posterior se sitúan preguntas y respuestas.

Si consideramos al cuestionario como una entrevista estructurada, en la que se mantiene una relación impersonal con los encuestados, es evidente que ambas formas de encuesta pueden compartir elementos comunes. Uno de estos elementos lo constituye la forma y el tipo de las preguntas. En este sentido, cabe pensar qué formatos de preguntas que plantearíamos en una entrevista podríamos también plantearlos en un cuestionario. En principio no hay demasiadas objeciones a esta idea.

No obstante, deberíamos tener en cuenta que un cuestionario es una técnica de encuesta que se elabora –al menos en su forma más conocida- para sondear las opiniones de un grupo relativamente numeroso de sujetos, invirtiendo cada uno de ellos un tiempo mínimo. Por tanto, no está especialmente diseñado para exigir a los sujetos grandes dosis de reflexión o respuestas, cuya elaboración por escrito exijan un gran esfuerzo de su parte.

3.6.2.1.3. Redacción de los cuestionarios

La preparación del cuestionario, que es completado por los informantes o participantes en la investigación, supone considerar aspectos como el marco conceptual y experiencial de partida, la forma y tipo de las preguntas, y el estilo o modo de redactar las cuestiones y el número de ellas.

El marco conceptual y experiencia de partida supone elaborar un esquema o mapa de conceptos que clarifique la posición sobre el problema estudiado. Es decir, hay que especificar los conceptos utilizados para explicar un problema, así como las relaciones de yuxtaposición, jerarquía (coordinación, subordinación, etc.), causación..., que pueden establecerse entre esos conceptos.

De acuerdo con su forma, las preguntas suelen clasificarse en tres categorías: preguntas abiertas, preguntas cerradas o dicotómicas, y preguntas de elección múltiple (con respuesta en abanico o de estimulación).

- Las preguntas abiertas se formulan para obtener respuestas expresadas en el propio lenguaje de la persona encuestada y sin un límite preciso en la contestación.
- Las preguntas cerradas se formulan para obtener respuestas confirmatorias o desestimativas ante una proposición.
- Las preguntas de elección múltiple son un tipo de pregunta cerrada, que dentro de los extremos de una escala, posibilitan construir una serie de alternativas de respuesta. En el caso de las preguntas de respuestas en abanico, se permite contestar al entrevistado escogiendo o señalando una o varias respuestas junto con la pregunta.
- En esta cuestión, la modalidad cerrada presente en las preguntas podría modificarse, introduciendo la posibilidad de que el entrevistado aporte posibles opciones o alternativas no contempladas en la célula o formulación donde se contesta el cuestionario.
- Las preguntas de opción múltiple, con respuesta en abanico, también pueden formularse de modo que soliciten respuestas en las que se establezcan grados de intensidad al valorar un hecho, conducta o situación. Son las conocidas como preguntas de estimación.

A través de los cuestionarios que hemos diseñado, hemos intentado recoger información de forma descriptiva, pero también cualitativa, es por lo que el resultado final lo ha constituido una combinación que incluye ambos elementos. Para aquellas personas que no han querido contestar algunas de las cuestiones, en él reflejadas, se ha dado la opción de respuestas abierta, siendo tomada en cuenta, las preguntas en blanco en el análisis estadístico, descrito al final de este capítulo. Finalmente, el cuestionario ha respondido a cuestiones abiertas (preguntas: 7, 13, 15, 16, 17, 21), a cuestiones cerradas (preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 14, 18, 20, 22), y a preguntas de opción múltiple (preguntas 8, 10, 11, 12 y 19).

3.6.2.1.4. La elección y redacción de las preguntas

La elección de las preguntas está condicionada por diversos factores, tales como la naturaleza de la información que se desea obtener, el nivel sociocultural

de quienes van a ser interrogados, las características, modalidades, costumbres, conflictos y hábitos de las personas a las que se va a preguntar. Es evidente que, no existen reglas generales útiles para todos los cuestionarios. No obstante, seguiremos algunas recomendaciones (Rodríguez, Gil y García, 1996):

- a) Sólo deben formularse preguntas que estén relacionadas con el problema estudiado.
- b) Es preferible no plantear preguntas sobre lo que puede conocerse por otros medios, a menos que se desee contrastar un hecho observado o una información recogida en un documento, etc.
- c) Al planificar el cuestionario, la elección de las preguntas debe hacerse teniendo en cuenta el modo en que van a codificarse o tabularse las respuestas.
- d) En la medida en que ello sea posible, debemos planificar el cuestionario de modo que las preguntas que se formulen, permitan establecer comparaciones con otros estudios realizados sobre el mismo problema.
- e) Las preguntas nunca deben ser de una especial dificultad para los encuestados.
- f) Del mismo modo, la contestación de las preguntas no debe suponer un gran esfuerzo para los encuestados.
- g) En este tipo de cuestionarios, deben evitarse las preguntas confidenciales.

Ya hemos hablado del número de preguntas recomendable para un cuestionario. Hay quienes señalan que debe ser menor de treinta, en nuestro caso, hemos confeccionado un total de veintidós preguntas. Pero, la cuestión no es tanto el número de preguntas, sino el interés que el cuestionario suscita en las personas interrogadas. Un cuestionario con diez preguntas puede resultar tedioso, y otro de treinta y cinco muy interesante para un mismo grupo de personas interrogadas. El tipo, formato o estilo de redacción, así como el asunto que en ellas se alude pueden ser determinantes de esa actitud.

Lo que sigue no son sino algunas sugerencias aportadas por Ander-Egg (1980), que pueden ayudar a redactar las preguntas de un cuestionario. Es evidente que el estilo de esas preguntas estará condicionado por múltiples factores, entre ellos la propia forma de proceder del encuestador:

- a) Las preguntas deben ser sencillas, claras, concretas y concisas en su formulación.
- b) En la elección de las palabras, no sólo se tendrá en cuenta el vocabulario utilizado por las personas interrogadas, sino también un sistema de referencia, en lo que respecta a su equivalencia semántica.
- c) La pregunta debe posibilitar una sola interpretación, inequívoca e inmediata.
- d) Cuando la pregunta tiene un abanico de alternativas, éste debe adecuarse al propio contenido, manteniendo una coherencia gramatical entre la pregunta y las posibilidades de respuestas.
- e) Las preguntas no deben sugerir las respuestas, incitando a responder en un sentido más de lo que lo hacen en otro.
- f) Cada pregunta debe contener una sola idea y referirse a un solo sujeto.

3.6.2.1.5. Administración del cuestionario

Una vez estructurado y diseñado el cuestionario, éste debe probarse entre una submuestra pequeña, con objeto de observar, entre otras cosas, en qué medida han funcionado las preguntas y los problemas que puedan surgir. Hay quienes incluso, en esta prueba piloto, incluyen preguntas solicitando a los encuestados una valoración global del cuestionario y/o la libre introducción de anotaciones junto a las preguntas, cuando no entienden lo que con ellas se solicita.

También es preciso tener en cuenta que el encuestador debe clarificar los objetivos de la encuesta mediante una presentación previa de carácter formal. Es recomendable, si no se han realizado contactos previos con la persona o personas a encuestar, enviar un escrito de presentación del encuestado, en el que se aclare su propósito y se solicite la administración del instrumento concreto. En nuestro caso, nos pusimos en contacto con los directores de los Centros Educativos de

Educación Secundaria, y mantuvimos una reunión informativa, con ellos y con los orientadores, con los que luego estuvimos en contacto para entregarles a los alumnos los cuestionarios.

3.7. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el tratamiento y análisis de la información recogida, se procede de forma diferente dependiendo de la técnica analítica que nos ha permitido acceder a tal información, bien sea analíticamente o cuantitativamente.

Existen, por tanto, dos maneras fundamentales de traducir a símbolos comunes las experiencias individuales de las personas, el concepto y el número, la definición y la medida, la clasificación y la distancia, es decir, símbolos de cualidad y símbolos de cantidad.

3.7.1. Análisis de datos cualitativos

Los métodos cualitativos, por su parte, analizan los datos mediante narraciones, viñetas y relatos cuyo ideal es la denominada por Ryle (1968: 74): *“Descripción densa; o sea, la interpretación de las interpretaciones de los sujetos que toman parte de una acción social”*.

Se han ido proponiendo, sucesivamente, diversos esquemas analíticos como herramientas de análisis, partiendo siempre del postulado básico de que la investigación cualitativa, por definición, no se somete a ningún esquema rígido de procedimiento y normas de comprensión de la realidad social.

La mejor manera de organizar y poder trabajar con la gran cantidad de información que se almacena en una investigación cualitativa, consiste en organizarla adecuadamente, reduciéndola a categorías. Este análisis comprende dos operaciones:

- a) El descubrimiento y captación de las características o elementos de un fenómeno, o sea, su contenido, denominada reducción de la información
- b) La aplicación de una serie de reglas para identificar, tratar y transmitir esas características, o sea, la categorización y la codificación, denominada disposición y tratamiento de la información.

Cada una de estas misiones implica el desarrollo de una serie de tareas y operaciones que, en muchas ocasiones, van a simultanearse, solaparse, e incluso en otras, las que pensaba estaban ya concluidas, deberán retomarse para ser matizadas o complementadas. A pesar de tener en cuenta estas particularidades que con frecuencia hacen de este proceso una actividad complicada y bastante creativa, existen ciertas tareas que tratan de operativizarlo y darle coherencia interna. Las decisiones que la persona investigadora debe tomar a lo largo de esta etapa, conlleva el que ésta reflexione acerca de (Rodríguez, Gil y García, 1996):

En qué segmentos del relato va a centrar su análisis: qué criterios va a adoptar para establecer tales segmentos (unidades de análisis).

Qué sistema de categorías va a definir; como va a definirlo.

Cómo va a codificar las diferentes categorías.

Conviene crear metacategorías que le ayuden a agrupar la información

Qué lenguaje va a utilizar para organizar de una forma relevante y comprensible la información.

Qué enfoque va a usar para analizar la información obtenida y, por tanto, obtener resultados que pueda interpretar.

No hay que olvidar que, esta estrategia de codificación inicial o codificación “abierta” no impone ninguna estructura restrictiva sobre los datos y permite un desarrollo posterior, a base de divisiones y subdivisiones, de ir avanzando de lo más superficial a lo más profundo, y de lo más amplio a lo más concreto.

La respuesta a estas reflexiones va a permitir que la persona investigadora se enfrente a un conjunto de tareas y operaciones de tratamiento, manipulación, transformación y organización de la información del relato, con el objetivo de sintetizarla para hacerla manejable y expresarla de acuerdo con una estructura coherente, sistemática y relevante para dar respuesta al problema planteado.

3.7.1.1. Reducción de la información

El proceso de reducción de la información textual del relato, conlleva cuatro tareas fundamentales (Ruiz, 1996: 203):

1. Determinación de las unidades de análisis.
2. Establecimiento de un sistema de categorías y de códigos.
3. Asignación de los elementos de significado a las categorías y códigos establecidos.
4. Agrupamiento de tales categorías y códigos, con los elementos que incluye, en otras categorías y códigos de un orden jerárquico superior, globalizador.

El texto a analizar puede ser un libro entero, un periódico, un editorial, un artículo, un párrafo. Seleccionado el texto (campo) y el problema, se procede a la selección de los datos oportunos; cada dato es una Unidad de registro, y será seleccionado, conservado y analizado como tal. Estos datos o Unidades de registro serán unas veces, las palabras del texto (respecto a las cuales intentamos conocer su frecuencia, repetición, asociación, colocación, tamaño, condicionamiento, significado, simbolismo, etc.); otras, los conjuntos de palabras o frases (respecto a las cuales indagamos sus formas sintácticas, sus parámetros o patrones, etc.); y, otras, serán los temas (de los que analizaremos su presencia, importancia, asociación, actitudes expresadas frente a ellos, etc.). Berg (1989: 111-132) resume en siete los elementos de un texto (campo) que pueden convertirse en unidades de registro:

- Palabras
- Temas (frases, conjuntos de palabras)
- Caracteres (personas o personajes)
- Párrafos
- Ítems (conjunto del texto de campo)
- Conceptos (ideas o conjuntos de ideas)
- Símbolos semánticos (metáforas, figuras literarias)

Estas siete unidades pueden ser seleccionadas cada una por separado o en combinación de varias de ellas.

En general todo elemento formal de contenido presente en el texto a analizar y que guarde conexión con el fenómeno que interesa estudiar puede ser entendido como dato a analizar convirtiéndose así en texto de análisis.

3.7.1.1.1. Determinación de las unidades de análisis

La primera tarea que facilita el proceso de reducción de la información del relato consiste en determinar o separar las unidades de análisis. Las unidades de análisis son los elementos del relato en los que se va a centrar el análisis (López-Aranguren, 1996). Otros autores las definen como modalidades especiales y particulares de las unidades de observación (Pérez Serrano, 1984; Sierra, 1985; Visuta, 1989). En este sentido estamos de acuerdo con Pérez Serrano (1999: 26) cuando afirma que:

“Desde nuestro punto de vista las unidades de análisis son elementos de significado que encontramos en segmentos relevantes de los relatos y, en los que se van a basar las tareas de categorización y codificación posteriores que tendremos que realizar. Por tanto, la determinación de las unidades de análisis conlleva una segmentación del texto de una forma significativa y relevante”.

3.7.1.1.2. Criterios de unidades de análisis

Los criterios para el establecimiento de las unidades de análisis son muy diversos, a la hora de separarlas podemos adoptar un tipo determinado de criterios o una combinación de más de un tipo de ellos. Teniendo en cuenta que nuestra información es textual, los criterios que pueden establecerse son (Rodríguez, Gil y García, 1996):

Criterios espaciales. Según estos criterios, pueden ser unidades de análisis las líneas del relato, los bloques de un determinado número de líneas del texto, las páginas, etc. Cuando se adoptan estos criterios se realiza una segmentación artificial del conjunto del texto, ajena a su contenido.

Criterios temporales. De acuerdo con estos criterios, pueden definirse las unidades segmentando el relato por períodos temporales: horas, días o incluso etapas.

Criterios temáticos. Estos criterios son los más utilizados y posiblemente los más interesantes en cuanto que segmentan el texto de acuerdo con la temática abordada. Considerando conversaciones, sucesos, actividades que ocurren en el relato, se identifican unidades que hablan de un mismo tópico. Por otra parte, cuando se adopta este tipo de criterios la tarea de categorización se realiza de forma simultánea, lo cual, evidentemente simplifica bastante la tarea de reducción de la información textual.

Criterios gramaticales: adoptando tales criterios, se pueden construir en unidades de análisis las oraciones o los párrafos lo cual alude en el momento de la separación, a tener que realizar juicios entorno al contenido de cada unidad. En el fondo, se asume que la oración es una unidad de información con sentido completo, y que el párrafo suele incluir oraciones sobre un mismo tema o de contenido afín.

Criterios conversacionales. Cuando en el relato intervienen diferentes personajes que dialogan, las declaraciones o turnos de palabra, de cada

uno de ellos, pueden construirse en elementos relevantes para segmentar el texto.

Criterio social. Este tipo de criterios permite segmentar el relato diferenciando información relativa a personajes que ocupan un mismo estatus o rol social, como por ejemplo: profesor/a, alumno/a, padre, madre...

Otra clasificación de criterios como elementos de orientación, que guían al investigador en su trabajo de captación de contenido, la exponemos a continuación:

- La frecuencia: en no pocas ocasiones interesa conocer la frecuencia con la que aparecen las palabras (expresiones, frases, temas) en un texto dado, ya que así puede establecerse:
 - o Palabras más frecuentes, es decir, temas de mayor importancia.
 - o Comparación del uso de palabras más frecuentes, es decir, se puede comparar el texto de dos autores.
 - o Evolución en el uso de las palabras, es decir, evolución de un autor a lo largo del tiempo, o en diferentes contextos.

- La compañía: más que la frecuencia interesa conocer aquí la proximidad o compañía de otras palabras (concordancia) u otros temas, para lo cual, se seleccionan aquella o aquellas palabras que se tienen por claves y se examina su contexto lingüístico.

- Estructuras temáticas: tanto los criterios de frecuencia como el de compañía identifican frecuencia con importancia, y olvidan el lenguaje analógico de las metáforas, y los sinónimos, características que sí se recogen a través de este criterio.

Miles y Huberman (1984) establecen tres tipos de código según la intención de la persona investigadora al asignarlos: descriptivos, interpretativos y explicativos. Para estos autores, los códigos descriptivos no introducen ningún tipo de interpretación por parte del analista al establecerlos; los códigos interpretativos requieren algún tipo de inferencia por parte del investigador, y los códigos explicativos contemplan mayores dosis de inferencia.

El establecimiento de un sistema de categorías adecuado es probablemente la operación más importante del análisis de un relato, en cuanto que es el reflejo directo del marco teórico-conceptual de la investigación, del problema de estudio y de la naturaleza del material que se somete a análisis.

El sistema de categorías puede establecerse según tres vías: deductiva, inductiva y mixta (Marcelo, 1992b; Rodríguez, Gil y García, 1996). Es decir, las categorías pueden estar predefinidas por el investigador (vía deductiva), pueden surgir a medida que éste vaya interaccionando con el relato que pretende analizar (vía inductiva) o puede ser que el analista parta de unas categorías globales que vaya especificando a medida que interacciona con el texto (vía mixta). El que se utilice una determinada vía para el establecimiento del sistema de categorías de una investigación va a depender en gran medida de si se parte o no, de un marco teórico-conceptual en el que se haya fundamentado el problema de estudio.

La primera vía, que denominamos deductiva, establece la necesidad de establecer un marco teórico-conceptual previo antes de enfrentarnos al proceso de analizar el texto; marco que estará presente en la fundamentación teórica del problema de la investigación y en los objetivos que la guían. Estos esquemas vertebradores pueden nutrirse también de otros trabajos sobre el tema realizados previamente. En cualquier caso, este esquema orientará al investigador para el establecimiento del sistema de categorías utilizado en su tarea analítica, constituyéndose en un mapa de significados que reflejará la estructura del conjunto de la información analizada.

El procedimiento inductivo, básicamente, consiste en hacer frente al trabajo de investigación sin ningún esquema teórico previo; éste irá surgiendo y definiéndose en la medida en que la persona investigadora interaccione con el texto y su “contexto”, lo que le llevará a desarrollar una teoría fundamentada (Hutchinson, 1962). Es decir, al tiempo que la persona investigadora se adentre en la lectura del texto y vaya haciendo frente a la tarea de reducción de la información estableciendo categorías, irá desarrollando su propio marco teórico conceptual.

La tercera y última aproximación, denominada mixta (Miles y Huberman, 1984), como su propio nombre indica, resulta una combinación de las dos anteriores. El proceso analítico parte de un esquema general previo, cuyo contenido va especificándose en la medida que la persona investigadora interacciona con el texto y “su contenido”.

3.7.1.2. La categoriación

En un análisis cualitativo es conveniente que, si en el mismo interviene más de una persona, cada una de ellas trate de realizar la categorización/codificación de los elementos de significado del relato de forma independiente, para poder estudiar las coincidencias, discrepancias y dificultades halladas, con el objetivo de comprobar la idoneidad de los sistemas de categorías y de códigos establecidos y, si procede, de mejorarlos. No olvidemos que tanto el establecimiento de categorías/códigos, como la asignación de los elementos de significado a tales categorías/códigos, implica una toma de decisiones basada en juicios de valor que están afectados en gran medida por la subjetividad y los puntos de vista particulares de la persona o personas investigadoras. De ahí la conveniencia de proceder a la triangulación de las categorías.

A partir de este texto de campo, el investigador elabora un segundo texto - el texto de investigación- a base de sus notas. En él se procede a una primera sistematización en la que la tarea principal es la categorización de las unidades de registro que componían el texto de campo. Es importante reconocer que los

problemas de análisis de contenido provienen principalmente del tipo de categorización con el que se clasifican las unidades de registro. La categorización no es otra cosa que el hecho de simplificar reduciendo el número de unidades de registro a un número menor de clases o categorías. Muchos de los documentos a los que tenemos acceso, y que nos interesan, son semánticamente ricos, relativamente complejos y variados, y ofrecen cierta estandarización en cuanto a su formato y su fusión que nos permite sistematizarlos para el análisis y comprensión de sus contenidos. La transformación del campo en texto de campo se efectúa a través del proceso de categorización y codificación. Así podríamos afirmar que la categorización es:

- El proceso por el que el investigador
- aplica unas reglas de sistematización
- para captar mejor el contenido de su texto de análisis

Y que consiste en:

- Aplicar a una unidad de registro un criterio de variabilidad,
- sistematizándolo (subdividiendo) en una serie de categorías,
- y clasificando cada unidad en una de esas categorías.

La conceptualización y la operacionalización requeridas, para establecer y aplicar las categorías a las unidades de registro (el texto de campo), no es fácil ni unidireccional. En primer lugar no es unidireccional, esto es, no procede de abajo a arriba, de los datos a la teoría inductivamente, ni procede de arriba abajo, de la teoría a los datos deductivamente, sino que trabaja de modo circular en ambos sentidos simultáneamente. En segundo lugar, tampoco es una tarea fácil ni mecánica, ya que no se lleva a cabo de una sola vez. La categorización es un trabajo al que el texto de campo y el texto de investigación deben someterse repetidas veces.

Las seis principales estrategias que comprenden las tácticas de acercamiento del investigador al autor del texto serían:

- Audiencia: el analista adopta las tácticas del lector de un texto y de su contenido manifiesto.
- Explotación: el analista adopta las tácticas del analista quién, mediante artificios estadísticos o conceptuales, descubre cosas manifiestas de cuyo contenido el autor no es consciente.
- Interpretación: el analista adopta la táctica del intérprete buscando el contenido profundo y no manifiesto de lo que el autor quiere decir y deduciéndolo del contenido manifiesto del texto.
- Descubrimiento: el analista adopta la táctica del descubridor, encontrando cosas ocultas, que no están en el texto, pero que se infieren de él, aunque el mismo autor no sea consciente.
- Espionaje: el analista adopta las tácticas del contraespía, porque busca hallar cosas que el mismo espía revela en su intento de ocultar, sin ser consciente de lo que revela.

3.7.1.2.3. El agrupamiento de categorías

El agrupamiento es la “última” tarea que va a permitir resumir aún más información del relato y, por tanto, sintetizar los elementos de significado que soporta cada una de las categorías y códigos que se han definido. El agrupamiento consiste en reunir bajo una metacategoría a varias categorías con significados interrelacionados; así, una metacategoría es un constructo teórico o una categoría de orden jerárquico superior y globalizador, con respecto al conjunto de categorías que engloba, y que están estrechamente vinculadas entre sí por el tipo de significados que contienen. Por consiguiente, un metacódigo es aquel que se corresponde con una metacategoría, comprendiendo al conjunto de códigos relativos a una serie de categorías que comparten elementos de significado comunes.

3.7.1.3. Disposición y tratamiento de la información

El objetivo de esta misión consiste en organizar y presentar la información del relato, que ha sido sintetizada y agrupada en una estructura coherente,

sistemática, relevante y comprensiva, que permita la lectura de los significados del relato de cara a la realización de inferencias y, por tanto, a la obtención de conclusiones, actividades, estas últimas, a las que la persona investigadora tendrá que enfrentarse en la fase siguiente para responder al problema de estudio planteado.

Esta misión conlleva el que la persona investigadora tenga que realizar un tratamiento de la información, partiendo de la red de significado que ha construido en la que se resumen y agrupan los significados relevantes del relato, hasta llegar a la obtención de unos resultados, que aporten los datos necesarios para dar respuesta al problema de investigación.

El enfoque analítico, que la persona investigadora pretenda dar al proceso de tratamiento de la información, la va a llevar a conservar el lenguaje que ha utilizado durante el proceso de reducción de la información del relato, a complementar esta información expresándola en otro tipo de lenguaje, o a transformarla en algún tipo de lenguaje diferente. Los lenguajes que pueden utilizarse son: gráfico (gráficos, símbolos, imágenes, figuras), textual, numérico o una combinación de ellos. El tipo de lenguaje, evidentemente, en que se exprese la información que ha sido sintetizada y agrupada, debe ser compatible con el tipo de procedimiento que se utilice para representar la información de acuerdo con una estructura especialmente ordenada y comprensiva.

Los enfoques analíticos que la persona investigadora puede adoptar para el proceso de disposición y tratamiento de la información son dos:

Enfoque cuantitativo de la información cualitativa y

Enfoque cualitativo

El enfoque prioritariamente cualitativo se caracteriza por utilizar, básicamente, procedimientos textuales y gráficos para la disposición y tratamiento de la información; aunque de forma complementaria no excluya la utilización de frecuencias. Tales condicionamientos pueden consistir en simples gráficos, tablas y cuadros, más o menos elaborados, hasta adquirir formas y estructuras con un grado de complejidad mayor, como se muestra a continuación.

La técnica de análisis de contenido sigue un proceso sistemático que, según Bardin (1986), incluye tres fases: el preanálisis, el aprovechamiento del material y el tratamiento de los resultados, es decir, la inferencia y la interpretación.

En la etapa de preanálisis se incluye la elección de los documentos que se van a someter a análisis, la formulación de objetivos e hipótesis, la determinación de las unidades de análisis y la elección de categorías.

La explotación del material o fase de análisis propiamente dicha no es más que la administración sistemática de las decisiones tomadas en la etapa anterior al material disponible.

En la última fase, los datos obtenidos se analizan a través de diversos procedimientos: técnicas estadísticas (porcentajes, análisis factorial, etc.), exposiciones gráficas (diagramas, figuras, modelos). Con los resultados obtenidos, se proponen inferencias e interpretaciones respecto a los objetivos e hipótesis marcadas.

La relación que establece Bougon (1983) entre palabra-concepto-esquema por un lado, y entre estructura de conceptos y esquemas conceptuales, por otro, puede aplicarse a un texto cualquiera y, tanto más, cuanto más rico y denso sea ese texto. Dado que el sentido de un concepto reside en el patrón establecido y en su esquema correspondiente, al magnificar este esquema es posible magnificar el territorio de sus significados. De este modo, al descubrir y dibujar el mapa cognitivo de un texto, revelamos el sentido del territorio social de su autor de acuerdo a la importancia que el contexto guarda con todo el texto. La confección del mapa cognitivo del autor de un texto puede ser muy variada, dado que puede concretarse en establecer sus relaciones de “causalidad”, de “contigüidad”, de “simpatía”, de “semejanza”, etc. Para la confección del mapa es necesario recorrer las cuatro fases del diseño de Bougon (1983) aplicándolas a un texto escrito, al

modo como él lo hace con los miembros de una organización a través de entrevistas no directivas. Las fases de diseño de Bougon para la confección de mapas cognitivos son:

- En primer lugar, deben identificarse los conceptos en su totalidad
- En segundo lugar, debe establecerse una “jerarquía” de importancia y el nivel de “intervención” del sujeto
- En tercer lugar, debe establecerse la “red de relaciones”, es decir, la estructura conceptual o base de un modo “no recursivo”
- En cuarto lugar, deben relacionarse los esquemas conceptuales entre sí para establecer el esquema de esquemas.

3.7.1.4. La validez y la triangulación de la información

La cruz de todo estudio de investigación, tanto cualitativa como cuantitativa, es la de garantizar su validez. Ibáñez (1985: 135), apoyándose en las conocidas tesis de Heisenberg, para las pruebas empíricas; y de Gödel, para las teorías, afirma rotundamente la imposibilidad de lograr esta garantía: “... *ni la vía inductiva-empírica, ni la vía deductiva-teórica, ni ninguna conjunción o articulación entre ambas, permiten alcanzar la verdad*”, independientemente del modo como se hayan conseguido los datos informativos.

El grado de validez equivale al grado de “refinamiento del debate” o “nivel de coherencia” al que se refieren, tanto Weber como Schutz, al explicar el método de construcción de sus tipos ideales. Así, de acuerdo con Sidman (1978: 49-51):

“... se supone que la ciencia es un proceso lógico y ordenado, que no se encuentra sujeto a la arbitrariedad de los prejuicios y otras flaquezas humanas de quienes la practican. Si la ciencia ha de usar la importancia de los datos como criterio para aceptar o rechazar un experimento, es presumible que debe disponer de un conjunto imparcial de reglas y normas, bajo las cuales el científico pueda operar al hacer sus evaluaciones. Sin embargo, la respuesta a si tales reglas existen en realidad, es rotundamente no...”

Algunos científicos, o bien nunca se dan cuenta de que se hallan sobre las arenas movedizas, o bien rechazan esta idea y pretenden que sus pies se hallan sobre tierra firme. Conseguir la aceptación de un trabajo científico es, en parte, un logro intelectual y, en parte, una habilidad para comunicar y maniobrar el trato con superiores, compañeros y con quienes ejercen el poder sobre la carrera del investigador.

Desde hace algunas décadas, tanto los postestructuralistas, como los postmodernistas han intentado defender la tesis de que no existe una ventana clara por donde poder entrar en la vida interna de los individuos. Todo lo que percibimos y aprendemos nos llega filtrado por las lentes del lenguaje y de la cultura. No existen observaciones objetivas, sino observaciones socialmente colocadas en los mundos del observado y de su observador. Ni siquiera los propios protagonistas son capaces, con frecuencia, de explicar idóneamente sus actos y sus experiencias personales. Atkinson (1992: 51) afirma que:

“Carecemos de métodos perfectos para la recogida de datos, carecemos de modos transparentes o perfectos de representación. Trabajamos con el conocimiento de nuestros recursos limitados. Pero no por ello tenemos que abordar el intento de producir relatos del mundo disciplinados, coherentes, metódicos y sensibles”.

Aceptando este planteamiento básico, de que el control de calidad puede y debe aplicarse a la investigación cualitativa, conviene, sin embargo, precisar algunos aspectos:

- a) En qué consiste este control
- b) Cuáles son los criterios que deben guiarlo
- c) Cuáles las técnicas para ponerlo en marcha

Es imprescindible tener presente que, en la investigación cualitativa, como venimos viendo, toda presunción de validez debe ser abandonada como concepto viable. Altheide-Johnson (1994) sostiene que toda investigación cualitativa es muy sensible a la naturaleza de los contextos sociales y humanos, y se guía por criterios de fiabilidad a los fenómenos estudiados, más que a ninguna serie concreta de normas metodológicas.

- Validez de contenido
- Validez de acceso metodológico

No tiene sentido calibrar o evaluar la validez de una investigación de carácter naturalista y de metodología cualitativa, con los criterios tradicionales de validez utilizados para la investigación positivista (validez interna, externa, fiabilidad y objetividad). A las críticas habituales de falta de rigor, con las que los positivistas asaltan a los investigadores cualitativos; éstos, lejos de intentar defenderse reclamando validez interna o externa, fiabilidad u objetividad, rechazan la relevancia de tales criterios y presumen de garantizar la credibilidad, la transferibilidad, la dependencia y la confirmabilidad.

Ante esta situación, la triangulación supone básicamente un mecanismo de control de calidad. Berg (1989: 4-5) define la triangulación como “*una manera de mejorar los resultados que un investigador obtiene tras aplicar una técnica concreta para su trabajo*”. Cada método revela facetas ligeramente diferentes de la misma realidad simbólica. Cada método es una línea diferente de visión dirigida hacia el mismo punto: la observación de la realidad social y simbólica. Al combinar varias de estas líneas los investigadores obtienen una visión de la realidad mejor y más sustantiva, un conjunto más rico y más completo de símbolos, y de conceptos teóricos además de un medio para verificar muchos de estos elementos. El uso de múltiples líneas de visión se denomina frecuentemente triangulación.

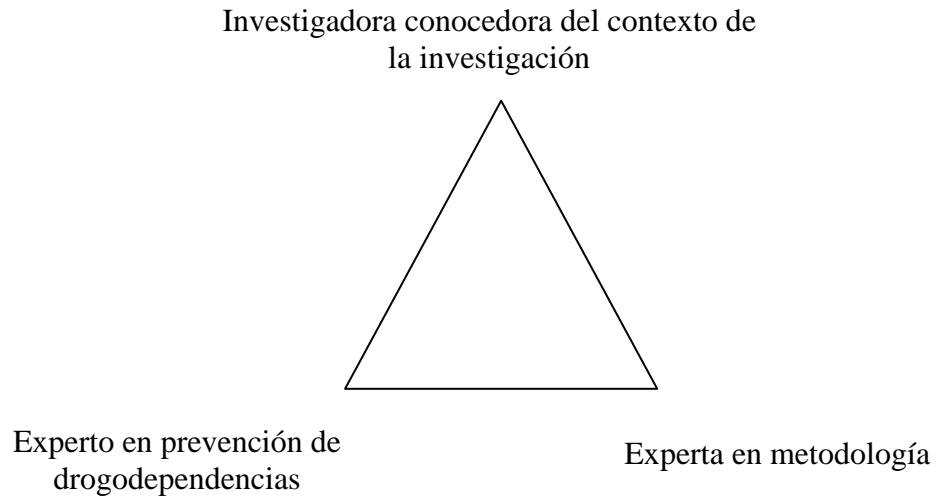
La lógica de la triangulación se apoya en sus dos funciones principales, diferentes pero relacionadas entre sí. La primera de ellas proviene del enriquecimiento (validez interna) que una investigación recibe cuando, a la recogida inicial de datos y a su posterior interpretación, se aplican diferentes técnicas, se adopta una distinta perspectiva o se le añaden diferentes datos. La segunda de ellas procede del aumento de *confiabilidad* (validez externa) que dicha interpretación experimenta, cuando las afirmaciones del investigador vienen corroboradas por las de otro colega o por la contrastación empírica, con otra serie similar de datos. Ambas funciones han sido alcanzadas en nuestro estudio.

En realidad, como recuerda Denzin (1978: 295), “*existen al menos, tres maneras generales de triangulación, a saber, la referida a los datos (la de los investigadores), la de las teorías y la de las técnicas*”. Sus objetivos son el enriquecimiento (por medio de la apertura a las vías de información y a los modos de la interpretación) y el control de calidad (por medio del contraste entre informaciones o interpretaciones coincidentes, lo mismo que discordantes).

3.7.1.4.1. Validación del sistema de categorías

En nuestro trabajo, el sistema de categorías se ha validado a través del sistema de triangulación de la información. En este sistema participaron tres investigadores (figura nº 1), entre los que destacan, la investigadora de la presente tesis de doctorado, como conocedora del contexto de la investigación; un experto en prevención en drogodependencias, que en este caso ha sido el Dr. Alfonso García y la experta en metodología, que en este caso ha sido la Dra. Francisca Serrano. El proceso estuvo caracterizado por la búsqueda de consenso en la denominación de las categorías definidas, utilizadas en los diferentes análisis de la información.

Figura nº 1: Triangulación de los datos



3.7.2. Análisis de datos cuantitativos

Para el análisis de la información obtenida de los cuestionarios se ha utilizado el programa SPSS (versión 12.0), un paquete estadístico de análisis de datos con más de 20 años de aplicación en la investigación de las ciencias sociales, económicas y de la salud. En sus comienzos funcionaba sobre MS-DOS y en la actualidad trabaja en el entorno Windows. Contiene programas capaces de realizar desde un simple análisis descriptivo hasta diferentes tipos de análisis multivariante de datos, como pueden ser: análisis discriminante, análisis de regresión, cluster, análisis de varianza, etc... También permite analizar series temporales, obtener tablas de frecuencias, realizar gráficos, .etc.

El paquete SPSS consta de los siguientes módulos:

Básico	Lectura y transformación de datos; Estadística Básica.
Estadística Profesional	Análisis cluster, análisis cluster de k-medias, análisis discriminante, análisis factorial, análisis de escalamiento multidimensional, análisis de proximidades y análisis de fiabilidad.
Estadística Avanzada	Regresión logística, modelos lineal logarítmicos, análisis multivariante de varianza, regresión no lineal, modelos probit, Cox, Kaplan-Meier y análisis de supervivencia.
Tablas	Tablas de frecuencias incluyendo variables multirrespuesta.
Series temporales (Trend)	Análisis y predicción de series temporales: modelos de ajuste de curvas, modelos de suavizado y métodos de estimación de modelos autorregresivos.
Categorías	Análisis de correspondencias simple y múltiple.

Nosotros, en nuestro estudio hemos utilizado el módulo básico y el de tablas. Los pasos básicos seguidos para realizar el análisis han sido los siguientes:

- a) Realizar la matriz de datos: definición y operativización de las variables e introducción de los datos en el editor.
- b) Seleccionar un procedimiento para calcular los estadísticos y crear gráficos.
- c) Seleccionar las variables para el análisis.
- d) Ejecutar el procedimiento y seleccionar los resultados que necesitamos para realizar el estudio de investigación.

Una de las principales tareas que necesitamos realizar, a la hora de abordar la información, es, precisamente, la codificación de variables. A su vez, y para SPSSWIN, ello conlleva varias acciones:

- Nombrar variables
- Codificar sus valores

Asignar un código específico a los valores de algunas de ellas
Construir la nueva matriz de datos
Grabar la misma sobre un soporte magnético.

Denominación de variables: En general es recomendable asignar nombres significativos a las variables con objeto de facilitar las labores de proceso y, sobre todo, de interpretación de resultados.

Como, a veces, ocho caracteres son insuficientes para tal fin, el sistema permite asignar adicionalmente etiquetas explicativas a los nombres de las variables. Pero, como luego veremos, las etiquetas no son más que una facilidad para la lectura de listados. El sistema identifica a las variables, sola y exclusivamente, mediante el nombre de las mismas.

Codificación de los valores ausentes: es habitual en cualquier trabajo que implique recogida de datos que, en ocasiones, y para algunas variables y sujetos, carezcamos de la información a ellos referida.

A estos valores ausentes hay que asignarles un código específico, con el fin de que el sistema los procese adecuadamente. La manera más habitual de proceder en estos casos es asignar un valor que estemos seguros de que nunca podrá aparecer como valor real.

En cualquier caso, la asignación de valores ausentes debe ser coherente con los tipos de variables. Es decir, a una variable numérica le podemos asignar como valor ausente cualquier número, pero sólo números.

Sea de esta manera, o de otra cualquiera, lo importante es prever esta posibilidad, y allá donde se requiera, asignar a estos valores códigos específicos que estemos seguros que nunca podrán aparecer como reales.

Etiquetado de variables y valores: SPSSWIN permite asignar etiquetas con el fin de facilitar la lectura de los listados de salida.

Así, afirmaríamos que la selección de variables sigue en resumen este proceso:

1. Nombre de variable
2. Descripción de variable
 - i. Tipo:
 1. Numérica: sólo toman valores numéricos (estas son las nuestras)
 2. String (cortas): pueden contener valores numéricos y alfabéticos
 - ii. Etiquetas: se utiliza para definir la etiqueta de la variable, y de los valores que toman las variables, en el caso de que estas sean discretas.
 - iii. Valores perdidos: se utiliza para definir los valores *missing* (ausencia de dato) de la variable que se está describiendo. El SPSS distingue entre dos tipos de valores *missing*:
 1. *System missing*: valores *missing* declarados por el SPSS, para los espacios en blanco que pueda haber en el fichero de datos. Estos aparecerán en los listados representados por puntos.
 2. *User missing*: valores *missing* declarados por el usuario, que podemos modificar.

Una vez que se han definido las variables, se pasará a introducir la matriz de datos.

Para realizar un análisis estadístico es necesario disponer de una matriz de datos, una copia de nuestra matriz la podemos consultar en el anexo II. Dicha matriz se ha estructurado como aparece en el cuadro nº 11.

Cuadro nº 11: Matriz de variables

	Variable1	Variable 2	Variable m
Caso 1				
Caso 2				
Caso 3				
.				
.				
.				
Caso n				

Es decir, es una matriz de dimensión $n-m$, donde n es el número de filas y corresponde a las unidades de análisis, y m que es el número de columnas que corresponde a las variables.

Para introducir los datos y después poder analizarlos con el SPSS, se puede utilizar dicho programa, con una base de datos, una hoja de cálculo, un editor, o un procesador de texto, para así crear un fichero que contenga dicha matriz de datos. En este proceso hemos creado el "*code book*" de las variables que en el SPSS se conoce como "*definir variables*". Este comando contiene: el nombre de la variable, el tipo, el formato de lectura, la etiqueta de la variable, la etiqueta de las categorías (cuando la variable es discreta) y la definición de los valores "*missing*".

Cualquier análisis de datos suele iniciarse por una descripción de las variables observadas que incluye así mismo, un análisis exploratorio de la información. Esto suele incluir, principalmente, medidas de tendencia central, variabilidad, asimetría y curtosis. Con estos análisis cumplimos diversas funciones. En primer lugar, nos permite situarnos en la realidad de los datos que poseemos, sus características, descubrir individuos con puntuaciones extremas o situados fuera del rango de la variable, descubrir errores en la codificación de las variables, etc. Este proceso descriptivo y exploratorio, se conoce con el nombre de "depuración de los datos", y es el paso previo a cualquier análisis, pues si existen errores en la matriz de datos, es necesario su corrección para no arrastrar e

incrementar los mismos durante los análisis posteriores. Así hemos procedido en nuestro caso y, ello, nos ha llevado a que la muestra productora de datos se haya reducido –como ya señalamos- con respecto a la muestra aceptante.

Hemos reflejado los datos en tablas de lectura directa (frecuencias y porcentajes), así como en gráficos tales que, de acuerdo, con la naturaleza de nuestras variables han sido:

- Diagrama de sectores (ciclograma)
- Diagrama de barras

Tras la depuración de la información, hemos realizado una lectura directa de los datos que nos ha permitido ubicarnos, definitivamente, en la realidad de nuestro contexto de investigación y, así responder a algunos de nuestros objetivos de investigación.

CAPÍTULO CUARTO

**TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE
LA INFORMACIÓN**

CAPÍTULO CUARTO

TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN



*“-Seguramente. Cuando encuentras un diamante que no es de nadie, es tuyo. Cuando encuentras una isla que no es de nadie, es tuya. Cuando eres el primero en tener una idea, la haces patentar tuya. Yo poseo las estrellas porque jamás, nadie antes que yo, soñó con poseerlas.
- Es verdad –dijo el principito-. ¿Y qué haces tú con las estrellas?
- Las administro. Las cuento y las recuento –dijo el hombre de negocios-. Es difícil. ¡Pero soy un hombre serio!”.*

Saint-Exupéry. *El principito*

4.1. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN CUALITATIVA

La realidad es compleja multivariada y difícil de comprender, presentándose ante los ojos del investigador como múltiples realidades, por ello en una aproximación al fenómeno de análisis de nuestro estudio, hemos utilizado para acercarnos a la realidad de los Planes Municipales de drogodependencias una metodología cualitativa, que nos permita conocer qué está sucediendo en la práctica, en el desarrollo e implantación de dichos planes.

4.2. ANÁLISIS DE LOS PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS

La técnica seleccionada para analizar la información proveniente de los Planes Municipales de Drogodependencias ha sido el análisis de contenido, que ya definimos en el capítulo anterior (Capítulo III) y que recordamos ha sido definida por Krippendorff (1980: 65) como “... una técnica de investigación que se utiliza

para hacer inferencias reproducibles y válidas de los datos al contexto de los mismos". Como dijimos, el análisis de contenido sigue un proceso sistemático que incluye tres fases: el preanálisis, el aprovechamiento del material y el tratamiento de los resultados, es decir, la inferencia y la interpretación.

En la etapa de preanálisis se incluye la elección de los documentos que se van a someter a análisis, que en este caso ha consistido en la lectura de los textos editados por cada una de las distintas localidades participantes en la investigación, y que corresponden a los llamados Planes Municipales de drogodependencias. La estrategia de acercamiento del investigador al autor del texto ha sido definida por Ruíz (1996: 241) como 'Audiencia' y consiste en que el analista adopta la táctica del lector de un texto y de su contenido manifiesto. Se realiza con el objetivo de conocer qué es lo que de partida se plantea en los Planes Municipales de drogodependencias, a qué necesidades responden, qué objetivos se pretenden alcanzar, qué actividades se planifican, con qué recursos cuentan, en qué consiste la evaluación, etc. También en esta fase se determinan las unidades de análisis y la elección de las categorías que a continuación explicaremos.

En esta sección hemos analizado los Planes Municipales de drogodependencias de seis Municipios de la Región de Murcia, que componen las localidades seleccionadas para realizar la investigación, y corresponden a :

- Murcia
- Lorca
- Jumilla
- Mancomunidad del Sureste
- Yecla
- Cartagena

4.2.1. Selección de las unidades de análisis

En el curso de un estudio cualitativo, el investigador recoge abundante información acerca de la realidad sobre la que centra su trabajo. Un primer tipo de tareas que hemos afrontado para el tratamiento de esa información ha consiste en

la reducción de datos, es decir, en la simplificación, el resumen, la selección de la información para hacerla abarcable y manejable.

Entre las tareas de reducción de datos cualitativos, posiblemente las más representativas y al mismo tiempo las más habituales sean las de categorización y codificación. Incluso a veces se ha considerado que el análisis de datos cualitativos se caracteriza precisamente por apoyarse en este tipo de tareas (Serrano, 1999). La reducción de datos también supone descartar o seleccionar para el análisis parte del material informativo recogido, teniendo en cuenta determinados criterios teóricos o prácticos.

Nos centramos ahora en tareas como la segmentación de unidades, la codificación/categorización o el agrupamiento, que constituyen modos de contribuir a la reducción de datos que en el fondo presupone todo análisis (se parte de un conjunto amplio y complejo de información para llegar a elementos más manejables que permitan establecer relaciones y sacar conclusiones).

4.2.1.1. Segmentación en unidades

Generalmente, el análisis de datos cualitativos comporta la segmentación en elementos singulares, especialmente cuando los datos son de tipo textual. En el conjunto global de datos pueden diferenciarse segmentos o unidades que resultan relevantes y significativas.

Los criterios para dividir la información en unidades pueden ser muy diversos. Para analizar la información que recogen los Planes Municipales de drogodependencias hemos considerado que los criterios a aplicar para la segmentación se identifica con el de los criterios temáticos (Rodríguez, Gil y García, 1996: 207). Es la más frecuente, y posiblemente una de las más interesante ya que, las unidades se consideran en función del tema abordado, de su significado.

Nuestra selección de unidades se centra pues, en criterios temáticos respondiendo a los criterios seleccionados para recoger la información. Así el

criterio temático hace referencia a unidades de registro que determinan fragmentos referidos a un mismo tópico o tema.

4.2.1.2. Identificación y clasificación de unidades

La identificación y clasificación de elementos es precisamente la actividad que realizamos cuando categorizamos y codificamos un conjunto de datos. La categorización hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico o tema. Una categoría soporta un significado o tipo de significados. La categorización es una tarea simultánea a la separación en unidades cuando ésta se realiza atendiendo a criterios temáticos. En el anexo III presentamos la reducción de los textos editados por los diferentes ayuntamientos en los que se recogen la planificación de los Planes Municipales de drogodependencias con los que hemos trabajado, para poder realizar la categorización de los datos.

En nuestro caso, el sistema de categorías se establece por vía mixta. Miles y Huberman (1984) las definen como una combinación de las vías deductivas e inductivas, ya que parte de un marco teórico, en este caso se ha basado fundamentalmente en la Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias, editada en 1998 por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) para evaluar programas de este tipo, como es el caso que nos ocupa en la investigación, pero que se va redefiniendo conforme interaccionamos con el texto.

Así, las categorías seleccionadas hacen referencia a los siguientes apartados claves en la planificación de un programa:

- Análisis de necesidades
- Destinatarios
- Objetivos
- Metodología
- Estrategias y actividades de acción
- Recursos

- Evaluación

En función de estos aspectos, claves en la elaboración de cualquier planificación de un programa, y de las características de los Planes Municipales de drogodependencias se han seleccionado las siguientes metacategorías (en las que se han agrupado las diferentes categorías), cuyo resultado se basa en la redefinición de los criterios mencionados anteriormente conforme se ha ido interaccionando con los textos con los que hemos trabajado, y del que hemos obtenido las siguientes metacategorías que representamos en el esquema 1:

Necesidad de realizar el Plan (metacategoría I)

Objetivos del Plan (metacategoría II)

Participación en la elaboración y en la puesta en marcha del Plan
(metacategoría III)

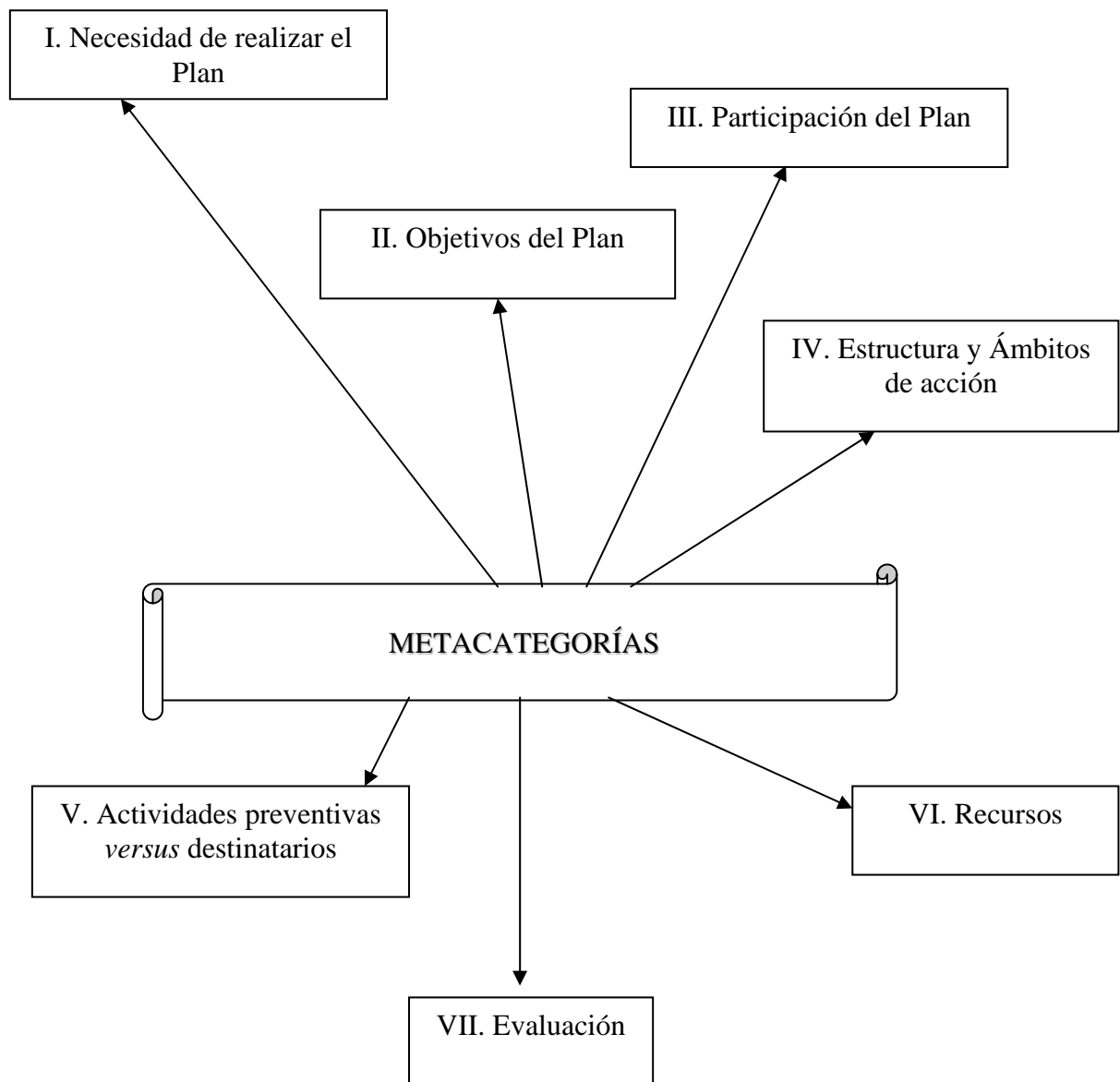
Estructura y Ámbitos de acción (metacategoría IV)

Actividades preventivas *versus* destinatarios (metacategoría V)

Recursos (metacategoría VI)

Evaluación (metacategoría VII)

Esquema 1: Metacategorías seleccionadas



Volvemos a recordar que, a la hora de trabajar con la información que un sistema de categorías correctamente construido debe cumplir seis atributos deseables (Bardin, 1986; López-Aranguren, 1996; Pérez Serrano, 1984; Serrano, Fuentes, Hernández e Iglesias, 1993):

1. Exhaustividad: toda unidad de significado debe poder ubicarse en alguna de las categorías establecidas, de modo que el sistema de

categorías cubra todas las posibles unidades que se hayan diferenciado en el texto.

2. Exclusión mutua: no debe poder ubicarse en alguna de las otras categorías establecidas, de modo que el sistema de categorías cubra todas las posibles unidades que se hayan diferenciado en el texto.
3. Homogeneidad: el principio anterior depende de la homogeneidad de las categorías. Este principio hace referencia a que todas las categorías deben tener una relación lógica entre sí y con la variable que se considera; esto es, las categorías deben estar definidas según un mismo principio de clasificación y actuando por registros y dimensiones de análisis de cada conjunto categorial.
4. Pertinencia: cada categoría debe adaptarse al material de análisis, ser coherente con el marco teórico que se ha definido y relevante respecto a los objetivos de la investigación.
5. Objetividad y fidelidad: las categorías deben estar claramente definidas, así como los indicadores que determinan la entrada de un elemento a una categoría. De esta forma se intenta que si varios analistas utilizan el mismo sistema de categorías, coincidan en las asignaciones que realicen de los diferentes elementos a las diversas categorías establecidas.
6. Productividad: este principio tiene un carácter pragmático en cuanto que hace referencia a que el conjunto de categorías debe proporcionar resultados que no mermen la riqueza del material que se analiza.

Los atributos de exhaustividad, exclusión mutua y homogeneidad son prescritos por quienes contemplan la categorización como un proceso necesario de transformación de la información textual en datos susceptibles de medición y tratamiento cuantitativo. El resto de atributos, sin embargo, son más adecuados

para el análisis de información textual. Como nos indican Rodríguez, Gil y García (1996), en el contexto del análisis cualitativo, podría no darse la exhaustividad al encontrarnos con unidades que no encajaran en ninguna de las categorías, simplemente por el hecho de que se tratara de información no relevante de cara al estudio.

Finalmente, una misma unidad podría participar de más de una categoría simultáneamente, en cuanto que las categorías no están claramente delimitadas unas de otras en muchas ocasiones, sino que se suele presentar solapamiento entre las áreas temáticas que cubren. En este sentido, un sistema de categorías puede incluir aproximaciones al contenido de los datos considerando diferentes dimensiones; esto es, según el aspecto en el que nos fijemos, una misma unidad de contenido puede ser codificada bajo códigos diferentes.

4.2.3. Categorización, codificación y asignación de unidades de análisis

El enfoque cualitativo con el que se caracteriza el análisis de la información que exponemos, utiliza básicamente procedimientos textuales y gráficos para la disposición y tratamiento de la misma, aunque de forma complementaria. Tales procedimientos consisten en simples esquemas conceptuales, tablas y cuadros más o menos elaborados.

Son precisamente las matrices, en diferentes formatos, los procedimientos que Miles y Huberman (1994) proponen para la disposición y tratamiento de la información cualitativa, lo cual admite símbolos, figuras, etc. El formato más habitual y el que hemos utilizado en este análisis consiste en tablas bidimensionales o tablas de doble entrada, en cuyas filas aparece la información en torno a las diferentes situaciones y casos relativos a una determinada categoría reflejada en las columnas.

En un segundo intento de reducción de la información en unidades de análisis y designando las categorías con las que vamos a trabajar presentamos un cuadro de doble entrada, en el que se plasman las categorías, las subcategorías en las que se dividen y las unidades de análisis a las que corresponden. Se agrupan

por metacategorías, y se separan las referencias a la que hace cada Plan Municipal de drogodependencias de los diferentes municipios. Como la entidad local de la que depende los Planes Municipales son los Ayuntamientos, a cada uno de ellos le hemos dado el nombre de Corporación Pública (CP) y le hemos asignado un número para distinguir unos municipios de otros que van del 1 al 6, para hacer referencia al Plan Municipal de drogodependencias de cada localidad hemos utilizado el nombre de: Plan Municipal de la Corporación Pública (PMCP) y le hemos asignado el número al que pertenecía a ese municipio.

4.2.2.1. Primera aproximación a la categorización y asignación de unidades de análisis

A continuación, sin más preámbulos, damos comienzo al tratamiento de la información, recogiendo en un primer momento la asignación de las diferentes unidades de análisis a cada una de las categorías, metacategorías y subcategorías asignadas, y después de haber realizado un laborioso proceso de validez, basado en la triangulación de la información que consiste como ya especificamos en el capítulo III, en la asignación de las unidades de análisis a cada una de categorías, así como la definición de las mismas, subdivisión y agrupación, desde un enfoque de conocimiento plural.

Esta información se presenta sintetizada a través de tablas bidimensionales, definidas ya en las líneas anteriores, en las que se recogen las diferentes unidades de análisis en relación a cada una de las subcategorías, las categorías y metacategorías definidas. Estas tablas se han identificado por cada una de las Corporaciones públicas, en las que se desarrollan los PMD, y cada una de las Metacategorías definidas.

METACATEGORÍA

I. NECESIDAD DE REALIZAR EL PLAN MUNICIPAL

Tabla 1: Corporación Pública 1(CP1) y metacategoría I

Categoría	Subcategoría	Reducción de la información de los diferentes PMD
¿Por qué se realiza?	Necesidad de Coordinación	<p>PMCP1: “La incidencia que el consumo/abuso de drogas tiene sobre la población joven y su relación con determinados estilos de vida [...], sus patrones de consumo y su acceso a ellas a edades cada vez más tempranas, debe generar una actitud de reflexión y vigilancia permanente que conlleve dar una respuesta desde las distintas administraciones, donde el Ayuntamiento, por ser la más imbricada en el tejido social, no puede ni debe quedar al margen”.</p> <p>“Esto supone dotar a este Plan Municipal de un contenido donde los recursos y competencias de las distintas áreas empujen en una misma dirección y con un hilo conductor que suponga una serie de actuaciones comunes”</p>
	Necesidad Administrativa	
	Necesidad Social	
Estudios Previos	Centro de Investigaciones Sociosanitarias	<p>PMCP1: “- Estudio del C.I.S. (Centro de Investigaciones Sociosanitarias) (1994) sobre "Opiniones y comportamiento de los españoles ante el consumo de drogas, tabaco y alcohol".</p> <p>- Encuesta escolar sobre drogas (1994) de CUANTEH, para el Plan Nacional sobre Drogas.</p> <p>- Estudio sobre características sociológicas de las drogodependencias en la Región de Murcia, realizado por IMES, por encargo de la Dirección General de Bienestar Social.</p> <p>- Diagnóstico de Salud del Municipio de Murcia (1995) (relación entre el consumo/abuso de drogas y estilos de vida)”.</p>
	Encuesta escolar sobre drogas	
	Estudio sobre características sociológicas de las drogodependencias en la Región de Murcia	
	Diagnóstico de Salud del Municipio	

Tabla 2: Corporación Pública 2(CP2) y metacategoría I

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
¿Por qué se realiza?	Necesidad de Coordinación	PMCP2: “... Para su abordaje se hace necesario potenciar la intervención coordinada de las diferentes instituciones públicas con competencias en la materia...”
	Necesidad Administrativa	“... se hace necesario la elaboración de un nuevo plan que se adecúe al nuevo marco normativo con que cuenta nuestra Región en materia de drogodependencias”
	Necesidad Social	“Se pretende, además que sirva como un instrumento válido para dar respuesta a las nuevas sustancias, hábitos y formas de consumo de drogas”.
	Necesidad Política	“El Ayuntamiento [...] por acuerdo de Pleno [...] dotó a nuestro municipio de un Plan Local sobre Drogas. Este documento ha servido como marco de actuación”
Estudios Previos	Datos del Centro de Salud Mental	PMCP2: “El municipio de Lorca no cuenta con un estudio específico sobre consumo de drogas. Los datos disponibles se refieren a los casos admitidos a tratamiento por consumo de diferentes sustancias psicoactivas en la Unidad de Drogodependencias del Centro de Salud Mental de Lorca, así como los obtenidos a través del Sistema de Información en Toxicomanías de la Comunidad Autónoma de Murcia. SITCAM. (1998-1999)”.
	Datos del Sistema de Información en Toxicomanías de la Comunidad Autónoma de Murcia. SITCAM	

Tabla 3: Corporación Pública 3(CP3) y metacategoría I

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
¿Por qué se realiza?	Necesidad Social	PMCP3: “la Administración Local tiene un papel fundamental por diversas razones: encontrarse próxima al ciudadano y, en consecuencia, ser conocedora de la realidad municipal”
	Necesidad Administrativa	“Pero también acerca con mayor facilidad los servicios y recursos a aquellos colectivos a los que se destinan las acciones, en el caso de este Plan”.
	Necesidad de Coordinación	
Estudios Previos	Análisis consumo en la población escolarizada	PMCP3: “Según el análisis de la situación sobre consumo de drogas de la población escolarizada, en la Región de Murcia, presentado en el Plan Regional sobre Drogas 1998-2000, podemos resumir las tendencias actuales en cuanto a consumo:...”.

Tabla 4: Corporación Pública 4(CP4) y metacategoría I

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
¿Por qué se realiza?	Necesidad de Coordinación	PMCP4: “... También nace de la necesidad de coordinar, integrar e impulsar todas aquellas acciones que se desarrollan en el municipio.”
	Necesidad de dotación de recursos	“... que permita un planificación más a largo plazo, la previsión y dotación de los instrumentos y medios presupuestarios, humanos y técnicos necesarios”
	Necesidad de dar estabilidad a las acciones preventivas	“Todo ello para garantizar la eficacia de la política municipal en materia de drogodependencias, así como dar estabilidad”.
	Necesidad Política	
Estudios Previos	Datos del Sistema de Información en Toxicomanías de la Comunidad Autónoma de Murcia. SITCAM	PMCP4: “ Los datos que existen de nuestro municipios sobre la situación del consumo y abuso de drogas legales como ilegales están basados en la información obtenida de los Servicios Centrales de Epidemiología en referencia a los datos del SEIT del año 1998 según el SITCAM...”.

Tabla 5: Corporación Pública 5(CP5) y metacategoría I

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
¿Por qué se realiza?	Necesidad de coordinación	PMCP5: “Objetivos y actuaciones convergentes, susceptibles de "unificarse" en busca de una mayor rentabilidad de recursos y esfuerzos”.
	Necesidad de dotación de recursos	“Existencia de un Plan Regional, y predisposición y acuerdo Municipal que hacen prever la posibilidad de actuaciones serias y sostenidas”.
	Necesidad Administrativa	
Estudios Previos	Datos del Sistema de Información en Toxicomanías de la Comunidad Autónoma de Murcia. SITCAM	PMCP5: “Sistema de Información sobre Toxicomanías año 1998, ... El análisis previo de la realidad se basa en los datos objetivos anteriormente descritos, procedentes de los Servicios adscritos al Servicio Murciano de Salud, y básicamente centrados en el consumo de opiáceos, cocaína y alcohol”

Tabla 6: Corporación Pública 6(CP6) y metacategoría I

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
¿Por qué se realiza?	Necesidad Administrativa	PMCP6: “pretende ser [...] un Plan del Municipio en el que confluyan los diferentes esfuerzos de las instituciones públicas y de la iniciativa social” “desarrollar su propia actuación [...] que supone la implicación y coordinación efectiva de los distintos servicios municipales” “La continuidad y estabilidad de las acciones que se emprenden en el marco del PMAD es condición necesaria para su eficacia”
	Necesidad Social	
	Necesidad de coordinación	
	Necesidad de estabilidad y continuidad de las acciones preventivas	
Estudios Previos	Estudio sociológico	PMCP6: “Durante el primer trimestre de 2003 se realizó un nuevo estudio sobre “Opiniones, actitudes y consumo de drogas en el municipio [...]” (los datos corresponden al segundo estudio sociológico realizado por la empresa EDIS Equipo de Investigación Sociológica)”.

METACATEGORÍA

II. OBJETIVO DEL PLAN MUNICIPAL

Tabla 7: Corporación Pública 1(CP1) y metacategoría II

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
¿Qué objetivos?	Preventivos	PMCP1. “Reducir el consumo de drogas y los riesgos asociados al mismo. • Facilitar la asistencia integral de los afectados. • Promover la integración social de los drogodependientes. • Potenciar la coordinación entre las distintas administraciones y entidades, para incidir sobre las causas y consecuencias del fenómeno”.
	Asistenciales	
	Coordinación	
	Integración social	

Tabla 8: Corporación Pública 2(CP2) y metacategoría II

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
¿Qué objetivos?	El Plan Local sobre Drogodependencias del Municipio de Lorca, hace suyos los objetivos generales establecidos en la Ley Regional sobre Drogas: (Preventivos)	<p>PMCP2: “El Plan Local sobre Drogodependencias del Municipio de Lorca, hace suyos los objetivos generales establecidos en la Ley Regional sobre Drogas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas. 2. Reducir los riesgos y consecuencias del consumo de drogas. 3. Informar adecuadamente a la población sobre las drogas que puedan generar dependencia y de las consecuencias de su consumo. 4. Aumentar las alternativas y oportunidades para adoptar modos de vida más saludables. 5. Intervenir sobre las condiciones sociales que inciden en el consumo de sustancias capaces de generar dependencia 6. Disminuir la presencia, promoción y venta de drogas en nuestro municipio”.

Tabla 9: Corporación Pública 3(CP3) y metacategoría II

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
¿Qué objetivos?	Preventivos	<p>PMCP3: “Objetivos preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prevenir el consumo de alcohol y tabaco en los niños y jóvenes ○ Concienciar a la población adulta de las consecuencias del abuso de alcohol y tabaco en todos los ámbitos. ○ Propiciar un ‘clima’ social cada vez más favorable a la salud y rechazo hacia las drogas”..

Tabla 10: Corporación Pública 4(CP4) y metacategoría II

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
¿Qué objetivos?	Prevención	<p>PMCP4. “ÁMBITO DE PREVENCIÓN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Favorecer la educación y promoción de la salud, educando en valores, en capacidad crítica, en actitudes y hábitos saludables, y fortaleciendo los factores de protección del abuso de drogas. 2. Priorizar las actuaciones e intervenciones en la infancia, jóvenes, familia y en las situaciones de riesgo. 3. Fomentar la responsabilidad e implicación de los ciudadanos, asociaciones y entidades en los programas y en la ejecución de las actuaciones preventivas. 4. Coordinar los esfuerzos y actuaciones de las diferentes entidades públicas y privadas y asociaciones para conseguir una intervención unificada en prevención. <p>ÁMBITO ASISTENCIAL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitar la atención de la población con problemas de abusos o dependencias de drogas legales e ilegales. 2. Mejorar la coordinación entre los recursos de atención a personas con problemas de drogodependencia. 3. Favorecer la creación de grupos de auto-ayuda de personas toxicómanas y de familiares. <p>ÁMBITO DE INTEGRACIÓN SOCIAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la integración social de los drogodependientes mediante medidas de sensibilización, educativas, de empleo y de relación con el entorno”.
	Asistencial	
	Integración Social	

Tabla 11: Corporación Pública 5(CP5) y metacategoría II

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
¿Qué objetivos?	Prevención	<p>PMCP5. “Objetivos del prevención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retardar la edad de inicio y experimentación con sustancias o actividades adictivas 2. Incidir especialmente en el desarrollo de los colectivos sociales en los que confluyan factores de riesgo 3. Proporcionar medios que faciliten el desarrollo integral de la personalidad de la población infantil y juvenil, como base de una mejor capacidad de elección y de resistencia a la presión de grupo 4. Propiciar el desarrollo de una cultura joven “paralela” y alternativa a las pautas de ocio y tiempo libre que implican el consumo de drogas 5. Promover el desarrollo coordinado de alternativas de ocio y tiempo libre. 6. Promover la sensibilidad y espíritu de cooperación en la comunidad, en la que cada individuo puede ser modelo de referencia y agente de cambio. 7. Hacer que la oferta y consumo de drogas legales se ajuste estrictamente a la legalidad vigente”.
	Asistencia	<p>PMCP5: “Objetivos asistenciales y de reducción de riesgos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimizar la oferta asistencial especializada actual a personas que han desarrollado adicciones 2. Promover el desarrollo de procesos asistenciales complementarios en materia de adicciones (tanto a sustancias legales como ilegales) a través de los recursos normalizados, evitando la estigmatización social de las personas afectadas. 3. Reducir los riesgos para la salud de las personas drogodependientes y sus convivientes
	Desintoxicación y deshabituación:	<p>Objetivos de desintoxicación y deshabituación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Potenciar los procesos de desintoxicación ambulatoria, como paso previo a procesos de reinserción 2. Apoyar esos procesos de desintoxicación ambulatoria con programas ocupacionales de día 3. Potenciar el mantenimiento del asociacionismo y estructuras sociales de apoyo familiar e individual a los procesos de deshabituación ambulatoria, especialmente en el caso del alcohol. 4. Potenciar el desarrollo de estrategias terapéuticas alternativas en aquellos casos que lo requiera (Programa de metadona, programa de mantenimiento con antagonistas opiáceos, tratamientos de patología dual, etc”.
	Reinserción Social	<p>PMCP5: “Objetivos de reinserción social:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disponer de una oferta estable laboral y/o prelaboral como forma más efectiva de lograr la aceptación y reinserción social 2. Propiciar el funcionamiento de grupos o movimientos asociativos de apoyo en ese proceso”.

Tabla 12: Corporación Pública 6(CP6) y metacategoría II

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
¿Qué objetivos?	Preventivos	PMCP6: “ 1. Reducir el consumo de drogas y los riesgos y consecuencias sociales asociados al mismo. 2. Potenciar un cambio en la actitud social frente a las drogas hacia estilos de vida más saludables. 3. Incidir sobre las causas y condiciones sociales que propician el consumo abusivo de las diferentes drogas, minimizando los factores de riesgo e incrementando los factores de protección de los sectores de la población más vulnerables. 4. Retardar la edad de inicio al consumo de drogas”.
	Asistenciales	PMCP6: “Garantizar la atención a todas la personas residentes en el municipio con problemas de abuso o dependencias de drogas legales o ilegales. Mejorar la coordinación y eficacia de los Recursos de Atención a personas con problemas de drogodependencias existentes en el territorio del municipio”.
	Inserción social	PMCP6: Facilitar y potenciar la Inserción social de drogodependientes en proceso de rehabilitación, facilitándoles las alternativas necesarias a nivel educativo, de empleo, convivencia y tiempo libre”.

METACATEGORÍA

III. PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA DEL PLAN

Tabla 13: Corporación Pública 1(CP1) y metacategoría III

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
Entidades que participan en la Elaboración	Intra-institucional (Ayuntamiento) - Comité de elaboración y seguimiento - Coordinador/a - Técnicos	PMCP1: “Será, por tanto, necesario establecer tres niveles de coordinación: Será, por tanto, necesario establecer tres niveles de coordinación: - Intra-institucional: Utilización de los distintos recursos de las diversas áreas municipales, tratando de conectar las actuaciones que se realizan sobre la comunidad: Bienestar Social y Familia, Sanidad, Educación, Cultura, Empleo, Deportes, Policía Local, etc. - Interinstitucional: Convenios, colaboraciones, etc., con otras instituciones: I.N.E.M., M.E.C., A.P.A.S., asociaciones, clubes, Comunidad Autónoma, Delegación del Gobierno, entre otros. - Iniciativa privada: Mediante subvenciones a
	Interinstitucional: (I.N.E.M., M.E.C., A.P.A.S., asociaciones, clubes, Comunidad Autónoma, Delegación del Gobierno)	
	Iniciativa privada: Empresas, entidades, etc.	

Entidades que participan en la puesta en marcha	Intraentitativa (Ayuntamiento) - Comité de elaboración y seguimiento - Coordinador/a - Técnicos	proyectos y/o actividades concretas, establecimiento de convenios, colaboraciones etc.: empresas, entidades, etc. se propone la creación de una estructura técnica: - Comité de elaboración y seguimiento de programas: - Coordinador/a del Plan Municipal de Drogas con las funciones descritas. - Técnicos que en la actualidad representan a los Servicios de Bienestar Social, Sanidad y Familia, Educación, Empleo, Cultura, Juventud y Deportes, con las tareas de: • Asistir al coordinador/a en sus funciones. • Redactar programas específicos de acción. • Estudiar y establecer sistemas de control y valoración de programas”.
	Interinstitucional: (I.N.E.M., M.E.C., A.P.A.S., asociaciones, clubes, Comunidad Autónoma, Delegación del Gobierno)	
	Iniciativa privada: Empresas, entidades, etc.	

Tabla 14: Corporación Pública 2(CP2) y metacategoría III

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
Entidades que participan en la Elaboración	Consejo Asesor (Ayuntamiento, CPR, personal sanitario y asociaciones) - Comisión de trabajo para la prevención - Dispositivos asistenciales - Comisión de trabajo para la reinserción	PMCP2.: “No se especifica en el Plan, si se hace mención a un Consejo asesor cuya función es de coordinación con el objetivo de asesorar y promover las actuaciones del Plan, en éste aparecen los estatutos por los que se rige”
Entidades que participan en la puesta en marcha	Consejo Asesor (Ayuntamiento, CPR, personal sanitario y asociaciones) - Comisión de trabajo para la prevención - Dispositivos asistenciales - Comisión de trabajo para la reinserción	

Tabla 15: Corporación Pública 3(CP3) y metacategoría III

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
Entidades que participan en la Elaboración	Comisión de Bienestar Social	PMCP3.: “No se especifica en el Plan, si se hace mención a un Consejo asesor cuya función es de coordinación con el objetivo de asesorar y promover las actuaciones del Plan”, y en el ORGANIGRAMA de funcionamiento aparecen las siguientes estructuras:
Entidades que participan en la puesta en marcha	Grupo Municipal de drogodependencias	Comisión de Bienestar Social Grupo Municipal de drogodependencias
	Consejo Asesor del Plan Local para las Drogodependencias	Consejo Asesor del Plan Local para las Drogodependencias Comisión de trabajo para la prevención (Grupos de trabajo) Comisión de trabajo para la reinserción (Grupos de trabajo)”
	Comisión de trabajo	

Tabla 16: Corporación Pública 4(CP4) y metacategoría III

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
Entidades que participan en la Elaboración	Técnicos del Ayuntamiento	PMCP4.: “Está constituido por 6 técnicos:
	Miembros de la mesa de prevención (técnicos del Ayuntamiento y de Entidades y representantes de asociaciones y colectivos)	<ul style="list-style-type: none"> o 1 Trabajadora social del Centro de Servicios sociales y Responsable del Programa de Prevención del Programa de Prevención de Drogodependencias. o 2 Trabajadoras sociales del Centro Local de Empleo para Mujer y Jóvenes o 1 Trabajadora de la Asociación de Minusválidos Físicos o 1 Psiquiatra del Centro de Salud Mental o Como asesor y supervisor del Plan un técnico en drogodependencias del Ayuntamiento de Murcia”. <p>“Miembros de la Mesa de prevención de drogodependencias constituida por representantes de los grupos políticos, técnicos del Ayuntamiento y de Entidades y representantes de asociaciones y colectivos”.</p>
4.	Coordinación (Concejalía de Servicios Sociales y Sanidad)	PMCP4.: “El Plan se estructura en los siguientes órganos:
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación: Con funciones de gestión, coordinación, impulso y seguimiento de las actuaciones del Plan, dependiente de la concejalía de Servicios Sociales y Sanidad.

	Mesa consultiva (representantes de iniciativa social, administración y grupos políticos).	<p>2. Mesa consultiva: Con funciones informativas, de propuestas y difusión de actuaciones. Formada por representantes de la iniciativa social, administración y grupos políticos. Realizando reuniones cuatrimestrales (enero, mayo, septiembre) y con posibilidad de convocatorias extraordinarias en casos de necesidad.</p> <p>3. Comisión técnica: con funciones de diseño de programas, establecimiento, coordinación del Plan, y técnicos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cruz Roja - Centro Local de Empleo - AMFIJU - Concejalía de Juventud - Centro de Salud Mental <p>4. Comisión política: Con las funciones de toma de decisiones, dotar de recursos al Plan, fomentar la coordinación de distintas concejalías implicadas”.</p>
	Comisión Técnica (Ayuntamiento, Asociaciones y otros colectivos)	
	Comisión Política	

Tabla 17: Corporación Pública 5(CP5) y metacategoría III

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
Entidades que participan en la Elaboración	Comisión Municipal sanidad y Servicios Sociales	<p>PMCP5.:</p> <p>“1.- Comisión Municipal sanidad y Servicios Sociales, que previa consulta a las diferentes áreas municipales que puedan estar relacionadas (Sanidad, Servicios Sociales, Cultura, Juventud, Deportes, Policía) será la encargada de la elaboración definitiva y propuesta del Plan Local de Drogodependencias, así como de la revisión y propuesta anual de actuaciones del Ayuntamiento en el marco del Plan local.</p> <p>2.- Consejo Local de drogodependencias y adicciones: Integrado por representantes del Ayuntamiento, y de las diversas instituciones que hayan formalizado la adhesión al Plan. Su funcionamiento se desarrollará reglamentariamente, y sus funciones serán:</p> <p>El estudio y conocimiento de datos acerca de la realidad local en materia de adicciones, recursos asignados, etc.”</p>
	Consejo Local de drogodependencias y adicciones: Integrado por representantes del Ayuntamiento, y de las diversas instituciones	
Entidades que participan en la puesta en marcha	Comisiones técnicas de trabajo	<p>PMCP5.: “Para su mayor agilidad y funcionamiento, podrá a su vez estructurarse en:</p> <p>3.- Comisiones técnicas de trabajo, que tendrán una estructura más reducida y eminentemente práctica, encargadas del estudio y seguimiento en profundidad de aspectos concretos del Plan. (Prevención desde el ámbito educativo, sanitario, apoyo a la asistencia, reinserción, etc.)”.</p>

Tabla 18: Corporación Pública 6(CP6) y metacategoría III

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
Entidades que participan en la Elaboración	Comisión Municipal de Drogodependencias	<p>PMCP6.:</p> <p>“La Comisión Municipal de Drogodependencias (PCP1D) es el órgano específico que asume la gestión, coordinación y seguimiento del Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias. La Comisión tiene la siguiente estructura:</p> <p style="padding-left: 40px;">Unidad Política Pleno de la CMD Grupos de Trabajo Oficina Técnica del PMAD.</p>
	Unidad Política Pleno de la CMD	
	Grupos de Trabajo	
Entidades que participan en la puesta en marcha	Oficina Técnica del PMAD	

METACATEGORÍA

IV. ESTRUCTURA Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Tabla 19: Corporación Pública 1(CP1) y metacategoría IV

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
Ámbitos de actuación	Preventivo	PMCP1: “Prevención, Asistencia e Inserción-Reinserción”
	Asistencial	
	Inserción social	

Tabla 19.1. Corporación Pública 2(CP2) y metacategoría IV

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
Ámbitos	Preventivo	PMCP2.: “Prevención, Asistencia e Inserción”
	Asistencial	
	Inserción social	

Tabla 20: Corporación Pública 3(CP3) y metacategoría IV

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
Ámbitos	Programa Escolar de Prevención de las Drogodependencias	PMCP3.: “En el Plan se han distinguido claramente tres tipos de actuaciones, aunque con una carga eminentemente preventiva. “Programa Escolar de Prevención de las Drogodependencias, Programa de Ocio y Tiempo libre dirigido y Actividades dirigidas al ámbito Laboral”.
	Programa de Ocio y Tiempo libre dirigido	
	Tiempo libre dirigido y Actividades dirigidas al ámbito Laboral”.	

Tabla 21: Corporación Pública 4(CP4) y metacategoría IV

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
Ámbitos	Prevención	PMCP4: “Prevención, Asistencia y de Integración Social”
	Asistencia	
	Integración Social	

Tabla 22: Corporación Pública 5(CP5) y metacategoría IV

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
Ámbitos	Prevención	PMCP5.: “Prevención, Asistencia y Reducción de daños, desintoxicación y deshabituación y Reinserción Social”
	Asistencia y reducción de daños	
	Desintoxicación	
	Reinserción Social	

Tabla 23: Corporación Pública 6(CP6) y metacategoría IV

Categoría	Subcategoría	Reducción de datos de los diferentes PMD
Ámbitos	Preventivo:	PMCP6.: “Pág. 25 “ámbito socio-comunitario” Pág. 33 “Ámbito educativo”, Pág. 38. “Ámbito laboral”, Pág. 46 “Ámbito asistencial”, Pág. 48 “Ámbito de integración social.”.
	Socio-comunitario	
	Educativo	
	Laboral	
	Asistencial	
	Integración social	

METACATEGORÍA

V. ACTIVIDADES PREVENTIVAS *VERSUS* DESTINATARIOS

Tabla 24: Corporación Pública (CP1) y metacategoría V

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Población general	No se especifica	
Padres y Madres	Educación para la salud	PMCP1: - “Programa de Educación para la salud en Centros Docentes - Programa de Educación en valores a través del cine”
	Educación en valores	
Profesores	Educación para la salud	PMCP1: - “Programa de Educación para la salud en Centros Docentes - Programa de Educación en valores a través del cine”
	Educación en valores	
Alumnos	Educación para la salud	PMCP1: - “Programa de Educación para la salud en Centros Docentes - Programa de Educación en valores a través del cine”
	Educación en valores	
Empresarios	No se especifica	
Trabajadores	No se especifica	
Dirigido a Niños y Adolescentes	Animación a la lectura	PMCP1: - “Programa de animación a la lectura en la red de bibliotecas municipales (niños) - Elaboración de una guía del ocio dirigida a niños y adolescentes - Programa de actividades con infancia y adolescencia en centros de acción comunitaria - Proyecto de actividades con infancia y adolescencia en barrios y pedanías - Programa de deporte en edad escolar”.
	Guía de ocio	
	Acción Comunitaria	
	Deporte	
Jóvenes	Educación para la salud	PMCP1: - “Educación para la salud: estilos de vida saludables - Información juvenil - Promoción de la participación y el
	Información	
	Asociacionismo	

	Deporte	asociacionismo juvenil
	Dinamización cultural	- Fomento de la práctica deportiva - Programa de dinamización cultural
	Acciones formativas	- Incorporación de contenidos de educación para la salud en el Programa de Garantía social - Acciones formativas e informativas integradas en el programa de educación de adultos para jóvenes
	Orientación laboral	- Acciones de orientación y formación para la inserción laboral
	Actividades de ocio	- Actividades formativas y de ocio integradas en el programa de centros culturales
	Certámenes y Concursos	- Certámenes y concursos sobre temas de especial relevancia y fomento de la creación artística - Acciones derivadas de la incorporación de contenidos sobre la prevención de drogas en Centros Culturales”.
Adultos	Orientación laboral	PMCP1: - “Acciones de orientación y formación para la inserción laboral
	Autoempleo	- Promoción del autoempleo - Apoyo a la contratación - Difusión de la información - Formación, apoyo técnico y económico al asociacionismo gitano - Talleres de formación para prevención del consumo de drogas dirigidos a centros de la mujer y centros de la tercera edad
	Información	- Incorporación de objetivos de prevención de drogas en los programas de actuación de los centros de servicios sociales
	Asociacionismo	- Integración en el proyecto de educación de adultos de objetivos de prevención del consumo de drogas
	Formación	- Acciones de prevención del consumo de drogas en el marco de bibliotecas municipales
	Bibliotecas	- Acciones formativas y de ocio en el programa de centros culturales - Acciones de la incorporación de contenidos sobre la prevención de drogas en centros culturales”.
Actuaciones con otros colectivos	No se especifica	

Tabla 25: Corporación Pública 2 (CP2) y metacategoría V

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Población general, (con especial incidencia en población femenina).	Programas de prevención psicofármacos	PMCP2: - “Programa de prevención del consumo de psicofármacos en población general, con especial incidencia en el colectivo de población femenina”.
Padres y Madres	Programas de prevención escolar (1ª y 2ª).	PMCP2: - “Programa: prevención escolar del consumo de droga en educación infantil y primaria - Programa: prevención escolar del consumo de drogas en educación secundaria - Programa de Formación para padres en prevención de drogodependencias”
	Programas de formación	
Profesores	Programas de prevención escolar (1ª y 2ª).	PMCP2: - “Programa: prevención escolar del consumo de droga en educación infantil y primaria - Programa: prevención escolar del consumo de drogas en educación secundaria”.
Alumnos	Programa de prevención escolar	PMCP2: - “Programa: prevención escolar del consumo de droga en educación infantil y primaria - Programa: prevención escolar del consumo de drogas en educación secundaria”
Empresarios	No se especifica	
Trabajadores	Programa de prevención	PMCP2: - “Programa de prevención de drogodependencias en el ámbito laboral”.
Niños (Niños y adolescentes con carencias y necesidades sociales especiales)	Programa de Ocio saludable	PMCP2: - “Programa de alternativas de ocio y tiempo libre saludables para población infantil y adolescente con especiales carencias y necesidades sociales”.
Jóvenes (entre 14 y 30 años)	Programa de Ocio saludable	PMCP2 - “Programa de alternativas de ocio y tiempo libre saludable en adolescentes - Programa de prevención del consumo de drogas en educación reglada no obligatoria”.
	Programa de prevención	
Adultos	No se especifica	
Otros colectivos	Programa de formación	PMCP2 - “Programa de formación en prevención de drogodependencias a mediadores sociales
	Apoyo a ONGs	

	Reducción de la oferta	- Programa de apoyo a ONGs de ámbito local que desarrollen programas de prevención de drogodependencias - Desarrollo de medidas de reducción de la oferta de drogas”.
--	------------------------	--

Tabla 26: Corporación Pública 3 (CP3) y metacategoría V

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Población general	Nada	
Padres y Madres	Formación	PMCP3: “Escuelas de padres”.
Profesores	Programas de prevención escolar de Eps.	PMCP3: “Programas escolares de Educación para la salud”
Alumnos (1ª y 2ª)	Educación para la salud	PMCP3: “Programa Escolar de Prevención de las drogodependencias Programa en la Huerta con mis amigos Programa de cine y Educación en valores Los valores en la Literatura Tutorías Compartidas”
	Educación en valores	
	Tutorías compartidas	
Empresarios	No se especifica	
Trabajadores	No se especifica	
Niños (6-16 años)	Programas de ocio	PMCP3: “Programa de Actividades de ocio y tiempo libre para menores: - Taller de salud, ocio y tiempo libre - Taller de teatro - Taller de aventura - Escuela de verano - Ludoteca”.
	Escuelas de verano	
	Ludoteca	
Jóvenes (entre 14 y 30 años)	Taller de prevención	PMCP3: “Taller de prevención de alcohol y tabaco en ambientes prelaborales”
Adultos	Taller de prevención	PMCP3: “Taller de prevención de alcohol y tabaco en ambientes prelaborales”
Otros colectivos	No se especifica	

Tabla 27: Corporación Pública 4(CP4) y metacategoría V

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Población general	Campañas de información y difusión del Plan	PMCP4: - “Campaña de difusión del Plan Municipal - Campañas de información y sensibilización (Mesa consultiva)”.
Padres y madres	Actividades Formativas	PMCP4: - “Actividades formativas: charlas o cursos - Difusión de materiales informativos: guías para padres, folletos, etc. - Coordinación y asesoramiento para el desarrollo de actividades de prevención realizadas por las AMPAs o la Federación”.
	Difusión de materiales	
	Coordinación y asesoramiento actividades preventivas	
Profesorado	Materiales	PMCP4: - “Oferta de materiales didáctico de Educación para la salud y de prevención - Oferta formativa en colaboración con el Centro de Profesores y recursos”.
	Formación	
Alumnos (de 5 a 18 años)	Programas escolares de Educación para la salud Educación en valores	PMCP4: “ÁREA ESCOLAR: - Programa de “En la huerta con mis amigos” (5 a 9 años) - Programa de Educación en Valores en el Cine (Primaria y ESO) - Programa “Los valores en la literatura (ESO) - Talleres de prevención de alcohol y tabaco en adolescentes (3° de ESO) - Talleres de Prevención de drogas en grupos de alto riesgo (Garantía social) - Talleres de prevención para mediadores juveniles (1° y 2° de Bachiller) - Actividades extraescolares de salud y ocio - Programa de Apoyo escolar a grupos de riesgo”.
	Talles de prevención	
	Actividades de ocio saludable	
	Apoyo escolar	
Empresarios	Formación	PMCP4: - “Formación en prevención de drogodependencias a representantes sindicales y comités de empresa. - Difusión de materiales de prevención en las empresas
	Difusión de material	
Trabajadores	Actividades de coordinación sindicatos	- Actividades de coordinación con las organizaciones sindicales”.
Niños (6-16 años)	Intervención socio-educativa	PMCP4: - “Realización de Proyectos de intervención socio-educativa para menores

	Ocio y tiempo libre	en barrios de acción preferente (Servicios sociales) - Actividades de ocio y tiempo libre para menores en barrios (Servicios Sociales y Asociaciones)".
Jóvenes (entre 14 y 30 años)	Ocio alternativo	PMCP4: - "Programa de alternancias al ocio en fin de semana: ESPACIO JOVEN "LA OTRA CARA DE LA LUNA".
Adultos	No se especifica	
Otros colectivos	Apoyo a asociaciones	PMCP4: - "Cooperación y apoyo a asociaciones y entidades que desarrollen programas de prevención (Servicios Sociales) - Coordinación con los medios de comunicación locales y regionales para la difusión de distintos programas y actividades de prevención (Mesa Consultiva, Comisión Política). - Coordinación con los recursos sanitarios de la zona para realización de actividades de educación para la salud y de prevención. - Intervención de la política local en el control de la venta de alcohol a menores".
	Coordinación con los medios de comunicación	
	Coordinación de recursos sanitarios	
	Control de venta del alcohol a menores	

Tabla 28: Corporación Pública 5(CP5) y metacategoría V

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Población general	Campanas informativas	<p>PMCP5:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Hacer llegar la información específica a los elementos sociales que pueden incidir en el fenómeno de las adicciones, en especial a establecimientos públicos, familias con adolescentes o jóvenes, y personajes públicos. - Optimizar e incrementar las medidas informativas, inspectoras y en su caso sancionadoras respecto a la oferta de tóxicos y juegos de azar. - Hacer llegar la información específica a los elementos sociales que pueden incidir en el fenómeno de las adicciones, en especial a establecimientos públicos, familias con adolescentes o jóvenes, y personajes públicos
Padres y Madres	Formación	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar una oferta formativa y de capacitación en la materia a los adultos que ostentan responsabilidades directas sobre los adolescentes, y en especial familiares y personal docente”
Profesores	Implicación en los programas de prevención escolar	<p>PMCP5:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Implicación de los Centros Docentes de primaria en la aplicación unificada del programa de maduración psicoafectiva en el medio escolar ampliamente experimentado en otros medios: “En la Huerta con mis amigos”, que facilite la transversal de Educación para la Salud en nuestro municipio, con especial incidencia en la prevención de adicciones.
	Formación	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzamiento del programa específico de prevención en enseñanza secundaria, garantizándolo anualmente al menos a todos los terceros cursos, con contenidos mínimos de habilidades personales necesarias para afrontar la oferta de tóxicos. - Proporcionar una oferta formativa y de capacitación en la materia a los adultos que ostentan responsabilidades directas sobre los adolescentes, y en especial familiares y personal docente”.
Alumnos (1ª y 2ª)	Programas de prevención escolar	<p>PMCP5:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Implicación de los Centros Docentes de primaria en la aplicación unificada del programa de maduración psicoafectiva en el medio escolar ampliamente experimentado en otros medios: “En la Huerta con mis amigos”, que facilite la transversal de Educación para la Salud en nuestro municipio, con especial incidencia en la prevención de adicciones.
	Taller de desarrollo Personal	<ul style="list-style-type: none"> - Afianzamiento del programa específico de

	Mediadores juveniles	<p>prevención en enseñanza secundaria, garantizándolo anualmente al menos a todos los terceros cursos, con contenidos mínimos de habilidades personales necesarias para afrontar la oferta de tóxicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Generar en Secundaria un taller de desarrollo personal estable a lo largo del curso, de asistencia voluntaria - Captar y formar a jóvenes interesados, para que ellos mismos sean elementos transmisores de hábitos saludables y alternativas al consumo tóxicos”.
Empresarios	No se especifica	
Trabajadores	No se especifica	
Niños (6-16 años)	Ocio y tiempo libre	<p>PMCP5:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Mantenimiento del Proyecto de Ocio y tiempo Libre para menores en desventaja social, mediante al colaboración de Educadores voluntarios que proporcionen modelos referenciales saludables, y alternativas ocupacionales enriquecedoras”.
Jóvenes	Alternativas de ocio	<p>PMCP5:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Promoción de actividades alternativas de ocio en fines de semana para adolescentes y jóvenes, tanto desde los diversos servicios municipales con competencia para ello, como coordinando y facilitando las iniciativas de otras entidades”.
Adultos	Formación	<p>PMCP5:</p> <p>“Proporcionar una oferta formativa y de capacitación en la materia a los adultos que ostentan responsabilidades directas sobre los adolescentes, y en especial familiares y personal docente”.</p>
Otros colectivos	No se especifica	

Tabla 29: Corporación Pública 6(CP6) y metacategoría V

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Población general	Difusión del Plan	<p>PMCP6:</p> <p>“Difusión del documento del Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias (PMAD) para el periodo 2003-2006.</p> <p>Realización de una nueva Investigación Sociológica sobre opiniones, actitudes y consumo de drogas entre la población del municipio.</p> <p>Realización de actuaciones de carácter deportivo que promuevan la adopción de estilos de vida saludables y la prevención de drogodependencias entre la población.</p> <p>Realización anual de actuaciones específicas de Promoción de salud y Prevención del abuso de alcohol durante épocas vacacionales (Verano y Navidad) y las fiestas locales del municipio.</p> <p>Realización de las cuartas Jornadas Municipales de Acción sobre las Drogodependencias.</p> <p>Cumplimiento de la Ley Regional sobre Drogas y las Ordenanzas de Cartagena en lo referente a las limitaciones de la venta, promoción y consumo de alcohol y tabaco.</p> <p>Intervención de la policía local en el control de la venta de alcohol y tabaco a menores.</p> <p>Colaboración en el control del tráfico de drogas ilegales a través de la Junta Local de Seguridad”.</p>
	Investigación	
	Sociológica Actividades deportivas	
	Actividades de Promoción de Salud	
	Jornadas Municipales	
	Cumplimiento de la Ley Regional sobre Drogas y las Ordenanzas	
	Colaboración en el control del tráfico de drogas ilegales	
Padres y Madres	Actividades formativas	<p>PMCP6:</p> <p>“Oferta de actividades formativas a través de las Escuelas de Padres: Charlas-coloquio sobre salud y prevención, ciclos formativos sobre educación familiar, y talleres de Prevención.</p> <p>Difusión de materiales informativos sobre Educación para la Salud y Prevención de drogodependencias para madres y padres.</p> <p>Realización anual de una Jornada de trabajo de AMPAS para profundizar en aspectos concretos de la Educación para la Salud y prevención de drogodependencias desde la familia y la escuela.</p> <p>Apoyo para la realización de actividades extraescolares complementarias en los centros</p>
	Difusión de los materiales informativos	

	Jornadas de trabajo	educativos que refuercen la adopción de estilos de vida saludables y la Educación para el tiempo libre. Actividades en el marco de las campañas generales que se celebren en el municipio. Actividades extraescolares normales de los Centros, como fiestas de fin de curso, pro-viaje de estudios, etc., procurando que sean experiencias saludables.
	Actividades extraescolares	Talleres de salud para alumnos/as a través de las AMPA's en horario extraescolar en los centros educativos de Primaria.
	Talleres de salud	- Conexión de los centros con los programas y actividades de prevención comunitaria que se realicen en su entorno".
Profesores	Apoyo a proyectos de EpS	PMCP6: "Apoyo para el desarrollo de Proyectos de Educación para la Salud en Centros Educativos de Infantil, Primaria y Secundaria.
	Formación de Eps	Formación del profesorado en Educación para la Salud y Prevención de Drogodependencias en horario escolar y en el propio centro.
	Oferta de Materiales	Oferta de materiales didácticos y apoyo técnico sobre Educación para la Salud y Prevención de drogodependencias para la realización de actividades en Educación Infantil, los distintos ciclos de Educación Primaria y Secundaria Obligatoria.
	Sesiones compartidas de tutoría	Realización de sesiones compartidas de tutoría sobre prevención del abuso de alcohol con alumnos/as del primer ciclo de la ESO en colaboración con el departamento de Orientación de cada Centro.
	Apoyo a la promoción de bebidas saludables	Apoyo para la promoción de bebidas saludables sin alcohol en el marco de semanas culturales, de salud o fiestas escolares de Centros de Educación Secundaria".
Alumnos (1ª y 2ª)	No se especifica	
V.5. Empresarios	Formación	PMCP6: "Apoyo a actividades de formación y sensibilización sobre salud laboral y drogodependencias en empresas y organizaciones sindicales. Formación en prevención de drogodependencias de representantes sindicales y miembros de comités de Salud Laboral y prevención de riesgos laborales. Divulgación de materiales informativos sobre prevención y atención del tabaquismo en los centros de trabajo

	Divulgación de materiales	Desarrollo de actuaciones de prevención y control del tabaquismo en centros de trabajo. Desarrollo de actuaciones de prevención y control del tabaquismo en centros de trabajo de la administración local”.
	Prevención y control de tabaquismo	
Trabajadores	No se especifica	
Niños (6-16 años)	No se especifica	
Jóvenes	No se especifica	
Adultos	Cursos de prevención	PMCP6: “Realización de cursos de formación sobre prevención de drogodependencias a mediadores sociales representantes de los diferentes colectivos sociales y entidades del barrio o población donde se inicie una intervención. Realización de Proyectos de Prevención Comunitaria de Drogodependencias ajustados a la realidad y necesidades de cada barrio, y que integren aspectos de prevención específica e inespecífica como: Incorporación de acciones específicas de prevención de drogodependencias, en barrios con programas comunitarios más amplios. Organización de jornadas de trabajo en las que participen cada una de las zonas de actuación comunitaria como medio de mejorar las intervenciones en cada uno de ellas”.
	Proyectos de prevención comunitaria	
	Jornadas de trabajo	
Otros colectivos	Información y sensibilización	PMCP6: “Fuerzas Armadas Colaboración para la realización de actividades de información y sensibilización sobre drogodependencias entre el personal militar del municipio. Colaboración en actuaciones de Formación a mandos militares y mediadores para la Prevención del consumo de drogas. Divulgación de materiales informativos sobre prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Centros Militares. Apoyo a actividades relacionadas con educación para la salud y alternativas saludables para la ocupación del tiempo libre. Apoyo en acciones sobre promoción de la salud laboral”.
	Formación	
	Divulgación de materiales	
	Alternativas saludables ocio y tiempo libre	

METACATEGORÍA

VI. RECURSOS

Tabla 30: Corporación Pública 1 (CP1) y metacategoría VI

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Recursos Financieros	Financiación de Ayuntamiento para realización de programas nuevos y ya existentes.	<p>PMCP1: “Lo que se designen a los distintos programas que decidan ponerse en marcha a partir de las propuestas contempladas en este Plan Municipal y que serán de financiación municipal o mixta, en virtud de los convenios de colaboración con otras entidades y/o instituciones que puedan establecerse.</p> <p>A partir de este enfoque, los recursos financieros se estructurarán en cuatro epígrafes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Financiación de programas que en la actualidad se desarrollan en las distintas Concejalías y que figuran en este plan: irá a cargo de las partidas municipales que en la actualidad los dotan. 2. Financiación para nuevos proyectos; a cargo de partidas municipales. 3. Financiación para la puesta en marcha de nuevos proyectos; provendría del convenio establecido entre la Consejería de Bienestar Social y Sanidad y el Ayuntamiento de Murcia. 4. Financiación que pueda solicitarse a la Unión Europea, para proyectos concretos, fundamentalmente en el campo de la inserción-reinserción, como son las iniciativas comunitarias de empleo (Now, Youth Start, Horizon).
	Convenio entre la Consejería de Sanidad y el Ayuntamiento.	
	Financiación Unión Europea a proyectos específicos.	
Recursos Institucionales (Materiales)	Infraestructura de áreas municipales	<p>PMCP1: “Las infraestructuras con que cuentan las distintas áreas municipales. Creación de un fondo documental que recoja todo el material que exista o pueda existir en las distintas áreas municipales, así como el elaborado por otras entidades”.</p>
	Fondo documental	

Tabla 31: Corporación Pública 2 (CP2) y metacategoría VI

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Recursos Financieros	Financiación de Ayuntamiento para realización de programas nuevos y ya existentes.	PMCP2: “Para el buen funcionamiento del Plan, por parte del Consejo Municipal de Servicios Sociales, se asignará anualmente una partida presupuestaria económica específica. Dicha asignación permitirá pensar a medio plazo y diseñar programas que se mantengan a lo largo del tiempo.
	Convenio entre la Consejería de Sanidad (Servicio Murciano de Salud y la Dirección General de Salud pública) y el Ayuntamiento. Convenio entre la Consejería de Sanidad (Servicio Murciano de Salud y la Dirección General de Salud pública) y el Ayuntamiento.	En la actualidad, existen también aportaciones de recursos para la financiación del Plan Municipal por parte de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de los convenios que anualmente se suscriben para este fin. Con el Servicio Murciano de Salud para el desarrollo de actuaciones de asistencia e inserción de las drogodependencias, y con la Dirección General de Salud Pública, para las actuaciones de prevención”.
Recursos Institucionales (Materiales)	Infraestructura de áreas municipales	PMCP2: “La instancia administrativa a la que queda adscrito el Plan Municipal sobre Drogodependencias es el Consejo Municipal de Servicios Sociales. Al tratarse de un Plan de coordinación, donde los diferentes estamentos y organizaciones presentan proyectos de actuación en los distintos campos, es por lo que la plasmación de los recursos necesarios, estará incluida en la redacción de cada uno de los proyectos”.

Tabla 32: Corporación Pública 3 (CP3) y metacategoría VI

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Recursos Financieros	No se especifican	
Recursos Institucionales (Materiales)	No se especifican	

Tabla 33: Corporación Pública 4 (CP4) y metacategoría VI

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Recursos Financieros	Financiación de Ayuntamiento para realización de programas nuevos y ya existentes.	PMCP4: • “RECURSOS FINANCIEROS. • Ayuntamiento de Jumilla (Presupuesto anual del Plan y aportaciones de otras áreas municipales). • Consejería de Sanidad y Consumo (Convenios). • Otras Administraciones Públicas (Posibles subvenciones). • Entidades Privadas y Empresas (Posibles colaboraciones)”.
	Consejería de Sanidad y Consumo	
	Otras administraciones públicas	
	Entidades privadas y empresas	
Recursos Institucionales (Materiales)	Infraestructura de áreas municipales	PMCP4: “-RECURSOS INSTITUCIONALES Y SOCIALES. A. Ayuntamiento: a) Concejalía de Servicios Sociales, Sanidad, b) Concejalía de Educación, Cultura, Mujer y Festejos: c) Concejalía de Juventud y Deportes: d) Alcaldía: e) Concejalía de Empleo, Participación Ciudadana y Turismo B. Administraciones y Otros: a) Consejería de Sanidad y Consumo: b) 8 Centros Educativos de Primaria. c) 2 Institutos de Enseñanza Secundaria. d) Equipo de Orientación Educativa y Pedagógica (EOEP). e) Centro Integrado de Formación y Experiencias Agrarias (CIFEA). f) Centro de Profesores y Recursos (CPR). g) Guardia Civil. h) Centro de Día de Personas Mayores. i) Medios de Comunicación Locales C. Asociaciones y Colectivos”
	Infraestructura de Administraciones y otros colectivos	

Tabla 34: Corporación Pública 5 (CP5) y metacategoría VI

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Medios para difundir el Plan	No se especifican	
Recursos Financieros	No se especifican	
Recursos Institucionales (Materiales)	No se especifican	

Tabla 35: Corporación Pública 6(CP6) y metacategoría VI

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Recursos Financieros	Aportación del Ayuntamiento	PMCP6: “El Pleno de la Comisión Municipal de Drogodependencias (CMD) dictaminará cada año el presupuesto del Plan en función de la programación anual propuesta por la Oficina Técnica del PMAD y los Grupos de Trabajo, y aprobada por el propio Pleno del Ayuntamiento. La financiación del presupuesto anual será mixta, procediendo por un lado de las aportaciones de los distintos servicios del Ayuntamiento, de subvenciones y convenios con la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, y de otras subvenciones o ayudas económicas para la prevención y atención de drogodependencias de otras administraciones públicas y entidades privadas a las que se pueda acceder como entidad local”.
	Subvenciones y convenios Comunidad Autónoma	
	Ayudas económicas por entidades privadas	
	Ayudas económicas por otras Administraciones públicas	
Recursos Institucionales (Materiales)	Infraestructura del área Municipal	<p>PMCP6: “El carácter global del programa hace necesario que participen en él los profesionales de las diversas delegaciones municipales coordinadas desde el Área de Bienestar:</p> <p>Concejalía e Instituto Municipal de Servicios Sociales</p> <p>Concejalía e Instituto Municipal de Educación: programas de Educación para la salud y Escuela de Padres en centros educativos.</p> <p>Concejalía de Cultura y Universidad Popular: talleres y actividades</p> <p>DE OTRAS ADMINISTRACIONES (Centros de salud, Servicios de Educación para la Salud y Prevención de drogodependencias de la Comunidad Autónoma, Centros educativos, etc.)</p> <p>ORGANIZACIONES SOCIALES (asociaciones, sindicatos, consejo de juventud, etc.)”.</p>
	Otras Administraciones	
	Organizaciones sociales	

METACATEGORÍA

VII. EVALUACIÓN

Tabla 36: Corporación pública 1 (CP1) y metacategoría VII

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Instrumentos	Cuantitativo	PMCP1: “La fase final de la evaluación de resultados es el análisis de los datos y su interpretación . Esto dependerá del tipo de evaluación propuesto y del tipo de análisis estadístico”.
	Cualitativo	
Durante qué periodo	No se especifica	
Tipo de evaluación	Evaluación del proyecto	PMCP1: “ La evaluación del proyecto recoge lo que es la programación y hace referencia a todos los datos de entrada al mismo: definición del problema, de la población diana, las metas, los objetivos, actividades, estrategias, recursos, etc., así como los aspectos organizativos y funcionales del programa. La evaluación del proceso permitirá medir la calidad de desarrollo del programa; saber, en definitiva, lo que está ocurriendo mientras se ejecuta, mediante una serie de La evaluación de resultados describe los efectos inmediatos del programa, qué se ha conseguido y cuáles son los cambios ocurridos”.
	Evaluación del proceso	
	Evaluación de resultados	
Agente de evaluación		

Tabla 37: Corporación pública 2 (CP2) y metacategoría VII

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Instrumentos	Instrumentos Cualitativos	<p>PMCP2: “Con los resultados obtenidos de los diferentes proyectos, y la valoración de los objetivos propuestos para cada año se elaborará un informe anual que se presentará ante el Consejo Asesor para su discusión y aprobación. Los resultados reflejados en este informe, al contrastar los logros obtenidos y los objetivos perseguidos, permitirán la toma de decisiones y la adopción de medidas de ajuste y corrección.</p> <p>Los informes han de recoger tanto medidas cuantitativas como cualitativas, y aprovecharán tanto las investigaciones propias como los resultados obtenidos de investigaciones realizadas a nivel general”</p>
	Cuantitativos	
Durante qué periodo	Informe anual	<p>PMCP2: “Informe anual</p> <p>En el último semestre de vigencia del Plan se elaborará un informe final de su desarrollo con el fin de proceder a su revisión y reformulación. Este informe incluirá en su análisis los cambios de situación que se hayan ido sucediendo”.</p>
	Informe final	
Tipo de evaluación	Evaluación de impacto (final)	PMCP2: “En la medida de lo posible, se establecerá una evaluación del impacto”.
Agente de evaluación		

Tabla 38: Corporación pública 3 (CP3) y metacategoría VII

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Instrumentos	Datos cuantitativos: Cuestionarios	PMCP3: “En relación a las actividades realizadas: •N° posible/N° real de participantes. •N° de profesionales y/o personas implicadas. •Cuestionario de satisfacción del usuario. •Observación de los distintos profesionales y/o personas implicadas. En relación al desarrollo de los distintos programas: •Recogida de datos en los momentos críticos de cada programa. •Reuniones periódicas con los profesionales que suministran datos evaluables, en cuanto a la fiabilidad de los distintos programas. •Análisis de los datos significativos obtenidos de los Cuestionarios de Evaluación diseñados en cada programa y su relación con los cambios provocados”.
	Datos cualitativos: Observación Reuniones	
Durante qué periodo	No se especifica	
Tipo de evaluación	Evaluación inicial o del programa	PMCP3: “En relación a las actividades realizadas En relación al desarrollo de los distintos programas: En relación a los objetivos últimos del Plan de Prevención: • N° y amplitud de los programas desarrollados. • Medida en que ha alcanzado la intervención a la población diana. • Repercusiones comunitarias del Plan como estrategia de prevención”
	Evaluación del proceso o de las actividades	
	Evaluación final	

Tabla 39: Corporación pública 4 (CP4) y metacategoría VII

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Instrumentos	Datos cualitativos: Reuniones Observación Entrevistas Informes de actividades Memorias	PMCP4: “Para ello se utilizarán, entre otras, los siguientes instrumentos y técnicas: • Reuniones de planificación, coordinación y seguimiento. • Observación directa. • Cuestionarios y plantillas de evaluación (monitores, participantes, etc.). • Entrevistas. • Informes de las actividades. • Memorias anuales y memoria final. Indicadores cualitativos y cuantitativos”.
	Datos cuantitativos: Cuestionarios	
Durante qué periodo	Memoria anual	PMCP4: “Memorias anuales y memoria final”.
	Memoria final	
Tipo de evaluación	Continua	PMCP4: “La evaluación será continua para posibilitar la adecuación y flexibilidad del Plan, No obstante podemos distinguir tres momentos clave: • Evaluación del diseño o inicial, que será realizada por un Técnico externo, experto en Drogodependencias que supervisará la elaboración del plan. • Evaluación del proceso, a lo largo del desarrollo del Plan y específicamente de forma anual. • Evaluación final o de resultados, que determinará la consecución de los objetivos, los resultados previstos y no previstos, los cambios y repercusiones producidas, así como las conclusiones y recomendaciones para la planificación de los siguientes planes”.
	Evaluación del diseño o inicial	
	Evaluación del proceso	
	Evaluación final o de resultados	

Tabla 40: Corporación pública 5 (CP5) y metacategoría VII

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Instrumentos	No se especifica	
Durante qué periodo	No se especifica	
Tipo de evaluación	No se especifica	
Agente de evaluación	No se especifica	

Tabla 41: Corporación pública 6 (CP6) y metacategoría VII

Categoría	Subcategoría/s	Reducción de datos de los diferentes PMD
Instrumentos	No se especifica	
Durante qué periodo	No se especifica	
Tipo de evaluación	No se especifica	
Agente de evaluación	No se especifica	

4.2.2.2. Segunda aproximación a la categorización, codificación y asignación de unidades de análisis

A continuación, una vez que hemos trabajado en la ubicación de las unidades de análisis con respecto a la categorización de la información, presentamos un sistema de redes o también llamadas redes sistemáticas, y que consisten en esquemas complejos que sirven para clarificar e interpretar la información textual y que, además, permiten crear las condiciones de entrada necesarias para que esta información pueda posteriormente ser trasladada y tratada a través de tablas de incidencia o presencia-ausencia y de tablas de contingencia. Estas redes se estructuran en células de relaciones jerárquicas que se despliegan en un eje vertical que va de lo jerárquico a lo específico, y en otro horizontal que agrupa los signos léxicos de un mismo nivel (Bliss, Monk y Oglorn, 1983).

La división del trabajo se sigue presentando por metacategorías, en el primer cuadro que presentamos aparecen las diferentes categorías y subcategorías que se describen en cada uno de los planes municipales de drogodependencias de los diferentes municipios. En este primer cuadro se le asigna un código numérico a cada una de las categorías. Posteriormente se especifica la unidad textual a la que hacen referencia las diferentes categorías, y al municipio al que corresponde. Éstas se agrupan de las más genéricas a las más específicas, y el orden numérico por el que se codifica cada una de las categorías va de la unidad que ha aparecido en mayor frecuencia, hasta la unidad que ha aparecido en menor frecuencia. Para reflejar esta jerarquización, se ha calculado el porcentaje en el que aparece reflejada cada una de las subcategorías en los diferentes municipios, reflejando así la frecuencia con la que aparece cada una de las subcategorías.

Posteriormente, la información obtenida en el proceso anterior se ha organizado a través de un cuadro de doble entrada en el que cada una de las categorías siguen agrupadas en metacategorías. Presentando cada una de las subcategorías ordenadas por frecuencia de mayor a menor, en la misma línea aparecen las unidades de texto a las que hacen referencia, a continuación se realiza una breve descripción de los datos analizados en cada una de las metacategorías y finalmente, en un último intento de presentar la información

trabajada se presentan mapas conceptuales con la información simplificada y organizada y en la que se establecen la relación entre las metacategorías desglosadas en las diferentes categorías y divididas en sus subcategorías, distribuidas de mayor a menor frecuencia.

ANÁLISIS DE TEXTOS:
 “PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS”
 CODIFICACIÓN Y FRECUENCIA DE LOS PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS

METACATEGORÍA

I. NECESIDADES QUE CONDUCEN A REALIZAR EL PLAN MUNICIPAL

Cuadro 1: Categorización por CP-metacategoría I

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
I.1. Por qué se realiza	Necesidad de Coordinación	Necesidad de Coordinación	Necesidad Social	Necesidad de Coordinación	Necesidad de Coordinación	Necesidad Administrativa
	Necesidad Administrativa	Necesidad Administrativa	Necesidad de Coordinación	Necesidad de dotación de recursos	Necesidad de dotación de recursos	Necesidad Social
	Necesidad Social	Necesidad Social		Necesidad de dar estabilidad a las acciones preventivas	Necesidad Administrativa	Necesidad de Coordinación

		Necesidad Política		Necesidad Política		Necesidad de estabilidad y continuidad de las acciones preventivas
--	--	--------------------	--	--------------------	--	--

I.1.1. Necesidad de Coordinación (100%), “Esto supone dotar a este Plan Municipal de un contenido donde los recursos y competencias de las distintas áreas empujen en una misma dirección” (PMCP1); “... Para su abordaje se hace necesario potenciar la intervención coordinada de las diferentes instituciones públicas” (PMCP2); “también acerca con mayor facilidad los servicios y recursos a aquellos colectivos a los que se destinan las acciones, en el caso de este Plan” (PMCP3); “... También nace de la necesidad de coordinar, integrar e impulsar todas aquellas acciones que se desarrollan en el municipio” (PMCP4); “Objetivos y actuaciones convergentes, susceptibles de "unificarse" en busca de una mayor rentabilidad de recursos y esfuerzos” (PMCP5); “desarrollar su propia actuación [...] que supone la implicación y coordinación efectiva de los distintos servicios municipales” (PMCP6).

I.1.2. Necesidad Administrativa (66.66%), “dar una respuesta desde las distintas administraciones, donde el Ayuntamiento, por ser la más imbricada en el tejido social, no puede ni debe quedar al margen” (PMCP1); “... se hace necesario la elaboración de un nuevo plan que se adecuó al nuevo marco” (PMCP2); “Existencia de un Plan Regional, y predisposición y acuerdo Municipal” (PMCP5); “pretende ser [...] un Plan del Municipio en el que confluyan los diferentes esfuerzos de las instituciones públicas y de la iniciativa social” (PMCP6).

I.1.3. Necesidad Social (66.66%), “La incidencia que el consumo/abuso de drogas tiene sobre la población joven y su relación con determinados estilos de vida,” (PMCP1); “Se pretende, además que sirva como un instrumento válido para dar respuesta a las nuevas sustancias, hábitos y formas de consumo de drogas” (PMCP2); “la Administración Local tiene un papel fundamental por diversas razones: encontrarse próxima al ciudadano y, en consecuencia, ser conocedora de la realidad municipal” (PMCP3); “pretende ser [...] un Plan del Municipio en el que confluyan los diferentes esfuerzos de las instituciones públicas y de la iniciativa social” (PMCP6).

I.1.4. Necesidad de dotación de recursos (33.33%), “... que permita [...] la previsión y dotación de los instrumentos y medios presupuestarios, humanos y técnicos necesarios” (PMCP4); “Objetivos y actuaciones convergentes, susceptibles de "unificarse" en busca de una mayor rentabilidad de recursos y esfuerzos” (PMCP5).

I.1.5. Necesidad Política (33.33%), “El Ayuntamiento [...] por acuerdo de Pleno [...] dotó a nuestro municipio de un Plan Local sobre Drogas. Este documento ha servido como marco de actuación” (PMCP2); “Todo ello para garantizar la eficacia de la política municipal en materia de drogodependencias” (PMCP4).

I.1.6. Necesidad de dar estabilidad a las acciones preventivas (33.33%), “..., así como dar estabilidad” (PMCP4); “La continuidad y estabilidad de las acciones que se emprenden en el marco del PMAD es condición necesaria para su eficacia” (PMCP6).

Cuadro 2: Codificación de las unidades textuales- metacategoría I

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
I.1. Por qué se realiza	I.1.1. Necesidad de Coordinación (100%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Esto supone dotar a este Plan Municipal de un contenido donde los recursos y competencias de las distintas áreas empujen en una misma dirección” (PMCP1); - “... Para su abordaje se hace necesario potenciar la intervención coordinada de las diferentes instituciones públicas” (PMCP2); - “también acerca con mayor facilidad los servicios y recursos a aquellos colectivos a los que se destinan las acciones, en el caso de este Plan” (PMCP3); - “... También nace de la necesidad de coordinar, integrar e impulsar todas aquellas acciones que se desarrollan en el municipio” (PMCP4); - “Objetivos y actuaciones convergentes, susceptibles de "unificarse" en busca de una mayor rentabilidad de recursos y esfuerzos” (PMCP5); - “desarrollar su propia actuación [...] que supone la implicación y coordinación efectiva de los distintos servicios municipales” (PMCP6).
	I.1.2. Necesidad Administrativa (66,66%),	<ul style="list-style-type: none"> - “dar una respuesta desde las distintas administraciones, donde el Ayuntamiento, por ser la más imbricada en el tejido social, no puede ni debe quedar al margen” (PMCP1); - “... se hace necesario la elaboración de un nuevo plan que se adecué al nuevo marco” (PMCP2); - “Existencia de un Plan Regional, y predisposición y acuerdo Municipal” (PMCP5); - “desarrollar su propia actuación [...] que supone la implicación y coordinación efectiva de los distintos servicios municipales” (PMCP6).

	I.1.3. Necesidad Social (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “La incidencia que el consumo/abuso de drogas tiene sobre la población joven y su relación con determinados estilos de vida,” (PMCP1); - “Se pretende, además que sirva como un instrumento válido para dar respuesta a las nuevas sustancias, hábitos y formas de consumo de drogas” (PMCP2); - “la Administración Local tiene un papel fundamental por diversas razones: encontrarse próxima al ciudadano y, en consecuencia, ser conocedora de la realidad municipal” (PMCP3); - “pretende ser [...] un Plan del Municipio en el que confluyan los diferentes esfuerzos de las instituciones públicas y de la iniciativa social” (PMCP6).
	I.1.4. Necesidad de dotación de recursos (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “... que permita [...] la previsión y dotación de los instrumentos y medios presupuestarios, humanos y técnicos necesarios” (PMCP4); - “Objetivos y actuaciones convergentes, susceptibles de "unificarse" en busca de una mayor rentabilidad de recursos y esfuerzos” (PMCP5).
	I.1.5. Necesidad Política (33,33%),	<ul style="list-style-type: none"> - “El Ayuntamiento [...] por acuerdo de Pleno [...] dotó a nuestro municipio de un Plan Local sobre Drogas. Este documento ha servido como marco de actuación” (PMCP2); - “Todo ello para garantizar la eficacia de la política municipal en materia de drogodependencias” (PMCP4).
	I.1.6. Necesidad de dar estabilidad a las acciones preventivas (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “..., así como dar estabilidad” (PMCP4); - “La continuidad y estabilidad de las acciones que se emprenden en el marco del PMAD es condición necesaria para su eficacia” (PMCP6).

Cuadro 3: Categorización por CP-metacategoría I

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
I.2. Estudios Previos	Estudio del Centro de Investigaciones Socio-sanitarias	Datos del Centro de Salud Mental	Análisis consumo en la población escolarizada	Datos del SITCAM	Datos del SITCAM	Estudio sociológico
	Encuesta escolar sobre drogas	Datos del Sistema de Información en Toxicomanías de la Comunidad Autónoma de Murcia. SITCAM			Los servicios adscritos al Servicio Murciano de salud	
	Estudio sobre características sociológicas de las drogodependencias en la Región de Murcia					
	Diagnóstico de Salud del Municipio					

I.2.1. Datos del SITCAM (50%), “... así como los obtenidos a través del Sistema de Información en Toxicomanías de la Comunidad Autónoma de Murcia. SITCAM” (PMCP2); “Los datos que existen de nuestro municipio sobre la situación del consumo y abuso tanto de drogas [...] en referencia a los datos del SEIT del año 1998. Así tenemos que en el año 1998 según el SITCAM:...” (PMCP4); “Sistema de Información sobre Toxicomanías” (PMCP5).

I.2.2. Datos Investigaciones socio-sanitarias (50%), “Diagnóstico de Salud del Municipio de Murcia (1995) (relación entre el consumo/abuso de drogas y estilos de vida)” (PMCP1); “Los datos disponibles se refieren a los casos admitidos [...]del Centro de Salud Mental” (PMCP2); “... descritos, procedentes de los Servicios adscritos al Servicio Murciano de Salud ...” (PMCP5).

I.2.3. Análisis consumo de drogas población escolarizada (33,33%),”Encuesta escolar sobre drogas (1994) de CUANTEH, para el Plan Nacional sobre Drogas” (PMCP1); “Según el análisis de la situación sobre consumo de drogas de la población escolarizada, en la Región de Murcia” (PMCP3).

I.2.4. Estudio Sociológico (33,33%), “Estudio del C.I.S. (Centro de Investigaciones Sociosanitarias) (1994) sobre "Opiniones y comportamiento de los españoles ante el consumo de drogas, tabaco y alcohol" y Estudio sobre características sociológicas de las drogodependencias en la Región de Murcia, realizado por IMES, por encargo de la Dirección General de Bienestar Social.” (PMCP1); “Durante el primer trimestre de 2003 se realizó un nuevo estudio sobre “Opiniones, actitudes y consumo de drogas en el municipio” (PMCP6).

Cuadro 4: Codificación de las unidades textuales- metacategoría I

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
I.2. Estudios Previos	I.2.1. Datos del SITCAM (50%)	<ul style="list-style-type: none"> - "... así como los obtenidos a través del Sistema de Información en Toxicomanías de la Comunidad Autónoma de Murcia. SITCAM" (PMCP2); - "Los datos que existen de nuestro municipio sobre la situación del consumo y abuso tanto de drogas [...] en referencia a los datos del SEIT del año 1998. Así tenemos que en el año 1998 según el SITCAM:..." (PMCP4); - "Sistema de Información sobre Toxicomanías" (PMCP5).
	I.2.2. Datos Investigaciones socio-sanitarias (50%)	<ul style="list-style-type: none"> - "Diagnóstico de Salud del Municipio de Murcia (1995) (relación entre el consumo/abuso de drogas y estilos de vida)" (PMCP1); - "Los datos disponibles se refieren a los casos admitidos [...]del Centro de Salud Mental" (PMCP2); - "... descritos, procedentes de los Servicios adscritos al Servicio Murciano de Salud ..." (PMCP5).
	I.2.3. Análisis consumo de drogas población escolarizada (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - "Encuesta escolar sobre drogas (1994) de CUANTEH, para el Plan Nacional sobre Drogas" (PMCP1); - "Según el análisis de la situación sobre consumo de drogas de la población escolarizada, en la Región de Murcia" (PMCP3).
	I.2.4. Estudio Sociológico (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - "Estudio del C.I.S. (Centro de Investigaciones Sociosanitarias), realizado por IMES, por encargo de la Dirección General de Bienestar Social." (PMCP1); - "Durante el primer trimestre de 2003 se realizó un nuevo estudio sobre "Opiniones, actitudes y consumo de drogas en el municipio" (PMCP6).

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Necesidades que conducen a realizar el Plan Municipal* se ha desglosado en dos categorías, necesidades por las que se realiza el Plan, identificada en la frase *Por qué se realiza* y en los estudios previos que se realizan para llevar a cabo el plan y conocer la realidad de los municipios en materia de drogodependencias de la que se parte, identificada con el nombre de *Estudios previos*.

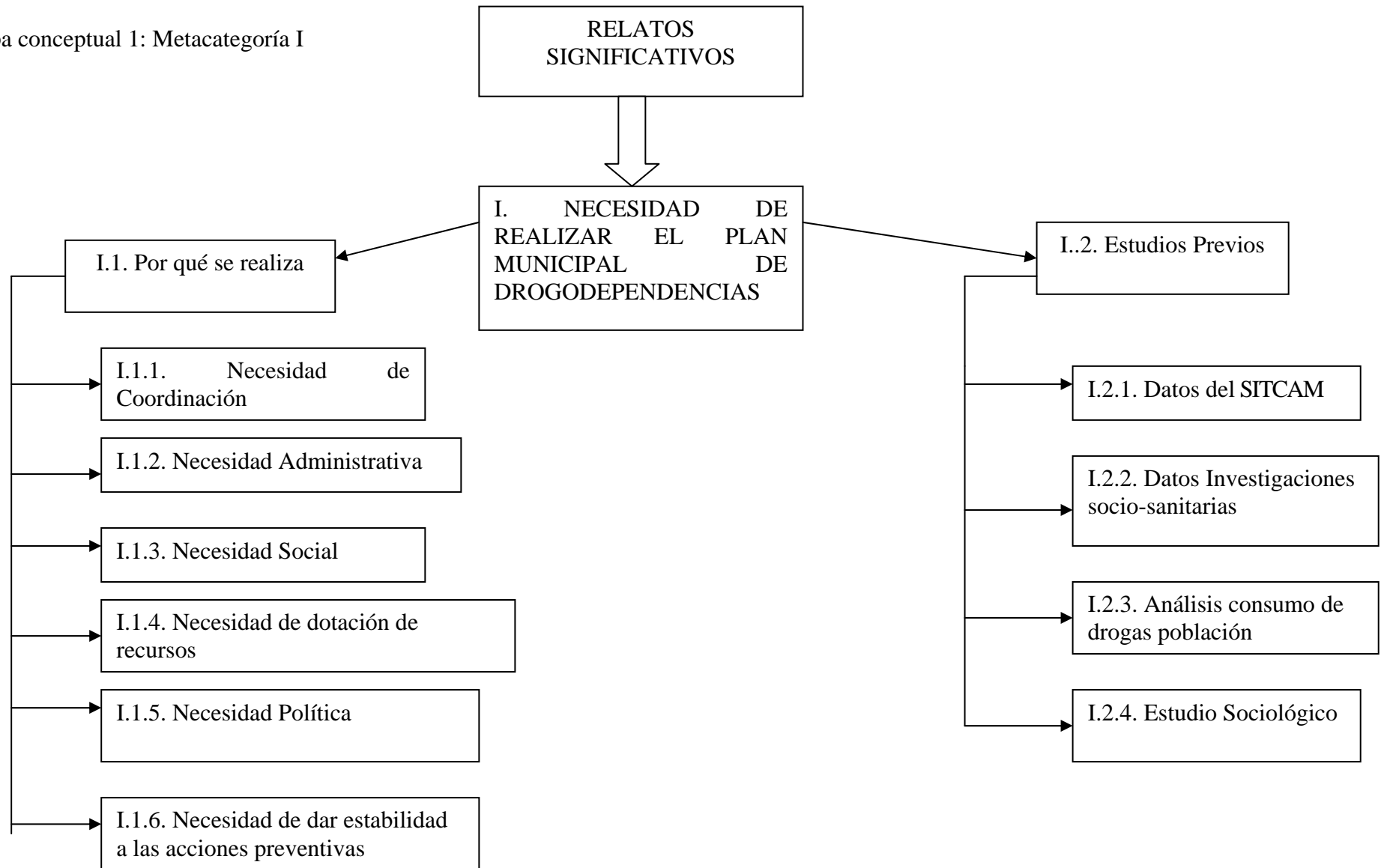
La categoría *Por qué se realiza* la hemos subdividido en seis subcategorías que han sido extraídas de los textos analizados. La subcategoría que se ha repetido en todos los planes municipales ha sido la *Necesidad de coordinación*, se habla de la necesidad de coordinación de recursos, de coordinar competencias, instituciones, tanto municipales como regionales, las acciones que se realicen, e incluso se habla de unificación de los esfuerzos realizados en prevención de drogodependencias para obtener mayor rentabilidad. Esta necesidad es una de las que marcan el nacimiento de las Planes municipales de drogodependencias (Palacios: 2001), no es de extrañar que haya estado presente en todos los Planes analizados. La siguiente subcategoría ha sido la *Necesidad administrativa*, estando presente en cuatro de los seis Planes analizados, este hecho responde a la existencia del Plan Regional que a su vez dependen del Plan Nacional sobre drogodependencias desde los que se apoya la gestión y financiación de los Planes municipales, la creación de éstos surge entre otras necesidades por la vía de la administración nacional y regional, que encaja claramente con la estructura jerárquica que establecen para las acciones emprendidas en prevención de drogodependencias. En tercer lugar aunque con la misma frecuencia que la *Necesidad administrativa*, es decir, en cuatro de los seis planes analizados aparece la *Necesidad social*, definida como la preocupación del consumo de drogas entre la población por parte de los ciudadanos, se hace referencia al consumo/abuso de los jóvenes, así como al cambio de estilos de vida que han influido en la nueva situación, surge también bajo esta subcategoría la necesidad de partir de la realidad municipal, del acercamiento a los ciudadanos para que sean ellos los verdaderos protagonistas en la resolución de los problemas planteados con respecto a las drogodependencias. De acuerdo con nuestro marco teórico esta

subcategoría tiene un lugar especial puesto que ya se vislumbra la intención de trabajar *con* los ciudadanos, supone nuevas formas de entender los fenómenos y la necesidad de crear nuevas estrategias para abordarlos, así como una inevitable implicación de la población afectada. Nos gustaría que se siguiera trabajando en este sentido, para que dentro de unos años la semilla sembrada diese sus frutos y fuese esta *Necesidad social* seleccionada con la mayor frecuencia, es decir, que fuese esta necesidad la que impulsase en primer lugar a la realización de los Planes municipales de drogodependencias, por el momento podremos decir que estamos en el intento. En cuarto lugar hemos recogido la *Necesidad de dotación de recursos*, señalada en dos de los seis planes analizados; esta necesidad responde a la obtención de recursos económicos, técnicos y humanos para poder llevar a cabo acciones en materia de drogodependencias. En quinto lugar se ha identificado la subcategoría *Necesidad política*, en una relación de dos a seis de los planes analizados, esta necesidad responde a que la institución de la que dependen los planes en los municipios son los Ayuntamientos, y éstos están inmersos dentro del sistema político, así los planes municipales se aprueban por acuerdos en Plenos o Comisiones, como también forman parte de la política municipal en materia de drogodependencias. En sexto y último lugar, la subcategoría que hemos recogido ha sido la *Necesidad de dar estabilidad a las acciones preventivas*, esta subcategoría se ha repetido con la misma frecuencia que las dos anteriores, es decir, se ha recogido en dos de los seis planes analizados, y responde a la necesidad de realizar acciones en materia de drogodependencias más allá de las famosas actuaciones puntuales, con la que se pueda dar estabilidad y continuidad a las acciones y poder así alcanzar los objetivos que estos planes se proponen.

La categoría *Estudios Previos* se ha dividido en cinco subcategorías que han sido extraídas de los textos analizados, la subcategoría que más se ha repetido en los planes municipales han sido *los datos del SITCAM* (Sistema de información sobre toxicomanías en la Comunidad Autónoma de Murcia) se ha recogido en tres de los seis planes municipales analizados. Estos datos hacen referencia fundamentalmente a la situación del consumo y abuso de drogas, legales e ilegales, y que depende de los Servicios centrales de Epidemiología. Estos estudios se basan fundamente en un análisis epidemiológico de la “enfermedad”

de las drogodependencias”, el hecho de que sea la subcategoría que mayor frecuencia presenta nos hace pensar que todavía falta experiencia y tiempo para realizar estudios de análisis de la situación multidimensionales, centrándonos todavía en uno de sus aspectos y reduciendo así el conocimiento de las variables que influyen en las drogodependencias. Si observamos la tabla en la que se identifican las subcategorías por localidades, nos daremos cuenta de que esta subcategoría se encuentra en una de las localidades como único estudio previo y en otras se incluyen además datos de los Centros de salud, confirmando nuestra apreciación sobre el tratamiento médico del análisis de la situación en drogodependencias. No es, por tanto, de extrañar que en la misma frecuencia es decir, en tres de los seis planes municipales, haya aparecido la subcategoría número dos titulada *Datos investigaciones socio-sanitarias*, haciendo referencia precisamente a los datos ofrecidos por los servicios de salud de cada una de las localidades, centros de salud, hospitales y centros de salud mental, en relación a los casos de intoxicación por consumo de drogas atendidos. La subcategoría que ocupa el tercer lugar, denominada *Análisis consumo de drogas población escolarizada* y presente en dos de los seis textos analizados, hace referencia a los datos recogidos en la encuesta a la población escolar sobre drogas, en un caso se presenta esta subcategoría como único estudio del que se recogen datos de la realidad sobre drogodependencias, lo que supone una reducción del análisis de la realidad, reduciendo la población encuestada en la que se basa el análisis de la población escolarizada. En cuarto y último lugar hemos recogido la subcategoría *Estudio sociológico*, esta subcategoría tiene la misma frecuencia que la anterior, aunque nos ofrece una visión del fenómeno de las drogodependencias más cercana a la población y más rica que las anteriores pues contemplan sus actitudes, sus creencias y la percepción del consumo en la población. Indicar aquí que este tipo de estudios está relacionado con la subcategoría *Necesidad social* ya que supone analizar la situación desde el punto de vista de los propios implicados.

Mapa conceptual 1: Metacategoría I



METACATEGORÍAS

II. OBJETIVO DEL PLAN MUNICIPAL

Cuadro 5: Categorización por CP-metacategoría II

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
II.1. ¿Qué objetivos?	Preventivos	El Plan Local sobre Drogodependencias del Municipio de Lorca, hace suyos los objetivos generales establecidos en la Ley Regional sobre Drogas: (Preventivos)	Preventivos	Prevención	Prevención	Prevención
	Asistenciales			Asistencial	Asistencia	Asistencial
	Coordinación			Integración Social	Desintoxicación y deshabituación:	Integración Social
	Integración Social				Reinserción social	

II.1.1. Preventivos (100%), “Reducir el consumo de drogas y los riesgos asociados al mismo” (PMCP1); “El Plan Local sobre Drogodependencias del Municipio [...] hace suyos los objetivos generales establecidos en la Ley Regional sobre Drogas...” (PMCP2); “ Prevenir el consumo de alcohol y tabaco en niños y jóvenes, [...]” (PMCP3); “ÁMBITO DE PREVENCIÓN: 1. Favorecer la educación y promoción de la salud, educando en valores, en capacidad crítica, [...]” (PMCP4); “Objetivos del prevención: 1. Retardar la edad de inicio y experimentación con sustancias o actividades adictivas [...]” (PMCP5); “Potenciar un cambio en la actitud social frente a las drogas hacia estilos de vida más saludables” (PMCP6).

II.1.2. Asistenciales (60%), “Facilitar la asistencia integral de los afectados” (PMCP1); “ÁMBITO ASISTENCIAL: 1. Facilitar la atención de la población con problemas de abusos o dependencias [...]” (PMCP4); “Objetivos asistenciales y de reducción de riesgos: 1. Optimizar la oferta asistencial especializada actual [...]” (PMCP5); “Garantizar la atención a todas la personas residentes en el municipio con problemas de abuso o dependencias de drogas legales o ilegales” (PMCP6).

II.1.3. Integración social (60%), “Promover la integración social de los drogodependientes” (PMCP1); “ÁMBITO DE INTEGRACIÓN SOCIAL: 1. Promover la integración social de los drogodependientes mediante medidas de sensibilización, educativas [...]” (PMCP4); “Objetivos de reinserción social: Disponer de una oferta estable laboral y/o prelaboral como forma más efectiva de lograr la aceptación y reinserción social”y “Objetivos de desintoxicación y deshabituación: 1. Potenciar los procesos de desintoxicación ambulatoria, como paso previo a procesos de reinserción [...]” (PMCP5); “Facilitar y potenciar la Inserción social de drogodependientes en proceso de rehabilitación, facilitándoles las alternativas necesarias a nivel educativo, de empleo, convivencia y tiempo libre” (PMCP6).

II.1.4. Coordinación (20%), “Potenciar la coordinación entre las distintas administraciones y entidades...” (PMCP1).

Cuadro 6: Codificación de las unidades textuales- metacategoría II

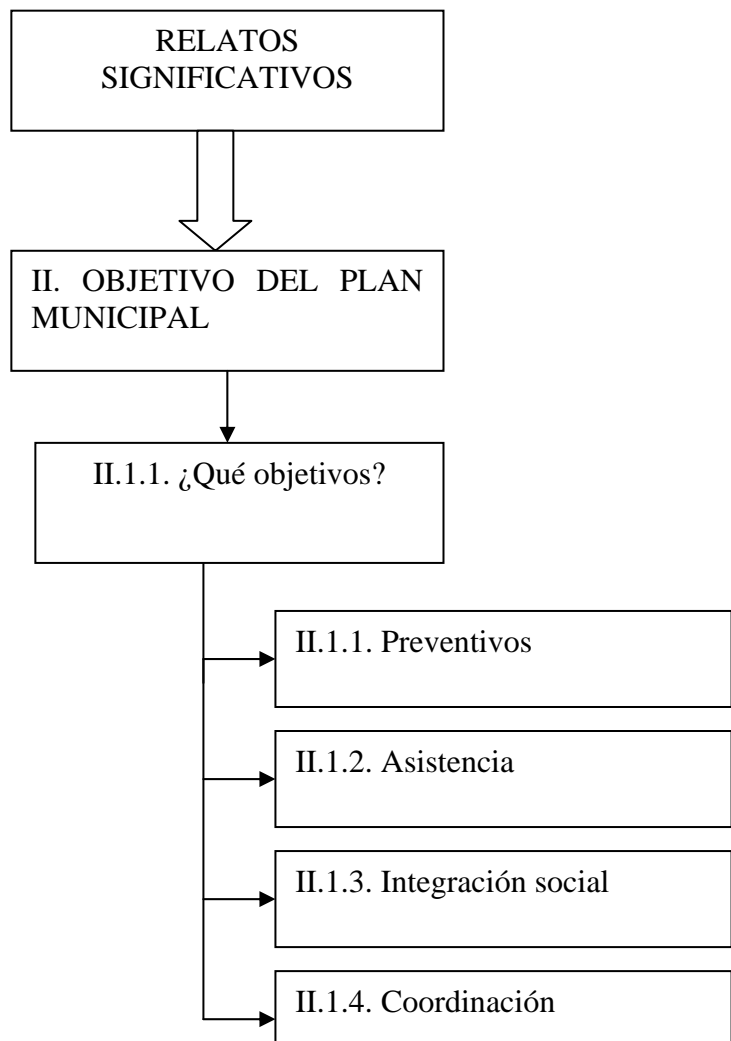
Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
II.1. ¿Qué objetivos?	II.1.1. Preventivos (100%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Reducir el consumo de drogas y los riesgos asociados al mismo” (PMCP1); - “El Plan Local sobre Drogodependencias del Municipio [...] hace suyos los objetivos generales establecidos en la Ley Regional sobre Drogas...” (PMCP2); - “Prevenir el consumo de alcohol y tabaco en niños y jóvenes, [...]” (PMCP3); - “ÁMBITO DE PREVENCIÓN: 1. Favorecer la educación y promoción de la salud, educando en valores, en capacidad crítica, [...]” (PMCP4); - “Objetivos del prevención: 1. Retardar la edad de inicio y experimentación con sustancias o actividades adictivas [...]” (PMCP5); - “Potenciar un cambio en la actitud social frente a las drogas hacia estilos de vida más saludables” (PMCP6).
	II.1.2. Asistenciales (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Facilitar la asistencia integral de los afectados” (PMCP1); - “ÁMBITO ASISTENCIAL: 1. Facilitar la atención de la población con problemas de abusos o dependencias [...]” (PMCP4); - “Objetivos asistenciales y de reducción de riesgos: 1. Optimizar la oferta asistencial especializada actual [...] y “Objetivos de desintoxicación y deshabituación: 1. Potenciar los procesos de desintoxicación ambulatoria, como paso previo a procesos de reinserción [...]” (PMCP5); - “Garantizar la atención a todas la personas residentes en el municipio con problemas de abuso o dependencias de drogas legales o ilegales” (PMCP6).
	II.1.3. Integración social (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Promover la integración social de los drogodependientes” (PMCP1); - “ÁMBITO DE INTEGRACIÓN SOCIAL: 1. Promover la integración social de los drogodependientes mediante medidas de sensibilización, educativas [...]” (PMCP4); - “Objetivos de reinserción social: Disponer de una oferta estable laboral y/o prelaboral como forma más efectiva de lograr la aceptación y reinserción social” (PMCP5). - Facilitar y potenciar la Inserción social de drogodependientes en proceso de rehabilitación, facilitándoles las alternativas necesarias a nivel educativo, de empleo, convivencia y tiempo libre” (PMCP6).
	II.1.4. Coordinación (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Potenciar la coordinación entre las distintas administraciones y entidades...” (PMCP1).

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Objetivo del plan municipal*, se ha subdividido en una categoría bajo el título *¿Qué objetivos?*, esta categoría se ha dividido, a su vez, en cinco subcategorías que han sido extraídas de los textos analizados. La subcategoría que se ha repetido en todos los planes municipales y con mayor frecuencia, responde a objetivos *Preventivos*, dentro de esta subcategoría se definen objetivos encaminados a la reducción del consumo de drogas y a los riesgos asociados al mismo, así como a retardar la edad de inicio; estos objetivos han sido considerados por las políticas del PND (2000), como preventivos, es por esta razón por la que los incluimos en este apartado. Uno de los planes municipales ha asumido como suyos los objetivos plasmados en la Ley Regional sobre Drogas, en esta Ley se hace referencia a objetivos preventivos como los que hemos definido. Es conveniente destacar que también se definen como objetivos preventivos tanto favorecer la educación y la promoción de la salud, así como la capacidad crítica, potenciar un cambio de actitud frente a las drogas favoreciendo estilos de vida saludables, objetivos definidos en nuestro marco teórico como imprescindibles y necesarios para abordar los problemas en drogodependencias. La siguiente subcategoría responde a objetivos *Asistenciales*, definidos dentro del marco de la asistencia integral a las personas afectadas por el consumo abusivo o dependencias de las drogas; esta subcategoría aparece en cuatro de los seis planes analizados, dentro de esta subcategoría hemos incluido objetivos de desintoxicación y deshabituación, tratados en el texto analizado como independientes a los objetivos asistenciales, pero enmarcados entre éstos y los de la inserción social de drogodependientes, por el carácter asistencial de las acciones enmarcadas en estos objetivos hemos visto conveniente incluirlos dentro de este apartado. En tercer lugar y con la misma frecuencia que la anterior aparece la subcategoría *Integración social*, que abarca objetivos tales como la integración social y laboral de drogodependientes, a través de medidas educativas y de sensibilización. Estas tres subcategorías definen básicamente los frentes a los que se dirigen principalmente los planes municipales, aunque queda claro que se le da mayor peso a la prevención, siendo la protagonista, al estar presente en todos los planes e incluso llegando a ser exclusiva de uno de los planes municipales. En

cuarto y último lugar, hemos recogido la subcategoría *Coordinación*, los objetivos que se definen están encaminados a potenciar la coordinación entre las distintas administraciones y entidades; la frecuencia con la que ha aparecido ha sido baja, sólo en uno de los planes municipales, pero el hecho de que esté presente nos hace pensar sobre la necesidad de coordinación para que los planes funcionen. Recordar que esta subcategoría aparecía también dentro de la categoría *Necesidades* que motivan la realización del Plan; en este apartado esta necesidad se convierte en un objetivo a alcanzar.

Mapa conceptual 2: Metacategoría II



METACATEGORÍAS

III. COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA DEL PLAN

Cuadro 7: Categorización por CP-metacategoría III

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
III.1. Entidades que participan en la Elaboración	Intra-institucional (Ayuntamiento) - Comité de elaboración y seguimiento - Coordinador/a - Técnicos	Consejo Asesor (Ayuntamiento, CPR, personal sanitario y asociaciones) - Comisión de trabajo para la prevención - Dispositivos asistenciales - Comisión de trabajo para la reinserción	No se especifica	Técnicos del Ayuntamiento	Comisión Municipal de Sanidad y Servicios Sociales	Comisión Municipal de Drogodependencias
	Interinstitucional: (I.N.E.M., M.E.C., A.P.A.S., asociaciones, clubes, Comunidad Autónoma, Delegación del Gobierno)			Miembros de la mesa de prevención (técnicos del Ayuntamiento y de Entidades y representantes de asociaciones y colectivos)	Consejo Local de Drogodependencias y Adicciones: Integrado por representantes del Ayuntamiento, y de las diversas instituciones	Unidad Política Oficina Técnica del PMAD
	Iniciativa privada: Empresas, entidades, etc.					Comisión de Trabajo

III.1.1. Interinstitucional (83,33%), “Interinstitucional: Convenios, colaboraciones, etc., con otras instituciones: I.N.E.M., M.E.C., A.P.A.S., asociaciones, clubes, Comunidad Autónoma, Delegación del Gobierno, entre otros” (PMCP1); “No se especifica en el Plan, si se hace mención a un Consejo asesor cuya función es de coordinación con el objetivo de asesorar y promover las actuaciones del Plan” (PMCP2); “miembros de la Mesa de prevención de drogodependencias constituida por representantes de los grupos políticos, técnicos del Ayuntamiento y de Entidades y representantes de asociaciones y colectivos.” (PMCP4); “2.- Consejo Local de drogodependencias y adicciones: Integrado por representantes del Ayuntamiento, y de las diversas instituciones que hayan formalizado la adhesión al Plan” (PMCP5); “La Comisión Municipal de Drogodependencias (CMD) es el órgano específico que asume la gestión, coordinación y seguimiento del Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias” (PMCP6).

III.1.2. Técnicos del Ayuntamiento (66,66%), “- Intrainstitucional: Utilización de los distintos recursos de las diversas áreas municipales [...]” (PMCP1); “Esta constituido por 6 técnicos: 1 Trabajadora Social del Centro de Servicios Sociales [...]”;(PMCP4); “1.- Comisión Municipal sanidad y Servicios Sociales, que previa consulta a las diferentes áreas municipales [...]” (PMCP5); “La Comisión tiene la siguiente estructura; Unidad Política, Pleno de la CMD, Grupos de Trabajo, Oficina Técnica del PMAD” (PMCP6).

III.1.3. Comisión de trabajo (33,33%), “Comisión de trabajo para la prevención” (PMCP2); “La Comisión tiene la siguiente estructura; Unidad Política, Pleno de la CMD, Grupos de Trabajo, Oficina Técnica del PMAD” (PMCP6).

III.1.4. Iniciativa privada (16,66%), “Iniciativa privada: Mediante subvenciones a proyectos y/o actividades concretas, establecimiento de convenios, colaboraciones etc.: empresas, entidades, etc” (PMCP1).

III.1.5. No se especifica (16,66), “no se especifica nada al respecto en la edición del Plan” (PMCP3).

Cuadro 8: Codificación de las unidades textuales- metacategoría III

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
III.1. Entidades que participan en la Elaboración	III.1.1. Interinstitucional (83,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Interinstitucional: Convenios, colaboraciones, etc., con otras instituciones: I.N.E.M., M.E.C., A.P.A.S., asociaciones, clubes, Comunidad Autónoma, Delegación del Gobierno, entre otros” (PMCP1); - “No se especifica en el Plan, si se hace mención a un Consejo asesor cuya función es de coordinación con el objetivo de asesorar y promover las actuaciones del Plan” (PMCP2); - “miembros de la Mesa de prevención de drogodependencias constituida por representantes de los grupos políticos, técnicos del Ayuntamiento y de Entidades y representantes de asociaciones y colectivos.” (PMCP4); - “2.- Consejo Local de drogodependencias y adicciones: Integrado por representantes del Ayuntamiento, y de las diversas instituciones que hayan formalizado la adhesión al Plan” (PMCP5); - La Comisión Municipal de Drogodependencias (CMD) es el órgano específico que asume la gestión, coordinación y seguimiento del Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias” (PMCP6).
	III.1.2. Técnicos del Ayuntamiento (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Intrainstitucional: Utilización de los distintos recursos de las diversas áreas municipales [...]” (PMCP1); - “Esta constituido por 6 técnicos: 1 Trabajadora Social del Centro de Servicios Sociales [...]” (PMCP4); - “1.- Comisión Municipal sanidad y Servicios Sociales, que previa consulta a las diferentes áreas municipales [...]” (PMCP5); - “La Comisión tiene la siguiente estructura; Unidad Política, Pleno de la CMD, Grupos de Trabajo, Oficina Técnica del PMAD” (PMCP6).
	III.1.3. Comisión de trabajo (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Comisión de trabajo para la prevención” (PMCP2); - “La Comisión tiene la siguiente estructura; Unidad Política, Pleno de la CMD, Grupos de Trabajo, Oficina Técnica del PMAD” (PMCP6).
	III.1.4. Iniciativa privada (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Iniciativa privada: Mediante subvenciones a proyectos y/o actividades concretas, establecimiento de convenios, colaboraciones etc.: empresas, entidades, etc” (PMCP1).
	III.1.5. No se especifica (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “no se especifica nada al respecto en la edición del Plan” (PMCP3)

Cuadro 9: Categorización por CP-metacategoría III

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
III.2. Entidades que participan en la puesta en marcha	Intrainsitucional (Ayuntamiento) - Comité de elaboración y seguimiento - Coordinador/a - Técnicos	Consejo Asesor (Ayuntamiento, CPR, personal sanitario y asociaciones) - Comisión de trabajo para la prevención - Dispositivos asistenciales - Comisión de trabajo para la reinserción	No se especifica	Coordinación (Concejalía de Servicios Sociales y Sanidad)	Comisiones técnicas de trabajo	Comisión Municipal de Drogodependencias
	Interinstitucional: (I.N.E.M., M.E.C., A.P.A.S., asociaciones, clubes, Comunidad Autónoma, Delegación del Gobierno)			Comisión Técnica (Ayuntamiento, Asociaciones y otros colectivos)		Unidad Política Oficina Técnica del PMAD
	Iniciativa privada: Empresas, entidades, etc.			Comisión Política		Comisión de Trabajo

III.2.1. Interinstitucional (66,66%), “Interinstitucional: Convenios, colaboraciones, etc., con otras instituciones: I.N.E.M., M.E.C., A.P.A.S., asociaciones, clubes, Comunidad Autónoma, Delegación del Gobierno, entre otros” (PMCP1); “No se especifica en el Plan, si se hace mención a un Consejo asesor cuya función es de coordinación con el objetivo de asesorar y promover las actuaciones del Plan” (PMCP2); “Coordinación: Con funciones de gestión, coordinación, impulso y seguimiento de las actuaciones del Plan, dependiente de la concejalía de Servicios Sociales y Sanidad” (PMCP4); “La Comisión Municipal de Drogodependencias (CMD) es el órgano específico que asume la gestión, coordinación y seguimiento del Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias” (PMCP6).

III.2.2. Comisión Técnica (50%), “Comisión técnica: con funciones de diseño de programas, establecimiento, coordinación del Plan [...]” (PMCP4); Comisiones técnicas de trabajo, que tendrán una estructura más reducida y eminentemente práctica, encargadas del estudio y seguimiento en profundidad de aspectos concretos del Plan (PMCP5); “La Comisión tiene la siguiente estructura; Unidad Política, Pleno de la CMD, Grupos de Trabajo, Oficina Técnica del PMAD” (PMCP6).

III.2.3. Técnicos del Ayuntamiento (33,33%), “- Intrainstitucional: Utilización de los distintos recursos de las diversas áreas municipales [...]” (PMCP1); “La Comisión tiene la siguiente estructura; Unidad Política, Pleno de la CMD, Grupos de Trabajo, Oficina Técnica del PMAD” (PMCP6).

III.2.4. Comisión Política (33,33%), “Comisión política: Con las funciones de toma de decisiones, dotar de recursos al Plan [...]” (PMCP4); “La Comisión tiene la siguiente estructura; Unidad Política, Pleno de la CMD, Grupos de Trabajo, Oficina Técnica del PMAD” (PMCP6).

III.2.5. Iniciativa Privada (16,66%), “Iniciativa privada: Mediante subvenciones a proyectos y/o actividades concretas, establecimiento de convenios, colaboraciones etc.: empresas, entidades, etc” (PMCP1).

III.2.6. No se especifica (16,66%), “no se especifica nada al respecto en la edición del Plan” (PMCP3).

Cuadro 10: Codificación de las unidades textuales- metacategoría III

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
III.2. Entidades que participan en la puesta en marcha	III.2.1. Interinstitucional (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Interinstitucional: Convenios, colaboraciones, etc., con otras instituciones: I.N.E.M., M.E.C., A.P.A.S., asociaciones, clubes, Comunidad Autónoma, Delegación del Gobierno, entre otros” (PMCP1); - “No se especifica en el Plan, si se hace mención a un Consejo asesor cuya función es de coordinación con el objetivo de asesorar y promover las actuaciones del Plan” (PMCP2); - “Coordinación: Con funciones de gestión, coordinación, impulso y seguimiento de las actuaciones del Plan, dependiente de la concejalía de Servicios Sociales y Sanidad” (PMCP4); - “La Comisión Municipal de Drogodependencias (CMD) es el órgano específico que asume la gestión, coordinación y seguimiento del Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias” (PMCP6).
	III.2.2. Comisión Técnica (50%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Comisión técnica: con funciones de diseño de programas, establecimiento, coordinación del Plan [...]” (PMCP4); - Comisiones técnicas de trabajo, que tendrán una estructura más reducida y eminentemente práctica, encargadas del estudio y seguimiento en profundidad de aspectos concretos del Plan (PMCP5); - “La Comisión tiene la siguiente estructura; Unidad Política, Pleno de la CMD, Grupos de Trabajo, Oficina Técnica del PMAD” (PMCP6).
	III.2.3. Técnicos del Ayuntamiento (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “- Intrainstitucional: Utilización de los distintos recursos de las diversas áreas municipales [...]” (PMCP1); - “La Comisión tiene la siguiente estructura; Unidad Política, Pleno de la CMD, Grupos de Trabajo, Oficina Técnica del PMAD” (PMCP6)..
	III.2.4. Comisión Política (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Comisión política: Con las funciones de toma de decisiones, dotar de recursos al Plan [...]” (PMCP4); - La Comisión tiene la siguiente estructura; Unidad Política, Pleno de la CMD, Grupos de Trabajo, Oficina Técnica del PMAD” (PMCP6).
	III.2.5. Iniciativa Privada (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Iniciativa privada: Mediante subvenciones a proyectos y/o actividades concretas, establecimiento de convenios, colaboraciones etc.: empresas, entidades, etc” (PMCP1).
	III.2.6. No se especifica (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “no se especifica nada al respecto en la edición del Plan” (PMCP3).

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Coordinación y participación en la elaboración y en la puesta en marcha del plan*, agrupa las entidades que han participado en el proceso de planificación e intervención en los planes municipales. Esta metacategoría se ha subdividido en dos categorías bajo el título *Entidades que participan en la Elaboración* y *Entidades que participan en la puesta en marcha*, que hacen referencia a quienes redactan el Plan y a los responsable de ponerlo en marcha, identificando si existe coherencia entre los actores que planifican dichas acciones y los que las ponen en marcha, y si las acciones son planificadas por la población o más bien vienen dirigidas por los expertos en la materia, así como si responden a las necesidades sociales con las que ponen en práctica.

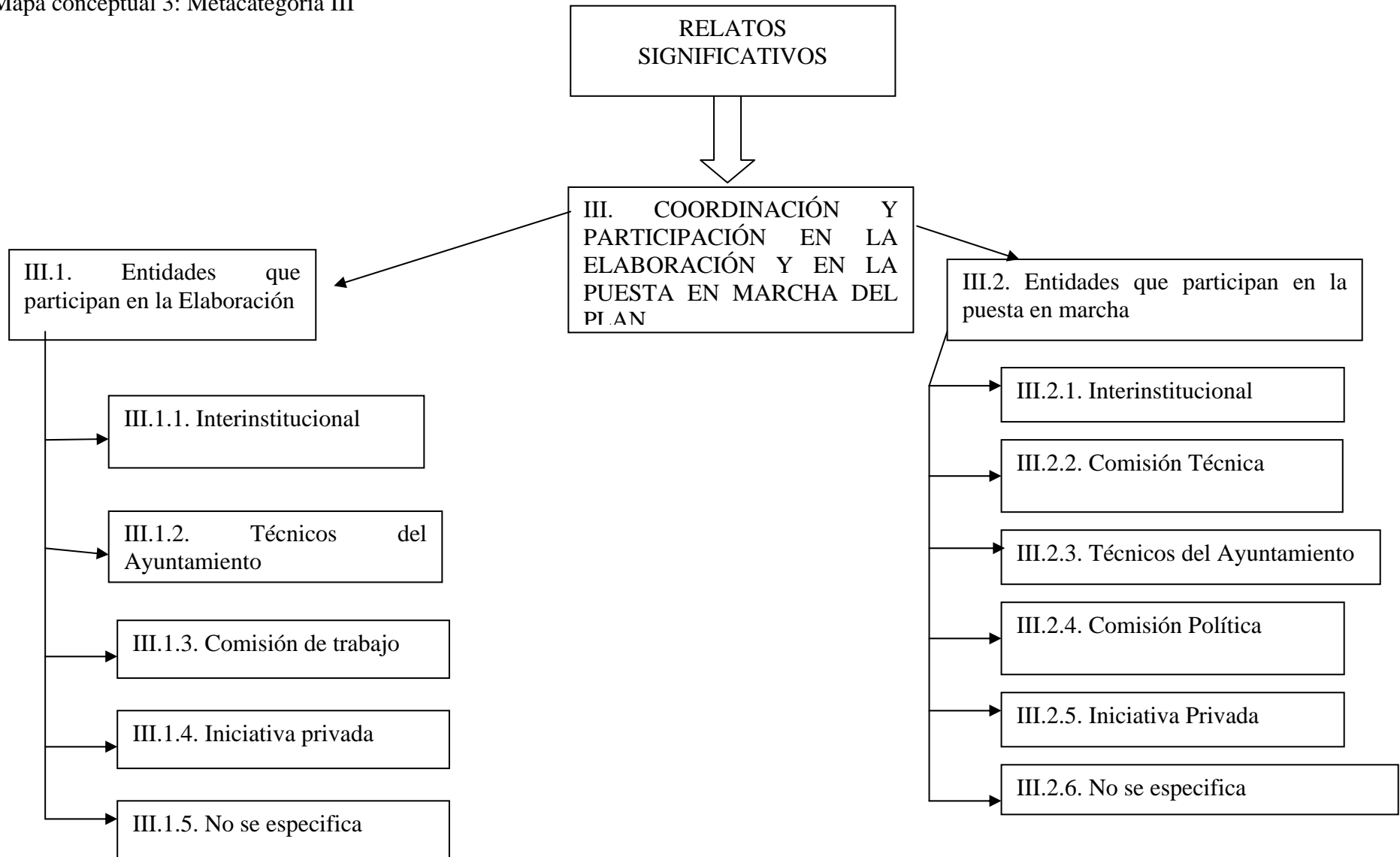
La categoría *Entidades que participan en la Elaboración* se ha subdividido en cinco subcategorías que han sido extraídas de los textos analizados. La subcategoría más frecuente, repetida en cinco de los seis planes analizados, responde a un planteamiento *Interinstitucional*; dentro de esta subcategoría se definen actuaciones coordinadas entre los ayuntamientos, el Instituto Nacional de Empleo (INEM), asociaciones como Asociaciones de Madres y Padres (AMPAS), Consejo local de drogodependencias, Comisiones municipales, Comunidad Autónoma, etc. En este sentido, hemos recogido aquellas entidades que colaboran, desde diferentes ámbitos, en la elaboración y redacción del plan. En segundo lugar aparece la subcategoría *Técnicos del Ayuntamiento*, con una frecuencia de cuatro de los seis planes analizados, en esta subcategoría se manifiesta claramente que los Ayuntamientos a través de sus técnicos, en ocasiones de diferentes áreas, en otras ocasiones desde el Centro de Servicios Sociales, son los encargados de elaborar los planes municipales. En tercer lugar aparece la subcategoría *Comisión de trabajo*, con una frecuencia de dos de los seis planes municipales analizados, estas comisiones forman parte, en ocasiones, de los órganos recogidos en la subcategoría primera, es decir, de las comisiones municipales y de los consejos locales, como órganos de trabajo que puedan plasmar en acciones concretas las impresiones y aportaciones generales abordadas por las comisiones o consejos. En cuarto lugar y con una frecuencia más reducida, aparece en uno de los seis textos

analizados la subcategoría *Iniciativa privada*, que responde a iniciativas de empresas a través de proyectos por los que en ocasiones reciben subvenciones, convenios o colaboraciones; hay que resaltar que este tipo de participación todavía es muy reducida, aunque al menos está presente en un plan municipal. En último lugar hemos reflejado la subcategoría *No se especifica*, con una frecuencia baja, ya que se ha encontrado sólo en uno de los seis planes municipales analizados, y hace referencia a que en el plan municipal de drogodependencias no se indica nada con respecto a la categoría que hemos definido.

La categoría *Entidades que participan en la puesta en marcha* se ha dividido en seis subcategorías que han sido extraídas de los textos analizados. La subcategoría más frecuente, que se ha repetido en cuatro de los seis planes analizados, responde a un planteamiento *Interinstitucional*, definido en el mismo sentido que en la categoría *Entidades que participan en la elaboración* dentro de esta subcategoría se especifican, al igual que en la subcategoría de la anterior categoría, actuaciones coordinadas entre los ayuntamientos, el INEM, asociaciones como AMPAS., Consejo local de drogodependencias, Comisiones municipales, Comunidad Autónoma, etc. En este sentido destacar que hemos recogido aquellas entidades que colaboran desde diferentes ámbitos en la aplicación del plan, con funciones de asesoramiento, gestión, coordinación y seguimiento de las acciones en materia de drogodependencias. En segundo lugar se hace referencia en tres de los seis planes analizados a la subcategoría *Comisión técnica*, esta comisión realiza funciones de coordinación y seguimiento de las acciones implantadas. En tercer lugar se ubica la subcategoría *Técnicos del Ayuntamiento*, aparece en dos de los seis planes analizados, y está muy relacionada con la comisión técnica, aunque con la diferencia de que estos técnicos no son exclusivamente de los que depende el plan, si no que proceden de distintas áreas municipales. Se habla aquí de una estructura intrainstitucional, entre los diferentes órganos y concejalías. En cuarto lugar, y con la misma frecuencia que la subcategoría anterior, nos encontramos con la *Comisión Política*; estas comisiones participan en la toma de decisiones sobre las actividades a realizar, la dotación de los recursos para realizarlas, etc., reflejando que las acciones en materia de drogodependencias pasan por filtros políticos. En quinto lugar aparece la subcategoría *Iniciativa privada*, subcategoría que se

encuentra presente en la categoría *Entidades que participan en la elaboración*, y además se presenta en la misma frecuencia, es decir, aparece en uno de los seis planes analizados, esto se debe a que hay planes municipales que han incluido los mismos órganos tanto en la elaboración como en la participación de la implementación de las actividades; al igual que entonces, esta subcategoría responde a iniciativas de empresas a través de proyectos por los que en ocasiones reciben subvenciones, convenios o colaboraciones. Y como última subcategoría aparece *No se especifica*, con una frecuencia baja, ya que se ha encontrado en uno de los seis planes municipales analizados, es de destacar que sucede en la misma proporción que en la categoría *Entidades que participan en la elaboración*, es más, hace referencia a la misma corporación pública.

Mapa conceptual 3: Metacategoría III



METACATEGORÍA

IV. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Cuadro 11: Categorización por CP-metacategoría IV

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
IV.1. Ámbitos de actuación	Preventivo	Preventivo	Programa Escolar de Prevención de las Drogodependencias (Preventivo)	Prevención	Prevención	Socio-comunitario (Preventivo)
	Asistencial	Asistencial	Programa de Ocio y Tiempo libre dirigido (Preventivo)	Asistencia	Asistencia y reducción de daños	Educativo (Preventivo)
	Inserción social	Inserción social	Tiempo libre dirigido y Actividades dirigidas al ámbito Laboral". (Preventivo)	Integración Social	Desintoxicación	Laboral (Preventivo)
					Reinserción Social	Asistencial
						Integración social

IV.1.1. Preventivo (100%), “Prevención, Asistencia e Inserción-Reinserción” (PMCP1); “Prevención, Asistencia e Inserción” (PMCP2); “En el Plan se han distinguido claramente tres tipos de actuaciones, aunque con una carga eminentemente preventiva.” (PMCP3); “Prevención, Asistencia y de Integración Social” (PMCP4); “Prevención, Asistencia y Reducción de daños, desintoxicación y deshabituación y Reinserción Social” (PMCP5); “ámbito socio-comunitario, ámbito educativo”, ámbito laboral” (PMCP6).

IV.1.2. Asistencial (83,33%), “Prevención, Asistencia e Inserción-Reinserción” (PMCP1); “Prevención, Asistencia e Inserción” (PMCP2); “Prevención, Asistencia y de Integración Social” (PMCP4); “Prevención, Asistencia y Reducción de daños, desintoxicación y deshabituación y Reinserción Social” (PMCP5); “Ámbito asistencial” (PMCP6).

IV.1.3. Inserción social (66,66%), “Prevención, Asistencia e Inserción-Reinserción” (PMCP1); “Prevención, Asistencia e Inserción” (PMCP2); “Prevención, Asistencia y de Integración Social” (PMCP4); “Prevención, Asistencia y Reducción de daños, desintoxicación y deshabitación y Reinserción Social” (PMCP5); “Ámbito de integración social” (PMCP6).

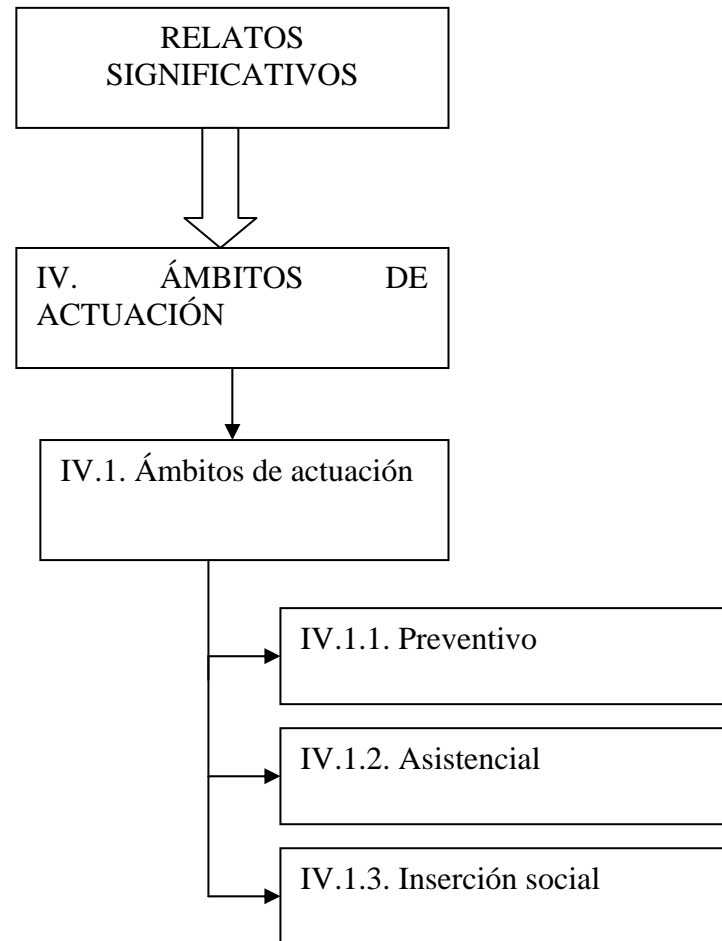
Cuadro 12: Codificación de las unidades textuales- metacategoría IV

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
IV.1. Ámbitos de actuación	IV.1.1. Preventivo (100%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Prevención, Asistencia e Inserción-Reinserción” (PMCP1); - “Prevención, Asistencia e Inserción” (PMCP2); - “En el Plan se han distinguido claramente tres tipos de actuaciones, aunque con una carga eminentemente preventiva.” (PMCP3); - “Prevención, Asistencia y de Integración Social” (PMCP4); - “Prevención, Asistencia y Reducción de daños, desintoxicación y deshabitación y Reinserción Social” (PMCP5); - “Ámbito socio-comunitario, ámbito educativo”, ámbito laboral” (PMCP6).
	IV.1.2. Asistencial (83,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Prevención, Asistencia e Inserción-Reinserción” (PMCP1); - “Prevención, Asistencia e Inserción” (PMCP2); - “Prevención, Asistencia y de Integración Social” (PMCP4); - “Prevención, Asistencia y Reducción de daños, desintoxicación y deshabitación y Reinserción Social” (PMCP5); - “Ámbito asistencial” (PMCP6).
	IV.1.3. Inserción social (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Prevención, Asistencia e Inserción-Reinserción” (PMCP1); - “Prevención, Asistencia e Inserción” (PMCP2); - “Prevención, Asistencia y de Integración Social” (PMCP4); - “Prevención, Asistencia y Reducción de daños, desintoxicación y deshabitación y Reinserción Social” (PMCP5); - “Ámbito de integración social” (PMCP6).

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Ámbitos de actuación*, hace referencia a los diferentes ámbitos en los que intervienen los planes municipales de drogodependencias; como veremos estos ámbitos están muy relacionados con los objetivos, lo que nos va a permitir establecer el grado de coherencia entre qué se quiere conseguir y las estructuras desde las que se realiza la intervención. Esta metacategoría agrupa una categoría denominada con el mismo nombre *Ámbitos de actuación*, que comprende tres ámbitos de actuación; la primera subcategoría recogida en los seis textos analizados es el ámbito *Preventivo*, dentro de esta subcategoría hemos incluido los programas escolares de prevención, actividades de ocio y tiempo libre y un ámbito denominado socio-comunitario, por el carácter preventivo que tiene la mayoría de las acciones que se realizan dentro de éste. La siguiente subcategoría se denomina *Asistencia*, se ha encontrado en cinco de los seis textos analizados y se corresponde con el ámbito de intervención dedicado a la asistencia a toxicómanos. Siguiendo la estructura de subcategorías localizada en los objetivos, la tercera subcategoría encontrada en los ámbitos de actuación de los distintos planes es la *Inserción social*, con la misma frecuencia que la anterior, que aparece en cinco de los seis planes analizados. La frecuencia en la que se dan las diferentes subcategorías nos confirma también en este apartado, la importancia dada a la prevención, siendo en una de las corporaciones públicas analizadas el único ámbito de trabajo existente.

Mapa conceptual 4: Metacategoría IV



METACATEGORÍA

V. ACTIVIDADES PREVENTIVAS *VERSUS* DESTINATARIOS

Cuadro 13: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
V.1. Población general	No se especifica	Programas de prevención psicofármacos	No se especifica	Campañas de información y difusión del Plan	Campañas informativas	Difusión del Plan
						Investigación Sociológica
						Actividades deportivas
						Actividades de Promoción de Salud
						Jornadas Municipales
						Cumplimiento de la Ley Regional sobre Drogas y las Ordenanzas Municipales
						Colaboración en el control del tráfico de drogas ilegales

V.1.1. Campañas de información (50%), “Campaña de difusión del Plan Municipal y Campañas de información y sensibilización” (PMCP4); “Hacer llegar la información específica a los elementos sociales que pueden incidir en el fenómeno de las adicciones [...] (PMCP5); “Difusión del documento del Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias” PMCP6.

V.1.2. No se especifica (33,33%), “No se recoge nada al respecto en el texto” (PMCP1); “No se recoge nada al respecto en el texto” (PMCP3).

V.1.3. Programas de prevención de psicofármacos (16,66%), “Programa de prevención del consumo de psicofármacos en población general” (PMCP3).

V.1.4. Investigación Sociológica (16,66%), “Realización de una nueva Investigación Sociológica sobre opiniones...” (PMCP6).

V.1.5. Actividades deportivas (16,66%), “Realización de actuaciones de carácter deportivo que promuevan la adopción de estilos de vida saludables” (PMCP6).

V.1.6. Actividades de Promoción de Salud (16,66%), “Realización anual de actuaciones específicas de Promoción de salud” (PMCP6).

V.1.7. Jornadas Municipales (16,66%), “Realización de las cuartas Jornadas Municipales de Acción sobre las Drogodependencias” (PMCP6).

V.1.8. Cumplimiento de la Ley Regional sobre Drogas y las Ordenanzas Municipales (16,66%), “Cumplimiento de la Ley Regional sobre Drogas y las Ordenanzas Municipales” (PMCP6).

V.1.9. Colaboración en el control del tráfico de drogas ilegales (16,66%), Colaboración en el control del tráfico de drogas ilegales a través de la Junta Local de Seguridad (PMCP6).

Cuadro 14: Codificación de las unidades textuales- metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
V.1. Población general	V.1.1. Campañas de información (50%)	- “Campaña de difusión del Plan Municipal y Campañas de información y sensibilización” (PMCP4); - “Hacer llegar la información específica a los elementos sociales que pueden incidir en el fenómeno de las adicciones [...] (PMCP5); - “Difusión del documento del Plan Municipal de Acción sobre Drogodependencias” PMCP6.
	V.1.2. No se especifica (33,33%)	- “No se recoge nada al respecto en el texto” (PMCP1); - “No se recoge nada al respecto en el texto” (PMCP3).
	V.1.3. Programas de prevención de psicofármacos (16,66%)	- “Programa de prevención del consumo de psicofármacos en población general” (PMCP3).
	V.1.4. Investigación Sociológica (16,66%),	- “Realización de una nueva Investigación Sociológica sobre opiniones...” (PMCP6).
	V.1.5. Actividades deportivas (16,66%)	- “Realización de actuaciones de carácter deportivo que promuevan la adopción de estilos de vida saludables” (PMCP6).
	V.1.6. Actividades de Promoción de Salud (16,66%)	- “Realización anual de actuaciones específicas de Promoción de salud” (PMCP6).
	V.1.7. Jornadas Municipales (16,66%)	- “Realización de las cuartas Jornadas Municipales de Acción sobre las Drogodependencias” (PMCP6).
	V.1.8. Cumplimiento de la Ley Regional sobre Drogas y las Ordenanzas Municipales (16,66%)	- “Cumplimiento de la Ley Regional sobre Drogas y las Ordenanzas Municipales” (PMCP6).
	V.1.9. Colaboración en el control del tráfico de drogas ilegales (16,66%)	- Colaboración en el control del tráfico de drogas ilegales a través de la Junta Local de Seguridad (PMCP6).

Cuadro 15: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
V.2. Padres y Madres	Programas de prevención escolar: - Educación para la salud - Educación en valores	Programas de prevención escolar (1ª y 2ª).	Actividades Formativas	Actividades Formativas	Actividades Formativas	Actividades formativas
		Actividades formativas		Difusión de materiales		Difusión de los materiales informativos
				Coordinación y asesoramiento actividades preventivas		Jornadas de trabajo
						Actividades extraescolares
						Talleres de salud

V.2.1. Actividades formativas (80%), “Programa de Formación para padres en prevención...” (PMCP2); “Escuelas de padres” (PMCP3); “Actividades formativas: charlas o cursos ...” (PMCP4); “Proporcionar una oferta formativa y de capacitación en la materia ...” (PMCP5); “Oferta de actividades formativas a través de las Escuelas de Padres” (PMCP6).

V.2.2. Programas de prevención escolar (40%), “Programa de Educación para la salud en Centros Docentes...” (PMCP1); “Programa: prevención escolar del consumo...” (PMCP2).

V.2.3. Difusión de materiales (33,33%), “Difusión de materiales informativos: guías para padres, folletos, etc.” (PMCP4); “.Difusión de materiales informativos sobre Educación para la Salud” (PMCP6).

V.2.4. Coordinación y asesoramiento (16,66%), “Coordinación y asesoramiento para el desarrollo de actividades de prevención realizadas por las AMPAs” (PMCP4).

V.2.5. Jornadas de trabajo (16,66%), “Realización anual de una Jornada de trabajo de AMPAS” (PMCP6).

V.2.6. Actividades extraescolares (16,66%), “Apoyo para la realización de actividades extraescolares complementarias en los centros educativos” (PMCP6).

V.2.7. Talleres de salud (16,66%), “Talleres de salud para alumnos/as a través de las AMPA’s en horario extraescolar” (PMCP6)

Cuadro 16: Codificación de las unidades textuales- metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
V.2. Padres y Madres	V.2.1. Actividades formativas (80%)	- “Programa de Formación para padres en prevención...” (PMCP2); - “Escuelas de padres” (PMCP3); - “Actividades formativas: charlas o cursos ...” (PMCP4); - “Proporcionar una oferta formativa y de capacitación en la materia ...” (PMCP5).
	V.2.2. Programas de prevención escolar (40%)	- “Programa de Educación para la salud en Centros Docentes...” (PMCP1); - “Programa: prevención escolar del consumo...” (PMCP2).
	V.2.3. Difusión de materiales (20%)	- “Difusión de materiales informativos: guías para padres, folletos, etc.” (PMCP4).
	V.2.4. Coordinación y asesoramiento (20%)	- “Coordinación y asesoramiento para el desarrollo de actividades de prevención realizadas por las AMPAs” (PMCP4).
	V.2.5. Jornadas de trabajo (16,66%)	- “Realización anual de una Jornada de trabajo de AMPAS” (PMCP6).
	V.2.6. Actividades extraescolares (16,66%)	- “Apoyo para la realización de actividades extraescolares complementarias en los centros educativos” (PMCP6).
	V.2.7. Talleres de salud (16,66%)	- “Talleres de salud para alumnos/as a través de las AMPA’s en horario extraescolar”

Cuadro 17: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
V.3. Profesores	Programas de prevención escolar	Programas de prevención escolar (1ª y 2ª).	Programas de prevención escolar de Eps.	Materiales	Implicación en los programas de prevención escolar	Apoyo a proyectos de EpS y Sesiones compartidas de tutoría
				Formación	Formación	Formación de Eps
						Oferta de Materiales
						Apoyo a la promoción de bebidas saludables

V.3.1. Programas de prevención escolar (83,33%), “Programa de Educación para la salud en Centros Docentes...” (PMCP1); “Programa: prevención escolar del consumo de droga...” (PMCP2); “Programas escolares de Educación para la salud” (PMCP3); “Afianzamiento del programa específico de prevención en enseñanza...” (PMCP5); “Realización de sesiones compartidas de tutoría sobre prevención del abuso de alcohol y Apoyo para el desarrollo de Proyectos de Educación para la Salud en Centros Educativos” (PMCP6)

V.3.2. Formación (50%), “Oferta formativa en colaboración con el Centro de Profesores y recursos” (PMCP4); “Proporcionar una oferta formativa y de capacitación...” (PMCP5); “Formación del profesorado en Educación para la Salud y Prevención de Drogodependencias” (PMCP6).

V.3.3. Dotación de materiales (33,33%), “Oferta de materiales didáctico...” (PMCP4); “Oferta de materiales didácticos y apoyo técnico sobre Educación para la Salud” (PMCP6).

V.3.4. Apoyo a la promoción de bebidas saludables (16,66%), “Apoyo para la promoción de bebidas saludables sin alcohol en el marco de semanas culturales” (PMCP6).

Cuadro 18: Codificación de las unidades textuales- metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
V.3. Profesores	V.3.1. Programas de prevención escolar (83,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Programa de Educación para la salud en Centros Docentes...” (PMCP1); - “Programa: prevención escolar del consumo de droga...” (PMCP2); - “Programas escolares de Educación para la salud” (PMCP3); - “Afianzamiento del programa específico de prevención en enseñanza...” (PMCP5); - “Realización de sesiones compartidas de tutoría sobre prevención del abuso de alcohol y Apoyo para el desarrollo de Proyectos de Educación para la Salud en Centros Educativos” (PMCP6)
	V.3.2. Formación (50%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Oferta formativa en colaboración con el Centro de Profesores y recursos” (PMCP4); - “Proporcionar una oferta formativa y de capacitación...” (PMCP5). - “Formación del profesorado en Educación para la Salud y Prevención de Drogodependencias” (PMCP6).
	V.3.3. Dotación de materiales (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Oferta de materiales didáctico...” (PMCP4); - “Oferta de materiales didácticos y apoyo técnico sobre Educación para la Salud” (PMCP6).
	V.3.4. Apoyo a la promoción de bebidas saludables (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Apoyo para la promoción de bebidas saludables sin alcohol en el marco de semanas culturales” (PMCP6).

Cuadro 19: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
V.4. Alumnos	Programas de prevención escolar: Educación para la salud Educación en valores	Programa de prevención escolar	Programas de prevención escolar: Educación para la salud Educación en valores	Programas de prevención escolar: Educación para la salud Educación en valores	Programas de prevención escolar	No se especifica
			Tutorías compartidas	Talles de prevención	Taller de desarrollo Personal	
				Actividades (extraescolares) de ocio saludable	Mediadores juveniles	
				Apoyo escolar		
				Mediadores juveniles		

V.4.1. Programas de prevención escolar (100%), “Programa de Educación para la salud en Centros...” (PMCP1); “Programa: prevención escolar del consumo de droga” (PMCP2); “Programa Escolar de Prevención de las drogodependencias...” (PMCP3); “Programa de “En la huerta con mis amigos...” (PMCP4); “... programa de maduración psicoafectiva en el medio escolar ampliamente experimentado en otros medios: “En la Huerta con mis amigos...” (PMCP5).

V.4.2. Talleres de prevención (40%), “Talleres de prevención de alcohol y tabaco...” (PMCP4); “... un taller de desarrollo personal estable a lo largo del curso, de asistencia voluntaria” (PMCP5).

V.4.3. Mediadores juveniles (40%), “Talleres de prevención para mediadores juveniles...” (PMCP4); “Captar y formar a jóvenes interesados, para que ellos mismos sean elementos transmisores de hábitos saludables...” (PMCP5).

V.4.4. Actividades extraescolares ocio saludable (20%), “Actividades extraescolares de salud y ocio” (PMCP4).

V.4.5. Apoyo escolar (20%), “Programa de Apoyo escolar a grupos de riesgo...” (PMCP4).

V.4.6. Tutorías Compartidas (20%), “Tutorías Compartidas” (PMCP3).

V.4.7. No se especifica (16,66%), “No se especifica nada al respecto en la edición del Plan” (PMCP6)

Cuadro 20: Codificación de las unidades textuales- metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
V.4. Alumnos	V.4.1. Programas de prevención escolar (100%)	“Programa de Educación para la salud en Centros...” (PMCP1); “Programa: prevención escolar del consumo de droga” (PMCP2); “Programa Escolar de Prevención de las drogodependencias...” (PMCP3); “Programa de “En la huerta con mis amigos...” (PMCP4); “... programa de maduración psicoafectiva en el medio escolar ampliamente experimentado en otros medios: “En la Huerta con mis amigos...” (PMCP5).
	V.4.2. Talleres de prevención (33,33%)	“Talleres de prevención de alcohol y tabaco...” (PMCP4); “... un taller de desarrollo personal estable a lo largo del curso, de asistencia voluntaria” (PMCP5).
	V.4.3. Mediadores juveniles (33,33%)	“Talleres de prevención para mediadores juveniles...” (PMCP4); “Captar y formar a jóvenes interesados, para que ellos mismos sean elementos transmisores de hábitos saludables...” (PMCP5).
	V.4.4. Actividades extraescolares ocio saludable (16,66%)	“Actividades extraescolares de salud y ocio” (PMCP4).
	V.4.5. Apoyo escolar (16,66%)	“Programa de Apoyo escolar a grupos de riesgo...” (PMCP4).
	V.4.6. Tutorías Compartidas (16,66%)	“Tutorías Compartidas” (PMCP3).
	V.4.7. No se especifica (16,66%)	“No se especifica nada al respecto en la edición del Plan” (PMCP6).

Cuadro 21: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
V.5. Empresarios	No se especifica	No se especifica	No se especifica	Formación	No se especifica	Formación
				Difusión de material		Divulgación de materiales
						Prevención y control de tabaquismo

V.5.1. No se especifica (66,66%), “No se especifica en el documento” (PMCP1); “No se especifica en el documento” (PMCP2); “No se especifica en el documento” (PMCP3); “No se especifica en el documento” (PMCP5).

V.5.2. Formación (33,33%), “Formación en prevención de drogodependencias a representantes sindicales y comités de empresa” (PMCP4); “Apoyo a actividades de formación y sensibilización sobre salud laboral” (PMCP6).

V.5.3. Difusión de material (33,33%), “Difusión de materiales de prevención en las empresas” (PMCP4); “Divulgación de materiales informativos sobre prevención y atención del tabaquismo” (PMCP6).

V.5.4. Prevención y control del tabaquismo (16,66%), “Desarrollo de actuaciones de prevención y control del tabaquismo en centros de trabajo de la administración local” (PMCP6).

Cuadro 22: Codificación de las unidades textuales- metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
V.5. Empresarios	V.5.1. No se especifica (66,66%)	“No se especifica en el documento” (PMCP1); “No se especifica en el documento” (PMCP2); “No se especifica en el documento” (PMCP3); “No se especifica en el documento” (PMCP5).
	V.5.2. Formación (33,33%)	“Formación en prevención de drogodependencias a representantes sindicales y comités de empresa” (PMCP4); “Apoyo a actividades de formación y sensibilización sobre salud laboral” (PMCP6).
	V.5.3. Difusión de material (33,33%)	“Difusión de materiales de prevención en las empresas” (PMCP4); “Divulgación de materiales informativos sobre prevención y atención del tabaquismo” (PMCP6).
	V.5.4. Prevención y control del tabaquismo (16,66%)	“Desarrollo de actuaciones de prevención y control del tabaquismo en centros de trabajo de la administración local” (PMCP6).

Cuadro 23: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
V.6. Trabajadores	No se especifica	Programa de prevención	No se especifica	Actividades de coordinación sindicatos	No se especifica	No se especifica

V.6.1. No se especifica (66,66%), “No se especifica en el documento” (PMCP1); “No se especifica en el documento” (PMCP3); “No se especifica en el documento” (PMCP5); “No se especifica en el documento” (PMCP6) .

V.6.2. Programa de prevención (16,66%), “Programa de prevención de drogodependencias en el ámbito laboral” (PMCP2).

V.6.3. Actividades de coordinación con sindicatos (16,66%), “Actividades de coordinación con las organizaciones sindicales” (PMCP4).

Cuadro 24: Codificación de las unidades textuales- metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
V.6. Trabajadores	V.6.1. No se especifica (66,66%)	“No se especifica en el documento” (PMCP1); “No se especifica en el documento” (PMCP3); “No se especifica en el documento” (PMCP5).
	V.6.2. Programa de prevención (16,66%)	“Programa de prevención de drogodependencias en el ámbito laboral” (PMCP2).
	V.6.3. Actividades de coordinación con sindicatos (16,66%)	“Actividades de coordinación con las organizaciones sindicales” (PMCP4).

Cuadro 25: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
V.7. Dirigido a Niños y Adolescentes	Animación a la lectura	Programa de Ocio saludable	Programas de ocio	Ocio y tiempo libre	Ocio y tiempo libre	No se especifica
	Guía de ocio		Escuelas de verano	Intervención socio-educativa		
	Acción Comunitaria		Ludoteca			
	Deporte					

V.7.1. Programas de ocio y tiempo libre (83,33%), “Elaboración de una guía del ocio dirigida a niños y adolescentes” (PMCP1); “Programa de alternativas de ocio y tiempo libre saludables” (PMCP2); “Programa de Actividades de ocio y tiempo libre para menores” (PMCP3); “Actividades de ocio y tiempo libre”; “Mantenimiento del Proyecto de Ocio y tiempo Libre...” (PMCP5).

V.7.2. Animación a la lectura (33,33%), “Programa de animación a la lectura en la red de bibliotecas municipales...” (PMCP1); “Ludoteca” (PMCP3).

V.7.3. Intervención socio-educativa (16,66%), “Realización de Proyectos de intervención socio-educativa” (PMCP4).

V.7.4. Acción comunitaria (16,66%), “Programa de actividades con infancia y adolescencia en centros de acción comunitaria” (PMCP1);

V.7.5. Deporte (16,66%), “Programa de deporte en edad escolar” (PMCP1).

V.7.6. Escuela de verano (16,66%), “Escuela de verano” (PMCP3).

V.7.7. No se especifica (16,66%), “No se especifica en el documento” (PMCP6).

Cuadro 26: Codificación de las unidades textuales- metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
V.7. Dirigido a Niños y Adolescentes	V.7.1. Programas de ocio y tiempo libre (83,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Elaboración de una guía del ocio dirigida a niños y adolescentes” (PMCP1); - “Programa de alternativas de ocio y tiempo libre saludables” (PMCP2); - “Programa de Actividades de ocio y tiempo libre para menores” (PMCP3); - “Actividades de ocio y tiempo libre” (PMCP4); - “Mantenimiento del Proyecto de Ocio y tiempo Libre...” (PMCP5).
	V.7.2. Animación a la lectura (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Programa de animación a la lectura en la red de bibliotecas municipales...” (PMCP1); - “Ludoteca” (PMCP3).
	V.7.3. Intervención socio-educativa (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Realización de Proyectos de intervención socio-educativa” (PMCP4).
	V.7.4. Acción comunitaria (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Programa de actividades con infancia y adolescencia en centros de acción comunitaria” (PMCP1).
	V.7.5. Deporte (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Programa de deporte en edad escolar” (PMCP1).
	V.7.6. Escuela de verano (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Escuela de verano” (PMCP3).
	V.7.7. No se especifica (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “No se especifica en el documento” (PMCP6).

Cuadro 27: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP5
V.8 Jóvenes	Acciones formativas (Eps)	Programa de Ocio saludable	Taller de prevención	Ocio alternativo	Alternativas de ocio	No se especifica
	Formación	Programa de prevención (Acciones formativas)				
	Asociacionismo					
	Deporte					
	Dinamización cultural					
	Orientación laboral					
	Actividades de ocio					
	Certámenes y Concursos					

V.8.1. Programas de ocio alternativo (66,66%), “Educación para la salud: estilos de vida saludables” (PMCP1); “Programa de alternativas de ocio y tiempo libre saludable en adolescentes” (PMCP2); “Programa de alternancias al ocio en fin de semana: ESPACIO JOVEN “LA OTRA CARA DE LA LUNA” (PMCP4); “Promoción de actividades alternativas de ocio en fines de semana para adolescentes y jóvenes” (PMCP5).

V.8.2. Acciones formativas (33,33%), “Acciones formativas e informativas integradas en el programa de educación de adultos para jóvenes” (PMCP1); “Programa de prevención del consumo de drogas en educación reglada no obligatoria” (PMCP2).

V.8.3. Talleres de prevención (33,33%), “Taller de prevención de alcohol y tabaco en ambientes prelaborales” (PMCP3).

V.8.4. Información (16,66%), “Acciones formativas e informativas integradas en el programa de educación de adultos para jóvenes e Información juvenil” (PMCP1).

V.8.5. Dinamización cultural (16,66%), “Programa de dinamización cultural” (PMCP1).

V.8.6. Promoción del Asociacionismo (16,66%), “Promoción de la participación y el asociacionismo juvenil” (PMCP1).

V.8.7. Orientación laboral (16,66%), “Acciones de orientación y formación para la inserción laboral” (PMCP1).

V.8.8. Certámenes y concursos (16,66%), Certámenes y concursos sobre temas de especial relevancia y fomento de la creación artística (PMCP1).

V.8.9. Actividades deportivas (16,66%), “Fomento de la práctica deportiva” (PMCP1).

V.8.10. No se especifica (16,66%), “No se especifica en el documento” (PMCP6).

Cuadro 28: Codificación de las unidades textuales- metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
V.8. Jóvenes	V.8.1. Programas de ocio alternativo (63,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Educación para la salud: estilos de vida saludables” (PMCP1); - “Programa de alternativas de ocio y tiempo libre saludable en adolescentes” (PMCP2); - “Programa de alternancias al ocio en fin de semana: ESPACIO JOVEN “LA OTRA CARA DE LA LUNA” (PMCP4); - “Promoción de actividades alternativas de ocio en fines de semana para adolescentes y jóvenes” (PMCP5).
	V.8.2. Acciones formativas (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Acciones formativas e informativas integradas en el programa de educación de adultos para jóvenes” (PMCP1); - “Programa de prevención del consumo de drogas en educación reglada no obligatoria” (PMCP2).
	V.8.3. Información (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Acciones formativas e informativas integradas en el programa de educación de adultos para jóvenes e Información juvenil” (PMCP1).
	V.8.3. Talleres de prevención (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Taller de prevención de alcohol y tabaco en ambientes prelaborales” (PMCP3).
	V.8.5. Dinamización cultural (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Programa de dinamización cultural” (PMCP1).
	V.8.6. Promoción del Asociacionismo (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Promoción de la participación y el asociacionismo juvenil” (PMCP1).
	V.8.7. Orientación laboral (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Acciones de orientación y formación para la inserción laboral” (PMCP1).
	V.8.8. Certámenes y concursos (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Certámenes y concursos sobre temas de especial relevancia y fomento de la creación artística (PMCP1).
	V.8.9. Actividades deportivas (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Fomento de la práctica deportiva” (PMCP1).
	V.8.10. No se especifica (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “No se especifica en el documento” (PMCP6).

Cuadro 29: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
V.9. Adultos	Orientación laboral	No se especifica	Taller de prevención	No se especifica	Formación	Cursos de prevención
	Autoempleo					Proyectos de prevención comunitaria
	Información					Jornadas de trabajo
	Asociacionismo					
	Formación					
	Bibliotecas					

V.9.1. Taller de prevención (33,33%), “Talleres de formación para prevención del consumo de drogas dirigidos a centros de la mujer y centros de la tercera edad” (PMCP1); “Taller de prevención de alcohol y tabaco en ambientes prelaborales” (PMCP3).

V.9.2. No se especifica (33,33%), “No se especifica” (PMCP2); “No se especifica” (PMCP4).

V.9.3. Formación (33,33%), “Acciones formativas y de ocio en el programa de centros culturales” (PMCP1); “Proporcionar una oferta formativa y de capacitación en la materia a los adultos” (PMCP5); “Realización de cursos de formación sobre prevención de drogodependencias” (PMCP6).

V.9.4. Autoempleo (16,66%), “Promoción del autoempleo” (PMCP1).

V.9.5. Información (16,66%), “Difusión de la información” (PMCP1).

V.9.6. Biblioteca (16,66%), “Acciones de prevención del consumo de drogas en el marco de bibliotecas municipales” (PMCP1).

V.9.7. Orientación laboral (16,66%), “Acciones de orientación y formación para la inserción laboral” (PMCP1).

V.9.8. Proyectos de prevención comunitaria (16,66%), “Realización de Proyectos de Prevención Comunitaria de Drogodependencias ajustados a la realidad y necesidades de cada barrio...” (PMCP6)

V.9.9. Jornadas de trabajo (16,66%), “Organización de jornadas de trabajo en las que participen cada una de las zonas de actuación comunitaria...” (PMCP6).

Cuadro 30: Codificación de las unidades textuales- metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
V.9. Adultos	V.9.2. No se especifica (33,33%)	- “No se especifica” (PMCP2); - “No se especifica” (PMCP4).
	V.9.2. No se especifica (33,33%)	- “No se especifica” (PMCP2); - “No se especifica” (PMCP4).
	V.9.3. Formación (33,33%)	- “Acciones formativas y de ocio en el programa de centros culturales” (PMCP1); - “Proporcionar una oferta formativa y de capacitación en la materia a los adultos” (PMCP5).
	V.9.4. Autoempleo (16,66%)	- “Promoción del autoempleo” (PMCP1).
	V.9.5. Información (16,66%)	- “Difusión de la información” (PMCP1).
	V.9.6. Biblioteca (16,66%)	- “Acciones de prevención del consumo de drogas en el marco de bibliotecas municipales” (PMCP1).
	V.9.7. Orientación laboral (16,66%)	- “Acciones de orientación y formación para la inserción laboral” (PMCP1).
	V.9.8. Proyectos de prevención comunitaria (16,66%)	- “Realización de Proyectos de Prevención Comunitaria de Drogodependencias ajustados a la realidad y necesidades de cada barrio...” (PMCP6).
	V.9.9. Jornadas de trabajo (16,66%)	- “Organización de jornadas de trabajo en las que participen cada una de las zonas de actuación comunitaria...” (PMCP6).

Cuadro 31: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
V.10. Otros colectivos	No se especifica	Programa de formación	No se especifica	No se especifica	No se especifica	Información y sensibilización
		Apoyo a ONGs				Formación
		Reducción de la oferta				Divulgación de materiales
						Alternativas saludables ocio y tiempo libre

V.10.1. No se especifica (66,66%) “No se especifica” (PMCP1); “No se especifica” (PMCP3); “No se especifica” (PMCP4); “No se especifica” (PMCP5).

V.10.2. Programa de formación (16,66%), “Programa de formación en prevención de drogodependencias a mediadores sociales” (PMCP2); “Colaboración en actuaciones de Formación...” (PMCP6).

V.10.3. Apoyo a ONGs (16,66%), "Programa de apoyo a ONGs de ámbito local que desarrollen programas de prevención de drogodependencias" (PMCP2).

V.10.4. Reducción de la oferta (16,66%), “Desarrollo de medidas de reducción de la oferta de drogas” (PMCP2).

V.10.5. Información (16,66%), “Colaboración para la realización de actividades de información y sensibilización” (PMCP6).

V.10.6. Divulgación de materiales (16,66%), “Divulgación de materiales informativos sobre prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas...” (PMCP6).

V.10.7. Alternativas saludables ocio y tiempo libre (16,66%), “Apoyo a actividades relacionadas con educación para la salud y alternativas saludables para la ocupación del tiempo libre” (PMCP6).

Cuadro 32: Codificación de las unidades textuales- metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
V.10. Otros colectivos	V.10.1. No se especifica (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “No se especifica” (PMCP1); - “No se especifica” (PMCP3); - “No se especifica” (PMCP4); - “No se especifica” (PMCP5).
	V.10.2. Programa de formación (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Programa de formación en prevención de drogodependencias a mediadores sociales” (PMCP2); - “Colaboración en actuaciones de Formación...” (PMCP6).
	V.10.3. Apoyo a ONGs (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - "Programa de apoyo a ONGs de ámbito local que desarrollen programas de prevención de drogodependencias" (PMCP2).
	V.10.4. Reducción de la oferta (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Desarrollo de medidas de reducción de la oferta de drogas” (PMCP2).
	V.10.5. Información (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Colaboración para la realización de actividades de información y sensibilización” (PMCP6).
	V.10.6. Divulgación de materiales (16,66)	<ul style="list-style-type: none"> - “Divulgación de materiales informativos sobre prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas...” (PMCP6).
	V.10.7. Alternativas saludables ocio y tiempo libre (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Apoyo a actividades relacionadas con educación para la salud y alternativas saludables para la ocupación del tiempo libre” (PMCP6).

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Actividades preventivas versus destinatarios*, se ha subdividido en diez categorías bajo los títulos *Población general, Padres y madres, Profesores, Alumnos, Empresarios, Trabajadores, Jóvenes, Adultos y Otros colectivos*. Estas categorías responden a los destinatarios de las actividades preventivas propuestas.

La categoría *Población general*, hace referencia a las actividades que se realizan con la población en general, y se ha dividido en nueve subcategoría. La primera de ellas, y la de mayor frecuencia, corresponde a *Campañas de información*, que se ha recogido en tres de los seis planes analizados, estas campañas consisten en difusión del Plan, información, sensibilización sobre el fenómeno de la drogadicción y difusión de las actividades. En segundo lugar, por orden de frecuencia, recogemos la subcategoría *No se especifica*, registrada en dos de los seis textos analizados, esta subcategoría nos informa sobre la ausencia de información respecto a las actividades que se realizan en materia de drogodependencias con la población en general; esto no significa que no se realicen actividades con este colectivo, o de carácter general, sólo significa que no se indican en el plan. Las siguientes subcategorías tienen la misma frecuencia todas ellas, pues aparecen sólo en uno de los textos analizados, la mayoría de ellas se registran en una corporación pública, lo que nos da una idea del esfuerzo que realizan con la población en general en esta localidad, y de la variedad de las actividades en los diferentes municipios. La tercera subcategoría que hemos registrado es la de *Programas de prevención de psicofármacos*, programa destinado a la población general después de haber identificado un alto consumo de estas sustancias en esta localidad a la que hace referencia el plan analizado. La cuarta subcategoría hace referencia a la *Investigación sociológica*, sobre opiniones, creencias e ideas en materia de drogodependencias. Como ya hemos reflejado anteriormente se encuentra en uno de los seis planes analizados La quinta subcategoría se ha denominado *Actividades deportivas*, con la proyección de ofertar estilos de vida saludables a la población en general. La sexta subcategoría se ha denominado *Actividades de Promoción de Salud*, y hace

referencia a la realización anual de actuaciones específicas de promoción de la salud. La séptima subcategoría hace referencia a *Jornadas Municipales*, jornadas que se realizan para presentar a la población la evolución del plan municipal. La octava subcategoría hace alusión al *Cumplimiento de la Ley general sobre drogas y las ordenanzas municipales*, centrada en la acción represiva para hacer cumplir las leyes en materia de drogodependencias. Y la última subcategoría denominada *Colaboración en el control de tráfico de drogas ilegales*, muy relacionada con la anterior y centrada en el aspecto represivo de la actuación en drogodependencias.

La segunda categoría, denominada *Padres y madres*, hace referencia a las actividades que se realizan con los padres y madres de los alumnos de los centros escolares y se ha dividido en siete subcategorías. La primera de ellas *Actividades formativas* tiene una frecuencia de cinco a seis, dentro de esta subcategoría se han incluido acciones formativas tales como charlas, cursos, escuelas de padres. La segunda subcategoría la forman los *Programas de prevención escolar*, estos programas se realizan con iniciativas del propio centro escolar y está formada por programas de Educación para la salud en centros Docentes y por programas de prevención escolar del consumo de drogas; la frecuencia con la que se ha recogido esta subcategoría es de dos textos de los seis analizados. La tercera subcategoría tiene la misma frecuencia que la anterior y la hemos denominado *Difusión de materiales*, y consiste en difundir materiales informativos como guías de padres, folletos sobre educación para la salud, etc. En cuarto lugar destacamos la subcategoría *Coordinación y Asesoramiento*, se incluye bajo este título acciones de coordinación y asesoramiento para el desarrollo de actividades preventivas realizadas por las AMPAs; la frecuencia con la que aparece es baja, solamente aparece en uno de los seis textos analizados. El resto de subcategorías se han localizado en un municipio, lo que nos da una idea de la variedad de las actividades y de la exclusividad de las mismas en algunos municipios. La siguiente subcategoría, la número cinco, se ha denominado *Jornadas de trabajo*, y hace referencia a unas jornadas anuales que se realiza con las AMPAs. La subcategoría número seis aborda *Actividades extraescolares*, recogiendo la realización de actividades extraescolares complementarias en los centros educativos. La séptima y última subcategoría ha sido recogida bajo el título

Talleres de salud, estos talleres de salud son realizados por los alumnos, pero se gestionan a través de las AMPAs en horario extraescolar.

La tercera categoría denominada *Profesores*, hace referencia a todas aquellas actividades dirigidas al profesorado, tanto de Educación Primaria como de Secundaria, se ha dividido en cuatro subcategorías, la primera de ellas hace referencia a los *Programas de prevención escolar*, ha aparecido en cinco de los seis textos analizados, y en ella se incluyen los programas escolares de Educación para la salud, programas de prevención escolar del consumo de drogas, tutorías compartidas sobre prevención del abuso de alcohol y tabaco y apoyo a proyectos de Educación para la salud, estos programas son para que los desarrollen los profesores en las aulas de los centros educativos, y se les facilita apoyo, asesoramiento y seguimiento desde el Plan municipal. En segundo lugar hemos recogido la subcategoría *Formación*, esta ha aparecido en tres de los seis planes analizados, en ella se hace referencia a ofertas formativas en colaboración con los Centros de Profesores y Recursos, formación centrada en Educación para la salud y prevención de drogodependencias. La tercera subcategoría se denomina *Dotación de materiales*, hace referencia a la oferta de materiales didácticos de Educación para la salud que se ofrecen desde los planes municipales, y ha aparecido en dos de los seis planes municipales analizados, lo que llama la atención, pues es un servicio que deberían ofertar todos los planes. En último lugar hemos recogido la subcategoría *Apoyo a la promoción de bebidas saludables*, sólo la hemos recogido en un de los seis textos analizados, y consiste en ofrecer apoyo para la promoción de bebidas saludables sin alcohol en el marco de semanas culturales, viajes extraescolares, etc.

La cuarta categoría denominada *Alumnos*, hace referencia a todas aquellas actividades que desde el Plan municipal van dirigidas a los alumnos de los centros escolares, se ha dividido en siete subcategorías; la primera de ellas, que se ha presentado en todos los textos analizados ha sido *Programas de prevención escolar*, estos programas son fundamentalmente de educación para la salud, constituyen programas de prevención escolar del consumo de drogas, destacamos programas como *En la Huerta con mis amigos*, *Educación en valores*, etc. En segundo lugar y con una frecuencia menor, sólo ha aparecido en dos de los seis

Planes municipales, tenemos la subcategoría *Talleres de prevención*, compuesta por los talleres de prevención de alcohol y tabaco, desarrollo personal, etc. Es de destacar que estas actividades son desarrolladas por personal ajeno al profesorado docente. En tercer lugar y con la misma frecuencia que la subcategoría anterior, es decir, aparece en dos de los seis textos analizados, está la que se ha denominado *Mediadores juveniles*, y la componen talleres de prevención para mediadores juveniles con la intención de captar y formar a jóvenes para que ellos mismos sean elementos transmisores de hábitos saludables. La cuarta subcategoría la componen *Actividades extraescolares de ocio saludable*, ésta sólo se presenta en uno de los seis textos analizados, al igual que las siguientes subcategorías. La quinta subcategoría *Apoyo escolar*, la componen programas de apoyo escolar a grupos de riesgo. La sexta la componen las *Tutorías compartidas*, que son programas de prevención escolar que se ofertan desde los planes, en nuestro caso sólo uno, y que imparten profesores ajenos al centro educativo en horario de tutoría en ocasiones compartidas por el profesor tutor. La séptima y última categoría hace referencia a aquellos textos en los que no se indica nada al respecto de las actividades realizadas con los alumnos, *No se especifica*, en este caso sólo ha habido un municipio.

La quinta categoría denominada *Empresarios*, hace referencia a aquellas actividades que se realizan con el sector empresarial. Esta categoría se ha subdividido en cuatro subcategorías, la primera de ellas y la que con mayor frecuencia ha aparecido es *No se especifica*; esto nos da una clara idea de la ausencia de actuaciones en este sector de la población, han sido cuatro de los seis planes analizados en los que se ha dado esta circunstancia. En segundo lugar hemos recogido la subcategoría *Formación*, que ha aparecido con una frecuencia baja, en dos de los seis textos analizados, esta formación en prevención de drogodependencias se ha dirigido a representantes sindicales y a comités de empresas, así como apoyo a actividades de formación y sensibilización sobre un tema en boga, la salud laboral. La tercera categoría es la denominada *Difusión del material*, tiene la misma frecuencia que la anterior y constituye la difusión de materiales de prevención de drogodependencias en las empresas, así como divulgación de materiales informativos sobre prevención y atención del tabaquismo. La cuarta y última categoría es la *Prevención y control del*

tabaquismo, aparece en uno de los seis textos que hemos analizado, y la componen actuaciones de prevención y control de tabaquismo, en consonancia con las políticas de reducción del consumo de tabaco en nuestro país.

La sexta categoría denominada *Trabajadores*, hace referencia a las actividades en materia de drogodependencia destinada a la población trabajadora, dentro de esta categoría hemos recogido tres subcategorías, la primera de ellas y la que en mayor frecuencia ha aparecido, al igual que en la categoría *Empresarios*, es aquella que recoge la ausencia de información referida a este aspecto en los documentos analizados y que hemos denominado *No se especifica*, subcategoría recogida en cuatro de los seis planes municipales analizados. La segunda subcategoría recogida corresponde a *Programa de prevención*, que hace referencia a aquellos programas de prevención de drogodependencias en el ámbito laboral destinados a los trabajadores, esta subcategoría ha aparecido en uno de los seis planes municipales analizados, dato que nos proporciona una idea de la necesidad de seguir invirtiendo esfuerzos y acciones en el ámbito laboral como ya indicaba Míguez (1999). En tercer y último lugar hemos recogido la subcategoría *Actividades de coordinación con las organizaciones sindicales*, dirigidas a los trabajadores, y ha aparecido en uno de los seis textos analizados.

La séptima categoría denominada, *Niños y adolescentes*, hace referencia a las actividades preventivas destinadas a niños y adolescentes fuera del ámbito escolar. Se ha dividido en siete subcategorías, la de mayor frecuencia es *Programas de ocio y tiempo libre*, y se ha registrado en cinco de los seis planes analizados, agrupa actividades como la elaboración de una guía de ocio dirigida a niños y adolescentes, programas de actividades de ocio y tiempo libre y mantenimiento de proyectos de ocio y tiempo libre, constituyendo este espacio un lugar clave en las actividades dirigidas a adolescentes y jóvenes (Comas, 2001). La segunda subcategoría es la denominada *Animación a la lectura*, se ha recogido en dos de los seis textos analizados y contribuye a la creación y mantenimiento de ludotecas, así como programas de animación a la lectura en la red de bibliotecas municipales. Las siguientes subcategorías han aparecido en una frecuencia más baja, registradas en uno de los seis textos analizados. Así, en tercer lugar hemos recogido la subcategoría *Intervención socioeducativa*, incluyendo aquí programas

de intervención con grupos más desfavorecidos, programas de inclusión social y de refuerzo educativo como acciones preventivas. En cuarto lugar hemos recogido la subcategoría *Acción comunitaria*, haciendo alusión a aquellos programas de desarrollo con grupos de niños específicos actuando desde distintos ángulos, familiar, social, escolar, lúdico, etc. En quinto lugar hemos recogido la subcategoría *Deporte*, incluyendo bajo éste rótulo actividades deportivas para chavales en edad escolar. En sexto lugar tenemos la subcategoría *Escuela de verano*, recogiendo este tipo de iniciativas que han sido promocionadas en buena proporción por los programas de prevención de drogodependencias. En último y séptimo lugar tenemos la subcategoría *No se especifica*, reflejando que hay textos en los que no se hace mención a este tipo de actividades, en este caso sólo ha ocurrido en uno de los seis textos analizados.

La octava categoría se ha denominado *Jóvenes*, y recoge todas aquellas actividades dirigidas al sector de la población juvenil. Se ha dividido en diez subcategorías, la de mayor frecuencia se ha registrado en cuatro de los seis textos analizados y corresponde a *Programas de ocio alternativo*, confirmando la dotación de esfuerzos en este campo con el objetivo de prevención de drogodependencias (Comas, 2001), se han incluido aquí programas tales como Educación para la salud: estilos de vida saludables, programas de ocio y tiempo libre alternativo y alternativas al ocio en fin de semana. Destacar que la vinculación de ocio de fin de semana con el consumo de drogas ha llevado a crear programas alternativos a la oferta de ocio dominante, programas que todavía hoy por hoy se ven como puntuales y con escasa repercusión. En segundo lugar nos encontramos con la subcategoría *Acciones formativas*, incluyendo aquí programas de prevención del consumo de drogas en educación reglada no obligatoria como es el caso de los centros de educación de adultos, apareciendo en dos de los seis textos analizados. En tercer lugar y siguiendo la misma línea que la subcategoría anterior, hemos recogido *Talleres de prevención del consumo excesivo de alcohol y tabaco en ambientes prelaborales*, Escuelas talleres, Programas de Iniciación profesional para el Empleo, destacando en este sentido la prevención de aquellas drogas que son socialmente mejor vistas, legales y más accesibles. Esta subcategoría aparece en uno de los seis textos analizados, al igual que las subcategorías restantes. En cuarto lugar recogemos la subcategoría *Información*,

recogiendo bajo este rótulo las acciones informativas integradas en los programas de Educación de Adultos para jóvenes. En quinto lugar aparece la subcategoría *Dinámica cultural*, integrando programas de dinamización cultural de diferentes grupos juveniles, aspecto importante para favorecer el desarrollo comunitario, herramienta de los planes municipales de drogodependencias (Palacios, 2001). En sexto lugar y en la misma línea destacan aspectos necesarios para el desarrollo comunitario y que hemos recogido la subcategoría *Promoción del asociacionismo*, incluyendo aquí, programas de promoción de la participación y el asociacionismo juvenil. En séptimo lugar hemos recogido la subcategoría *Orientación laboral*, considerando que es importante una buena integración en el mundo laboral para prevenir problemas en materia de drogodependencias. En octavo lugar hemos recogido *Certámenes y concursos*, en este apartado se agrupan actividades como certámenes y concursos sobre temas de especial relevancia y fomento de la creación artística. En noveno lugar hemos recogido la subcategoría *Actividades deportivas*, esta subcategoría recoge las actividades deportivas dirigidas a los jóvenes. En último lugar y décimo hemos recogido la subcategoría *No se especifica*, reflejando que también en esta categoría hay textos que no se pronuncian respecto a las actividades dirigidas a jóvenes en materia de drogodependencias.

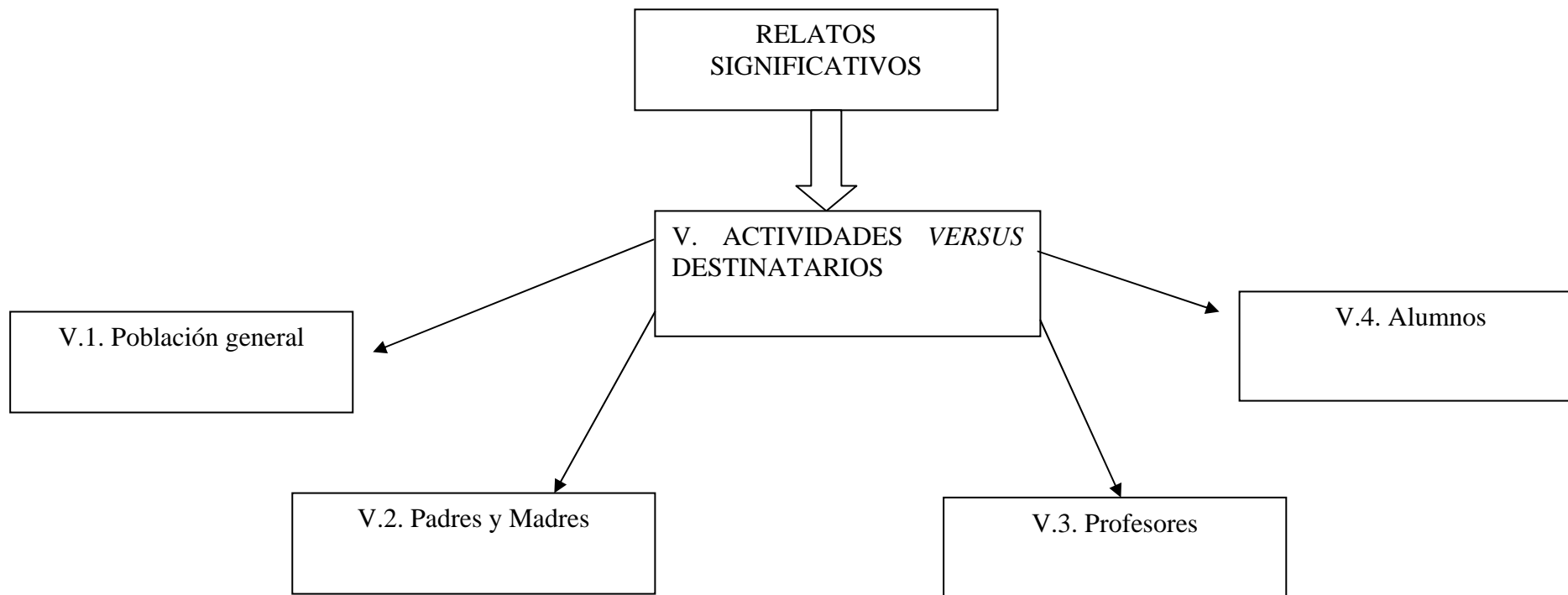
La novena categoría se ha denominado *Adultos*, y recoge todas aquellas actividades dirigidas al sector de la población adulta. Se ha dividido en ocho subcategorías, la de mayor frecuencia se ha registrado en dos de los seis textos analizados, se ha denominado *Taller de prevención*, y recoge aquellos talleres de formación para prevenir el consumo de drogas en centros de la mujer, de mayores y en ambientes prelaborales. La segunda subcategoría se denomina *Formación*, que consiste en acciones formativas en materia de drogodependencias en centros culturales, oferta formativa y capacitación y cursos de formación sobre prevención de drogodependencias, esta subcategoría se ha registrado en tres de los seis textos analizados. En tercer lugar hemos recogido la subcategoría *No se especifica*, con la misma frecuencia que las anteriores, es decir, ha aparecido en dos de los seis textos analizados. En cuarto lugar hemos recogido en uno de los seis planes analizados la subcategoría *Información*, haciendo referencia a la difusión de la información en materia de drogodependencias. En quinto lugar hemos registrado

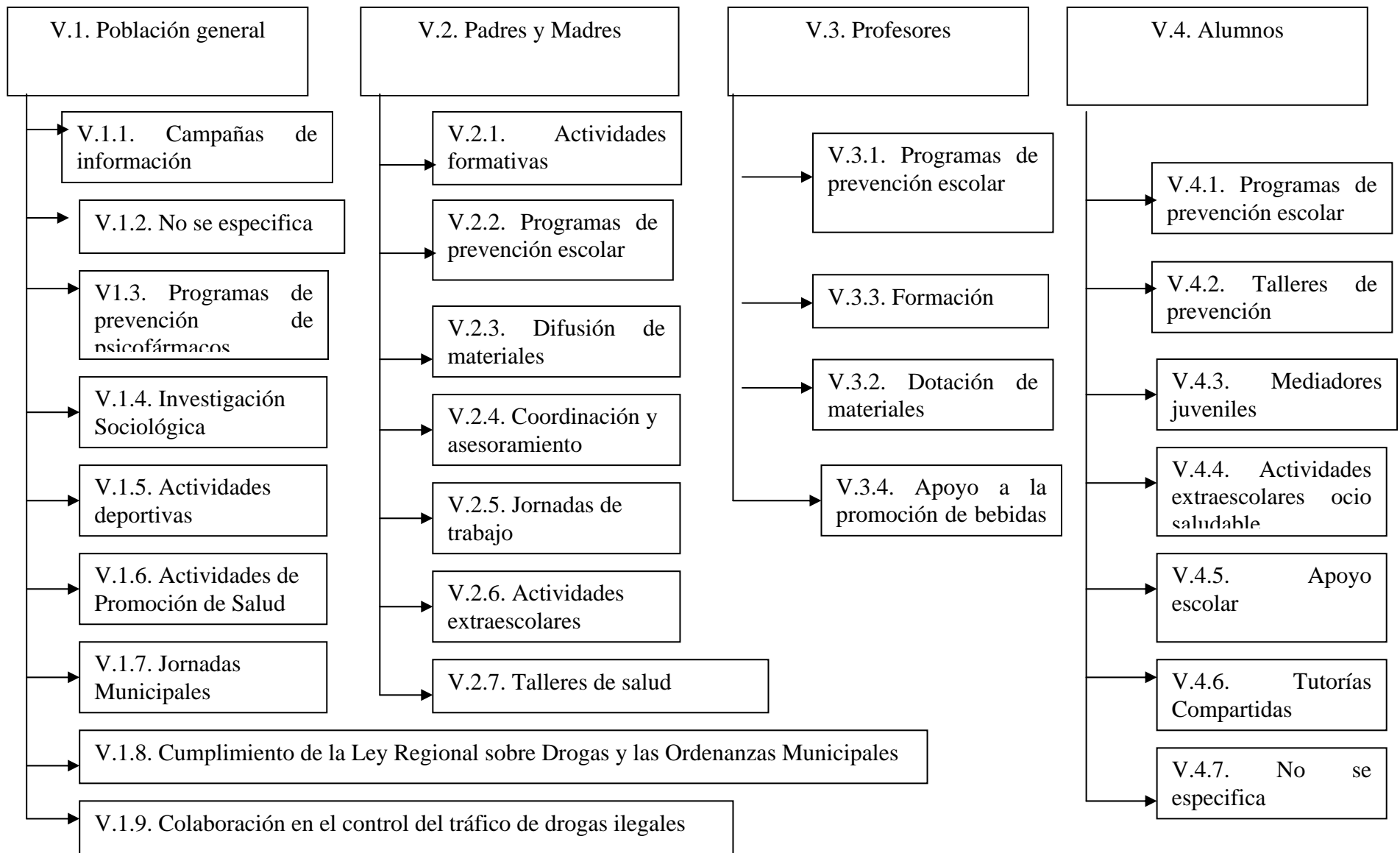
la subcategoría *Biblioteca*, ha aparecido en uno de los seis textos analizados, recogiendo aquí las acciones de prevención del consumo de drogas en el marco de bibliotecas municipales. En sexto lugar la subcategoría recogida ha sido *Orientación laboral*, con la misma frecuencia que las dos subcategorías anteriores, aquí se incluyen las acciones de orientación y formación para la inserción laboral, como marco de inclusión social y prevención de las drogodependencias. En séptimo lugar tenemos la subcategoría *Proyectos de prevención comunitaria*, con una frecuencia de un texto de los seis analizados, se incluye aquí la realización de proyectos de prevención comunitaria de drogodependencias ajustados a la realidad y a las necesidades de cada una de los grupos a los que se dirige. En último lugar, y octavo, hemos recogido la subcategoría *Jornadas de trabajo*, que ha aparecido en uno de los seis textos analizados, e incluye la organización de jornadas de trabajo en las que participan cada una de las zonas de actuación comunitaria, así como destacar que esta subcategoría y la anterior son elementos claves de la acción comunitaria herramientas de trabajo de los planes municipales de drogodependencias.

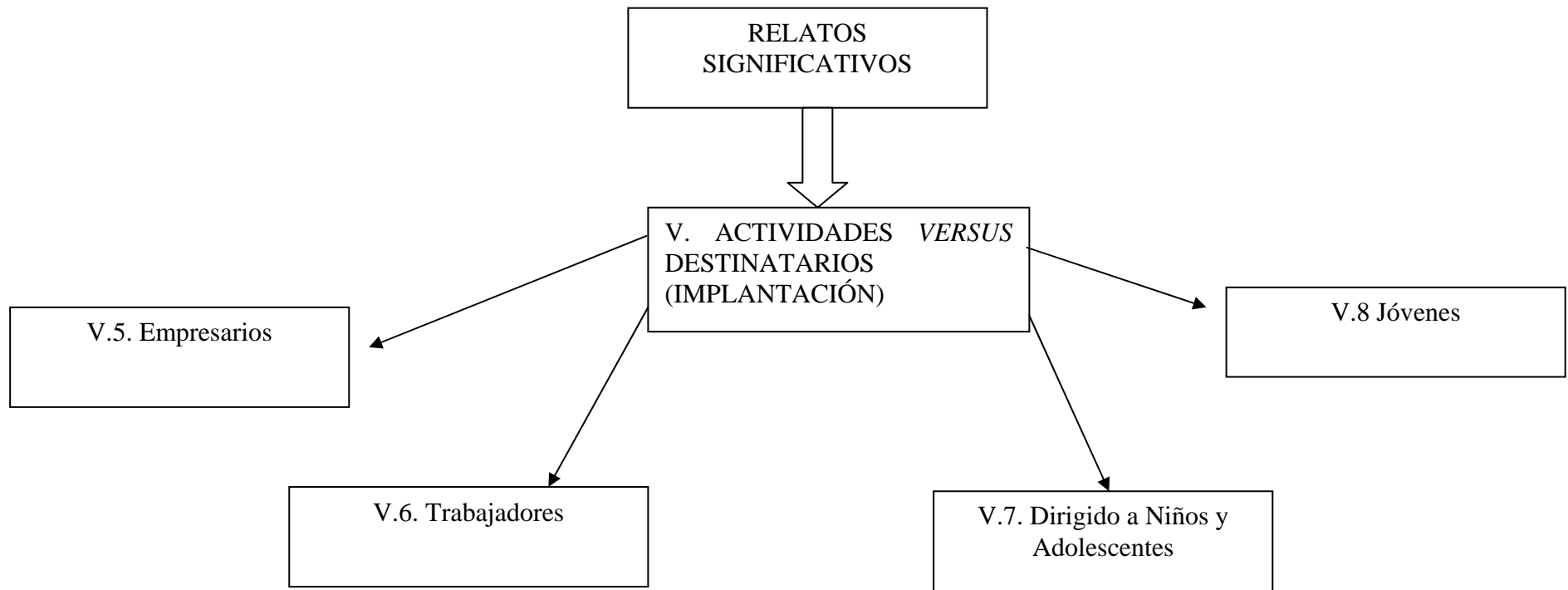
La décima categoría se ha denominado *Otros colectivos*, y recoge todas aquellas actividades dirigidas a otros colectivos no mencionados en las anteriores categorías, así otros destinatarios de las acciones preventivas han sido los grupos minoritarios, inmigrantes, personas con escasos recursos económicos y sociales, militares, mediadores sociales y ONGs. Se ha dividido en seis subcategorías, la de mayor frecuencia se ha registrado en cuatro de los seis textos analizados, se ha denominado *No se especifica*, y recoge aquellos planes analizados en los que no se hace mención a otros colectivos de acción, la frecuencia es bastante alta, *lo que no ha permitido confirmar que las categorías seleccionadas estaban ajustadas a los planes analizados*. En segundo lugar hemos recogido la subcategoría *Programas de formación*, se ha encontrado con una frecuencia de un texto de los seis analizados, se incluyen aquí programas de formación en prevención de drogodependencias a mediadores sociales, colaboración en actuaciones de formación con inmigrantes en materia de drogodependencias. En tercer lugar hemos recogido la subcategoría *Apoyo a ONGs* de ámbito local para el desarrollo de programas de prevención de drogodependencias, esta subcategoría se ha registrado en uno de los seis planes analizados. En cuarto lugar hemos recogido en

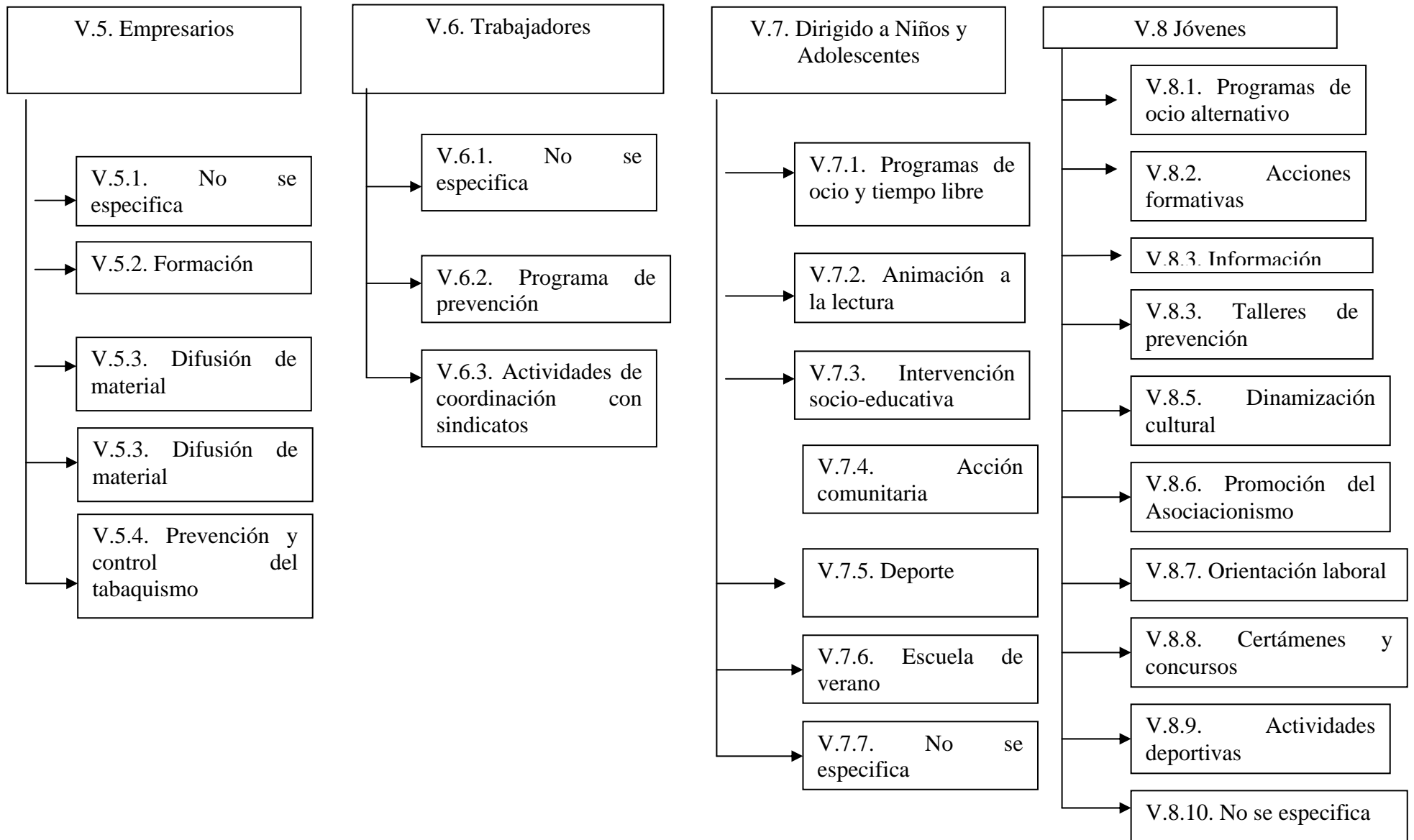
uno de los seis textos la subcategoría *Reducción de la oferta*, contemplando aquí medidas de reducción de la oferta de drogas. En quinto lugar hemos recogido en uno de los seis textos analizados, la subcategoría *Información*, en la que se incluye la colaboración con las fuerzas armadas para la realización de actividades de información y sensibilización en materia de drogodependencias. En sexto y último lugar hemos recogido la subcategoría *Divulgación de materiales*; con la misma frecuencia que las cuatro subcategorías anteriores, se agrupan aquí acciones de divulgación de materiales informativos sobre prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas dirigidos a las fuerzas armadas.

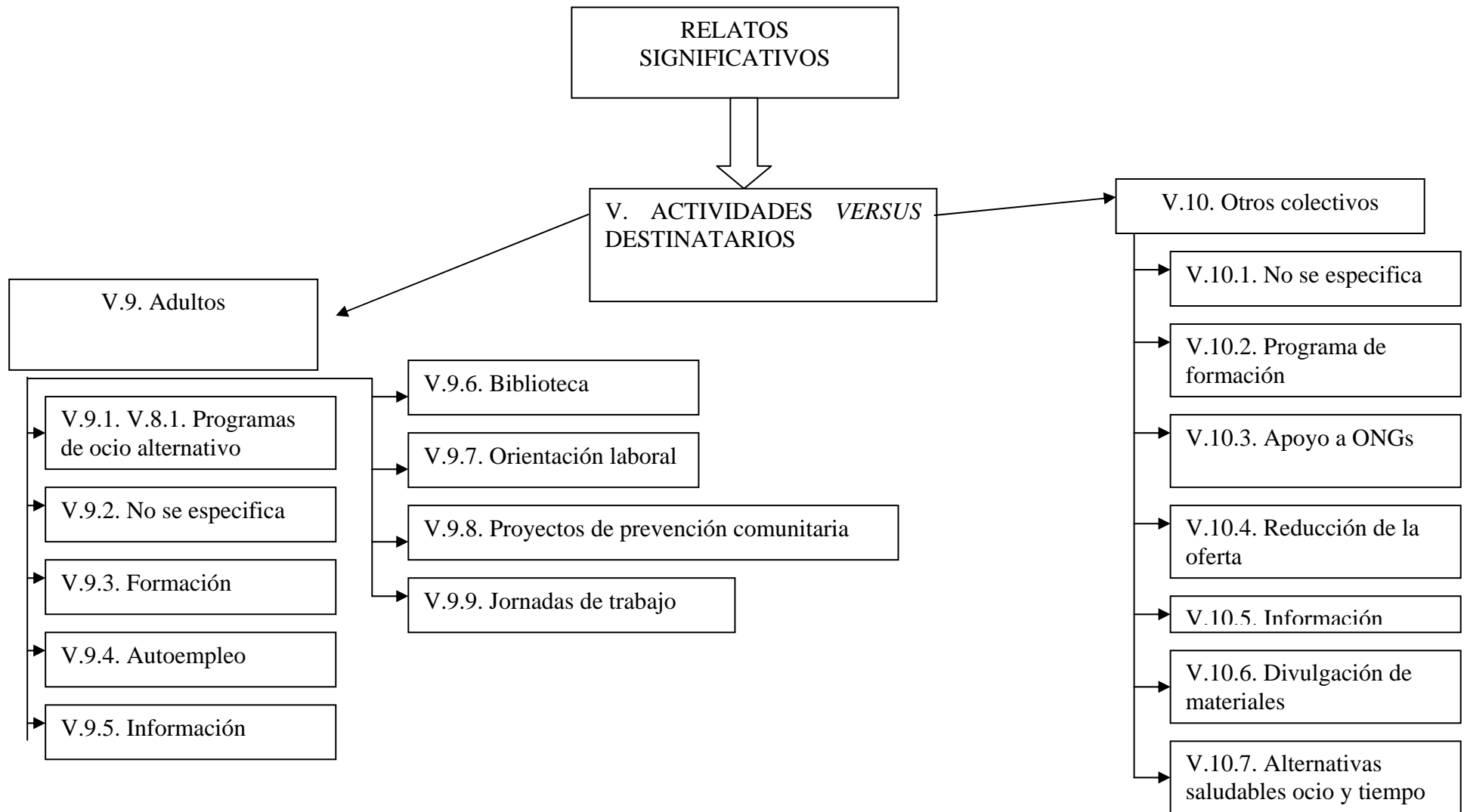
Mapa conceptual 5: Metacategoría V











METACATEGORÍA

VI. RECURSOS

Cuadro 33: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.1. Recursos Financieros	Financiación de Ayuntamiento para realización de programas nuevos y ya existentes.	Financiación de Ayuntamiento para realización de programas nuevos y ya existentes.	No se especifican	Financiación de Ayuntamiento para realización de programas nuevos y ya existentes.	No se especifica	Aportación del Ayuntamiento
	Convenio entre la Consejería de Sanidad y el Ayuntamiento.	Convenio entre la Consejería de Sanidad		Consejería de Sanidad y Consumo		Subvenciones y convenios Comunidad Autónoma
	Financiación Unión Europea a proyectos específicos.			Otras administraciones públicas		Ayudas económicas por entidades privadas
				Entidades privadas y empresas		Ayudas económicas por otras Administraciones públicas

VI.1.1. Financiación del Ayuntamiento (66,66%), “Financiación de programas [...] iría a cargo de las partidas municipales que en la actualidad los dotan” (PMCP1); “por parte del Consejo Municipal de Servicios Sociales, se asignará anualmente una partida presupuestaria económica específica...” (PMCP2); “Ayuntamiento de Jumilla (Presupuesto anual del Plan y aportaciones de otras áreas municipales)” (PMCP4); “procediendo por un lado de las aportaciones de los distintos servicios del Ayuntamiento” (PMCP6).

VI.1.2. Convenio entre la Consejería de Sanidad y el Ayuntamiento (66,66%), “Financiación [...] del convenio establecido entre la Consejería de Bienestar Social y Sanidad y el Ayuntamiento de Murcia” (PMCP1); “Financiación del Plan Municipal por parte de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia...” (PMCP2); “Consejería de Sanidad y Consumo (Convenios)” (PMCP4); “subvenciones y convenios con la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia” (PMCP6).

VI.1.3. Financiación de Otras Administraciones (50%), “Financiación que pueda solicitarse a la Unión Europea, para proyectos concretos...” (PMCP1); “Otras Administraciones Públicas (Posibles subvenciones)” (PMCP4); “y de otras subvenciones o ayudas económicas para la prevención y atención de drogodependencias de otras administraciones públicas” (PMCP6).

VI.1.4. No se especifica (33,33%), “No se especifica” (PMCP3); “No se especifica” (PMCP5)

VI.5. Entidades privadas y empresas (33,33%), “Entidades Privadas y Empresas (Posibles colaboraciones)” (PMCP4); “y entidades privadas a las que se pueda acceder como entidad local” (PMCP6).

Cuadro 34: Codificación de las unidades textuales- metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
Recursos Financieros	VI.1.1. Financiación del Ayuntamiento (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Financiación de programas [...] iría a cargo de las partidas municipales que en la actualidad los dotan” (PMCP1); - “Por parte del Consejo Municipal de Servicios Sociales, se asignará anualmente una partida presupuestaria económica específica...” (PMCP2); - “Ayuntamiento de Jumilla (Presupuesto anual del Plan y aportaciones de otras áreas municipales)” (PMCP4); - “procediendo por un lado de las aportaciones de los distintos servicios del Ayuntamiento” (PMCP6).
	VI.1.2. Convenio entre la Consejería de Sanidad y el Ayuntamiento (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Financiación [...] del convenio establecido entre la Consejería de Bienestar Social y Sanidad y el Ayuntamiento de Murcia” (PMCP1); - “Financiación del Plan Municipal por parte de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia...” (PMCP2); - “Consejería de Sanidad y Consumo (Convenios)” (PMCP4); - “subvenciones y convenios con la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia” (PMCP6).
	VI.1.3. Financiación de Otras Administraciones (50%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Financiación que pueda solicitarse a la Unión Europea, para proyectos concretos...” (PMCP1); - “Otras Administraciones Públicas (Posibles subvenciones)” (PMCP4).
	VI.1.4. No se especifica (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “No se especifica” (PMCP3); - “No se especifica” (PMCP5)
	VI.5. Entidades privadas y empresas (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Entidades Privadas y Empresas (Posibles colaboraciones)” (PMCP4); - y entidades privadas a las que se pueda acceder como entidad local” (PMCP6).

Cuadro 35: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.2. Recursos Institucionales (Materiales)	Infraestructura de áreas municipales	Infraestructura de áreas municipales	No se especifica	Infraestructura de áreas municipales	No se especifica	Infraestructura del área Municipal
	Fondo documental			Infraestructura de Administraciones y otros colectivos		Otras Administraciones y Organizaciones sociales

VI.2.1. Infraestructura de áreas municipales (60%), “Las infraestructuras con que cuentan las distintas áreas municipales” (PMCP1); “La instancia administrativa a la que queda adscrito el Plan Municipal sobre Drogodependencias es el Consejo Municipal de Servicios Sociales...” (PMCP2); “RECURSOS INSTITUCIONALES Y SOCIALES. A. Ayuntamiento...” (PMCP4); “los profesionales de las diversas delegaciones municipales coordinadas desde el Área de Bienestar...” (PMCP6).

VI.2.2. No se especifica (40%), “No se especifica” (PMCP3); “No se especifica” (PMCP5).

VI.2.3 Infraestructura administraciones y otros colectivos (20%), “RECURSOS INSTITUCIONALES Y SOCIALES [...] B. Administraciones y Otros...” (PMCP4); “DE OTRAS ADMINISTRACIONES (Centros de salud, Servicios de Educación para la Salud [...] y ORGANIZACIONES SOCIALES (asociaciones, sindicatos, consejo de juventud, etc.)” (PMCP6).

VI.2.4. Fondo documental (20%), “Creación de un fondo documental que recoja todo el material que exista o pueda existir en las distintas áreas municipales...” (PMCP1).

Cuadro 36: Codificación de las unidades textuales- metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
VI.2. Recursos Institucionales (Materiales)	VI.2.1. Infraestructura de áreas municipales (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Las infraestructuras con que cuentan las distintas áreas municipales” (PMCP1); - “La instancia administrativa a la que queda adscrito el Plan Municipal sobre Drogodependencias es el Consejo Municipal de Servicios Sociales...” (PMCP2); - “RECURSOS INSTITUCIONALES Y SOCIALES. A. Ayuntamiento...” (PMCP4); - “los profesionales de las diversas delegaciones municipales coordinadas desde el Área de Bienestar...” (PMCP6).
	VI.2.2. No se especifica (33,33%),	<ul style="list-style-type: none"> - “No se especifica” (PMCP3); - “No se especifica” (PMCP5).
	VI.2.3 Infraestructura administraciones y otros colectivos (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “RECURSOS INSTITUCIONALES Y SOCIALES [...] B. Administraciones y Otros...” (PMCP4); - “DE OTRAS ADMINISTRACIONES (Centros de salud, Servicios de Educación para la Salud [...] y ORGANIZACIONES SOCIALES (asociaciones, sindicatos, consejo de juventud, etc.)” (PMCP6).
	VI.2.4. Fondo documental (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Creación de un fondo documental que recoja todo el material que exista o pueda existir en las distintas áreas municipales...” (PMCP1).

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

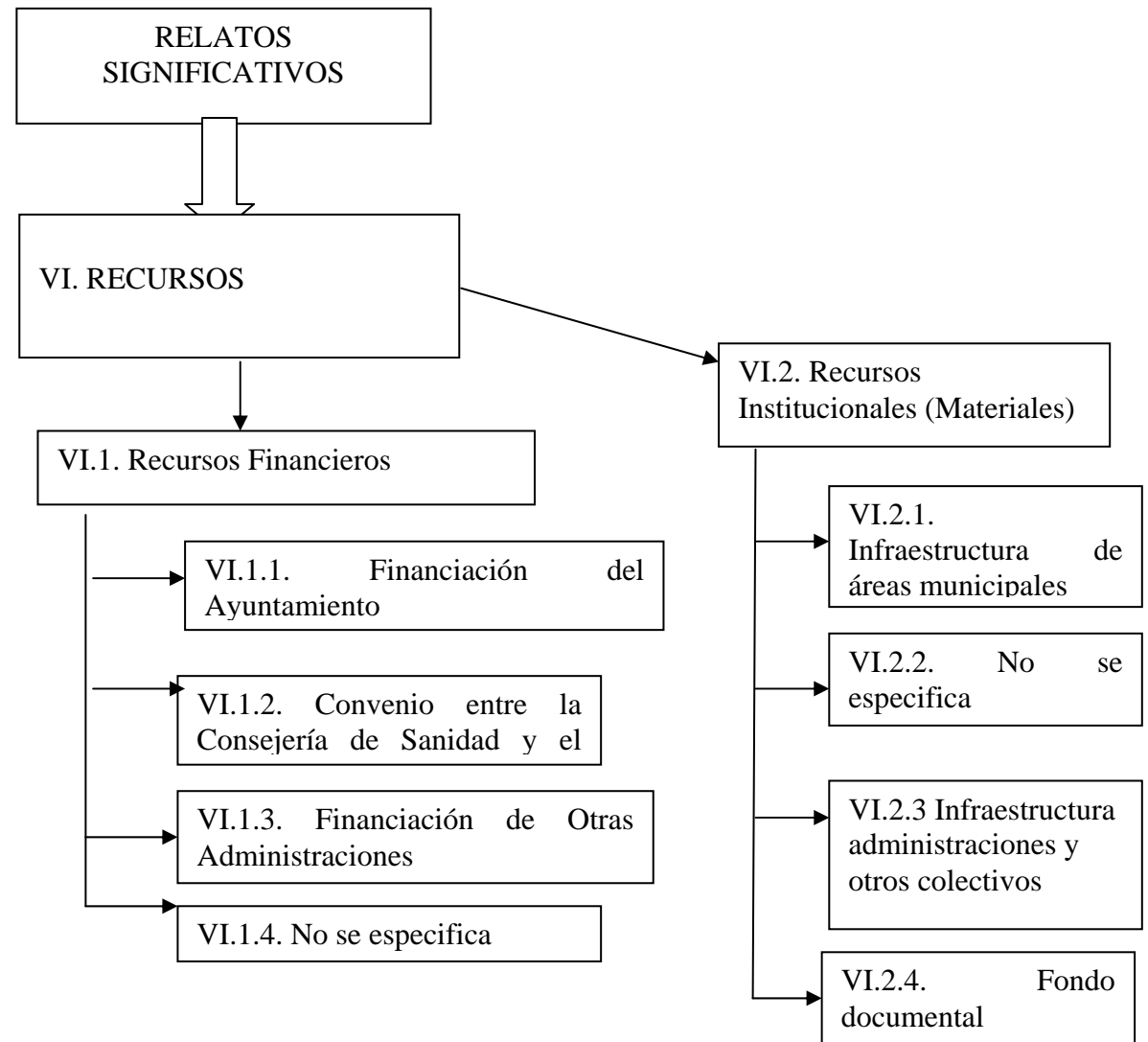
La metacategoría *Recursos*, se ha subdividido en dos categorías bajo los títulos *Recursos financieros* y *Recursos institucionales* (materiales). Estas categorías responden a los recursos destinados para la elaboración de los planes municipales de drogodependencias.

La categoría *Recursos financieros*, hace referencia a los recursos económicos para financiar las acciones de los planes municipales, y se ha subdividido en cinco subcategorías. La primera de ellas, y la de mayor frecuencia, corresponde a la *Financiación del Ayuntamiento*, que se ha recogido en cuatro de los seis textos analizados; en los dos textos en los que no aparece nada al respecto son aquellos en los que no se especifica ningún tipo de información en cuanto al tema de la financiación, así podríamos indicar que una de las principales vías de financiación son los ayuntamientos, a través de partidas presupuestarias. En segundo lugar hemos recogido la subcategoría *Convenio entre la Consejería y el Ayuntamiento*, con la misma frecuencia que la anterior, es decir, se ha registrado en cuatro de los seis planes analizados, esta es otra de las principales vías de financiación donde la colaboración de la Comunidad Autónoma es considerable. En tercer lugar hemos registrado la subcategoría *Financiación de otras Administraciones*, que ha aparecido en tres de los seis textos analizados, en las que se han incluido todas aquellas aportaciones de instituciones como la Unión Europea y subvenciones de otras administraciones públicas. En cuarto lugar hemos recogido la subcategoría *No se especifica*, que se ha dado en dos textos de los seis analizados como ya hemos comentado anteriormente. En quinto y último lugar hemos recogido la subcategoría *Entidades privadas y empresas*, que se ha encontrado en dos de los seis textos analizados, agrupando aquí las contribuciones económicas de empresas y otras entidades privadas que colaboran en la realización de los planes municipales de drogodependencias a través de subvenciones.

La categoría *Recursos Institucionales* (materiales), hace referencia a los recursos materiales ofertados por las diferentes instituciones. Esta categoría se ha subdividido en cuatro subcategorías. La primera de ellas y de mayor frecuencia es

de *Infraestructura de áreas municipales*, registrada en cuatro de los seis planes analizados, hace referencia a la infraestructura prestada por las diferentes áreas (juventud, educación, servicios sociales) de los Ayuntamientos, destacando que son éstos los principales suministradores de recursos a los planes municipales. El hecho de que los recursos dependen en su mayoría de los ayuntamientos tiene sus ventajas e inconvenientes, entre ellos destacamos que se adaptan mejor a las necesidades de cada población, pero también cada plan se verá obligado a depender de los recursos de los que dispone la corporación municipal y de su desarrollo económico. La segunda subcategoría se ha denominado *Infraestructura de otras administraciones y colectivos*, aparece recogida en dos de los seis textos analizados y reúne todas aquellas aportaciones que han realizado centros de salud, asociaciones, sindicatos, servicios de educación para la salud, etc. En tercer lugar por su frecuencia hemos establecido la subcategoría *No se especifica*, dado que dos de los seis textos analizados no han hecho mención a este respecto. En cuarto y último lugar hemos registrado la subcategoría *Fondo documental*, se ha localizado en uno de los seis planes municipales analizados, y se refiere a la creación de un fondo documental que recoge todo el material que existe en las distintas áreas municipales.

Mapa conceptual 6: Metacategoría VI



METACATEGORÍA

VII. EVALUACIÓN

Cuadro 37: Categorización por CP-metacategoría VII

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VII.1. Instrumentos de evaluación	Cuantitativo	Cualitativos	Datos cuantitativos: Cuestionarios	Datos cualitativos: Reuniones Observación Entrevistas Informes de actividades Memorias	No se especifica	No se especifica
	Cualitativo	Cuantitativos	Datos cualitativos: Observación Reuniones	Datos cuantitativos: Cuestionarios		

VII.1.1. Cuantitativos (66,66%), “Esto dependerá del tipo de evaluación propuesto y del tipo de análisis estadístico” (PMCP1); “Los informes han de recoger tanto medidas cuantitativas como cualitativas” (PMCP2); “En relación a las actividades realizadas [...] cuestionario de satisfacción del usuario” (PMCP3); “Para ello se utilizarán, entre otras, los siguientes instrumentos y técnicas [...] cuestionarios y plantillas de evaluación (monitores, participantes, etc.)” (PMCP4).

VII.1.2. Cualitativos (66,66%), “La fase final de la evaluación de resultados es el análisis de los datos y su interpretación” (PMCP1); “Los informes han de recoger tanto medias cuantitativas como cualitativas...” (PMCP2); “En relación al desarrollo de los distintos programas [...] Reuniones periódicas...” (PMCP3); “En relación a las actividades realizadas [...] reuniones” (PMCP4).

VII.1.3. No se especifica (33,33%), “No se especifica” (PMCP5); “No se especifica” (PMCP6).

Cuadro 38: Codificación de las unidades textuales- metacategoría VII

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
VII.1. Instrumentos de evaluación	VII.1.1. Cuantitativos (66,66%)	- “Esto dependerá del tipo de evaluación propuesto y del tipo de análisis estadístico” (PMCP1); - “Los informes han de recoger tanto medidas cuantitativas como cualitativas” (PMCP2); - “En relación a las actividades realizadas [...] cuestionario de satisfacción del usuario” (PMCP3); - “Para ello se utilizarán, entre otras, los siguientes instrumentos y técnicas [...] cuestionarios y plantillas de evaluación (monitores, participantes, etc.)” (PMCP4).
	VII.1.2. Cualitativos (66,66%)	- “La fase final de la evaluación de resultados es el análisis de los datos y su interpretación” (PMCP1); - “Los informes han de recoger tanto medias cuantitativas como cualitativas...” (PMCP2); - “En relación al desarrollo de los distintos programas [...] Reuniones periódicas...” (PMCP3); - “En relación a las actividades realizadas [...]reuniones” (PMCP4).
	VII.1.3. No se especifica (33,33%)	- “No se especifica” (PMCP5) - “No se especifica” (PMCP6).

Cuadro 39: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VII.2. ¿Durante qué periodo?	No se especifica	Informe anual	No se especifica	Memoria anual	No se especifica	No se especifica
		Informe final		Memoria final		

VII.2.1. No se especifica (66,66%), “No se especifica” (PMCP1); “No se especifica” (PMCP3); “No se especifica” (PMCP5); “No se especifica” (PMCP6).

VII.2.2. Informe anual (33,33%), “Informe anual” (PMCP2); “Memorias anuales y memoria final” (PMCP4).

VII.2.3. Informe final (33,33%), “En el último semestre de vigencia del Plan se elaborará un informe final” (PMCP2); “Memorias anuales y memoria final” (PMCP4).

Cuadro 40: Codificación de las unidades textuales- metacategoría VII

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
VII.2. ¿Durante qué periodo?	VII.2.1. No se especifica (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “No se especifica” (PMCP1); - “No se especifica” (PMCP3); - “No se especifica” (PMCP5); - “No se especifica” (PMCP6)
	VII.2.2. Informe anual (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Informe anual” (PMCP2); - “Memorias anuales y memoria final” (PMCP4).
	VII.2.3. Informe final (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “En el último semestre de vigencia del Plan se elaborará un informe final” (PMCP2); - “Memorias anuales y memoria final” (PMCP4).

Cuadro 41: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5
VII.3. Tipo de evaluación	Evaluación del proyecto	Evaluación de impacto (final)	Evaluación del proceso o de las actividades	Continua	No se especifica
	Evaluación del proceso		Evaluación final	Evaluación del diseño o inicial	
	Evaluación de resultados (final)			Evaluación del proceso	
				Evaluación final	

VII.3.1. Evaluación final o de resultados (66,66%), “La evaluación del proceso permitirá medir la calidad de desarrollo del programa...” (PMCP1); “En la medida de lo posible, se establecerá una evaluación del impacto” (PMCP2); “En relación a las actividades realizadas” (PMCP3); “Evaluación del proceso, a lo largo del desarrollo del Plan” (PMCP4).

VII.3.2. Evaluación de proceso (50%), “La evaluación de resultados describe los efectos inmediatos del programa” (PMCP1); “En la medida de lo posible, se establecerá una evaluación del impacto” (PMCP2) ; “En relación a los objetivos últimos del Plan de Prevención” (PMCP3).; “Evaluación final o de resultados” (PMCP4).

VII.3.3. Evaluación inicial o del proyecto o programa (33,33%), “La evaluación del proyecto recoge lo que es la programación...” (PMCP1); “Evaluación del diseño o inicial” (PMCP4).

VII.3.4. No se especifica (33,33%), “No se especifica” (PMCP5); “No se especifica” (PMCP6).

VII.3.5. Evaluación continua (16,66%), “La evaluación será continua para posibilitar la adecuación y flexibilidad del Plan” (PMCP4).

Cuadro 42: Codificación de las unidades textuales- metacategoría VII

Categoría	Subcategorías	Unidades de análisis de los diferentes PMD
VII.3. Tipo de evaluación	VII.3.1. Evaluación final o de resultados (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “La evaluación de resultados describe los efectos inmediatos del programa” (PMCP1); - “En la medida de lo posible, se establecerá una evaluación del impacto” (PMCP2); - “En relación a los objetivos últimos del Plan de Prevención” (PMCP3).; - “Evaluación final o de resultados” (PMCP4).
	VII.3.2. Evaluación de proceso (50%)	<ul style="list-style-type: none"> - “La evaluación del proceso permitirá medir la calidad de desarrollo del programa...” (PMCP1); - “En relación a las actividades realizadas” (PMCP3); - “Evaluación del proceso, a lo largo del desarrollo del Plan” (PMCP4).
	VII.3.3. Evaluación inicial o del proyecto o programa (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “La evaluación del proyecto recoge lo que es la programación...” (PMCP1); - “Evaluación del diseño o inicial” (PMCP4).
	VII.3.4. No se especifica (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “No se especifica” (PMCP5). - “No se especifica” (PMCP6).
	VII.3.5. Evaluación continua (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “La evaluación será continua para posibilitar la adecuación y flexibilidad del Plan” (PMCP4).

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Evaluación*, se ha subdividido en tres categorías bajo los títulos *Instrumentos de evaluación*, *¿Durante qué período?* y *Tipo de evaluación*. Estas categorías responden a los instrumentos de evaluación y al proceso evaluativo que se ha recogido en la planificación de los planes municipales de drogodependencias.

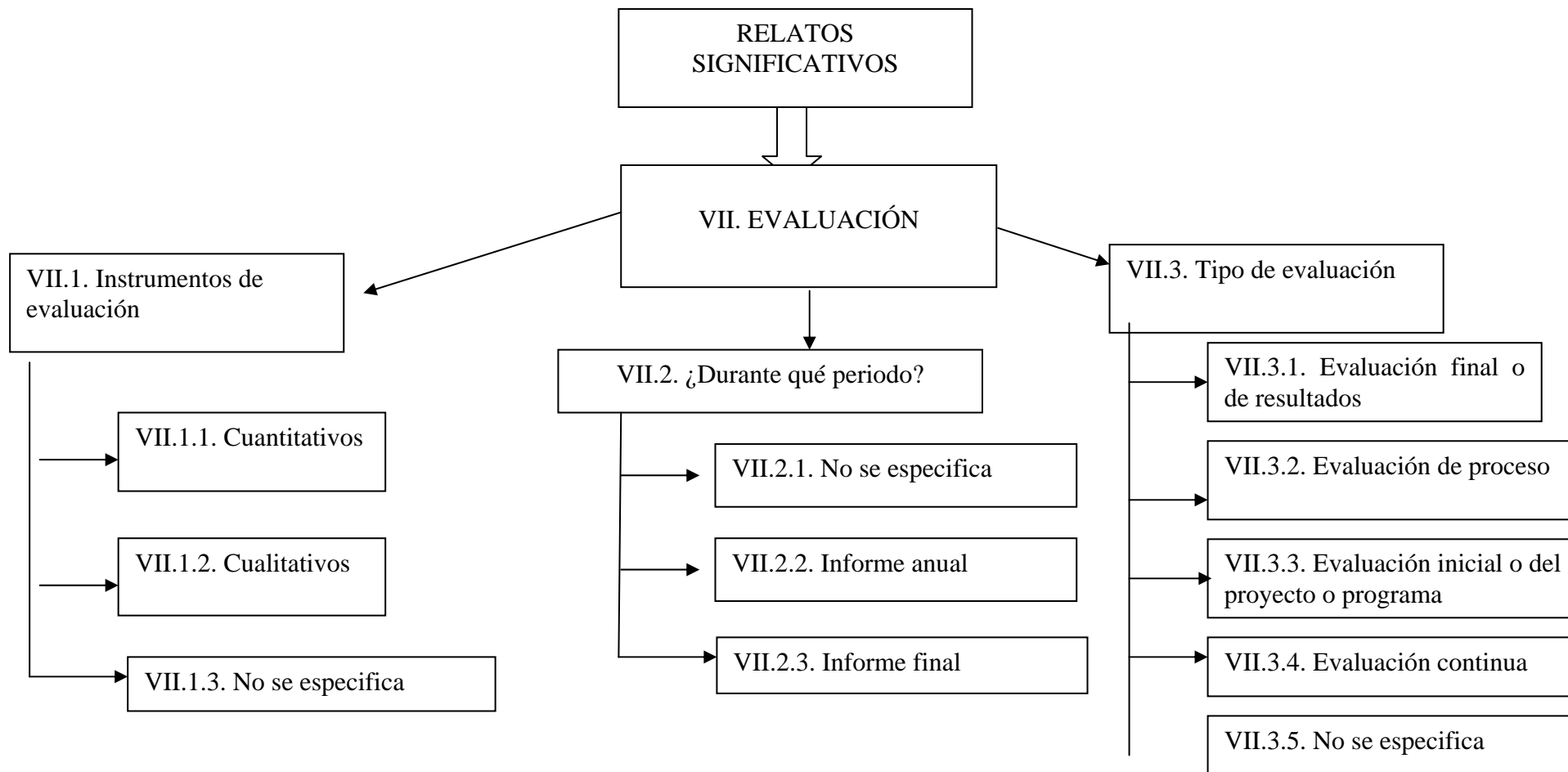
La categoría *Instrumentos de evaluación* hace referencia a los instrumentos utilizados para recoger los datos necesarios para realizar la evaluación, esta categoría se ha subdividido en tres subcategoría. La primera de ellas, y en igualdad de frecuencia con la segunda subcategoría corresponde a *Cuantitativos*, que se ha recogido en cuatro de los seis textos analizados; los dos textos en los que no aparece nada al respecto son aquellos en los que no se especifica ningún tipo de información en cuanto al tema de la evaluación (incluimos bajo este título técnicas de análisis de datos que corresponden al ámbito cuantitativo, como es el caso de los cuestionarios y de los informes estadísticos). En segundo lugar hemos recogido la subcategoría *Cualitativos*, con la misma frecuencia que la anterior, y haciendo alusión, en este caso, a aquellos planes municipales que utilizan técnicas de recogida de datos a través de interpretación de datos, reuniones con las comisiones para analizar e interpretar los datos obtenidos. En tercer y último lugar recogemos aquellos planes que no indican nada al respecto de los instrumentos de evaluación utilizados, que en este caso han sido dos textos de los seis analizados. Destacar que los municipios que han indicado en qué instrumentos se ha basado la recogida de información para la realización de la evaluación han plasmado una combinación de instrumentos cualitativos y cuantitativos, lo cual incorpora una mayor riqueza a los datos recogidos.

La categoría *¿Durante qué período?*, hace mención al período que abarca la realización de la evaluación. Esta categoría se ha subdividido en tres subcategorías, la primera de ellas, con una frecuencia bastante alta, cuatro de los seis textos analizados, hace referencia a los textos en los que no se indica nada al

respecto al periodo en el que se realiza la evaluación, denominada *No se especifica*, lo que nos da una aproximación a la poca información sobre los aspectos referidos a la evaluación en los planes municipales. En segundo lugar hemos recogido la subcategoría *Informe anual*, que aparece en dos de los seis textos analizados, y en el que se hace mención a un informe anual y a una memoria a anual en la que se recogen los datos de la evaluación realizada. En tercer y último lugar hemos recogido la subcategoría *Informe final*, presente en dos de los seis textos analizados, ésta responde a la realización de la evaluación al finalizar el plan municipal, en ocasiones cada dos años, en otras cada cuatro.

La categoría *Tipo de evaluación*, responde al tipo de evaluación realizada, en este caso definida en función de tres modalidades, inicial, de proceso y de resultados. Bajo esta categoría hemos encontrado cinco subcategorías; la primera de ellas y la de mayor frecuencia ha sido la *Evaluación final o de resultados*, que ha estado presente en cuatro de los seis planes analizados, teniendo en cuenta que en esta categoría hay dos textos que no han especificado nada con respecto al tipo de evaluación, podríamos afirmar que la evaluación final o de resultados la realizan todos los planes municipales de drogodependencias analizados que especifican algo con respecto al tipo de evaluación. En segundo lugar hemos recogido la *Evaluación de proceso*, que ha sido registrada por tres de los seis planes analizados, este tipo de evaluación se centra más en evaluar las actividades realizadas y la calidad del desarrollo del programa. En tercer lugar hemos recogido la subcategoría *Evaluación inicial del programa* que sólo se ha reflejado en dos de los seis textos analizados. En cuarto lugar hemos recogido aquellos textos analizados en los que no se especifica nada al respecto del tipo de evaluación *No se especifica*. Y en quinto y último lugar hemos recogido la subcategoría *Evaluación continua*, encontrada en uno de los seis textos analizados y especificando que la evaluación ha tenido un proceso continuo.

Mapa conceptual 7: Metacategoría VII



4.3. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A LOS TÉCNICOS DE LOS AYUNTAMIENTOS DE LOS PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas a continuación. Sobre ellas hemos procedido a realizar nuestro análisis. Esta información la hemos obtenido de forma oral a través de grabaciones. La entrevista se realizó a seis sujetos, cada uno de ellos técnicos de los Planes Municipales de drogodependencias de los Ayuntamientos de las localidades seleccionadas para realizar la investigación, Murcia, Cartagena, la Mancomunidad del Sureste, Lorca, Jumilla y Yecla, encargados de la gestión, coordinación, planificación, puesta en marcha y evaluación de los planes municipales de drogodependencias.

Dentro de las técnicas utilizadas, hemos considerado a cada interlocutor como un informante clave, como persona vinculada directamente con el funcionamiento de los Planes Municipales de drogodependencias en cada uno de los municipios. Se ha adoptado por parte del investigador una actitud de escucha activa tendente a facilitar la exploración de las vivencias por parte de los informantes, fomentando la emergencia de un discurso abierto y la libertad de expresión.

La técnica seleccionada para analizar la información proveniente de las entrevistas, una vez que éstas han sido transcritas en papel, ha sido el análisis de contenido, que ya definimos en el capítulo anterior (Capítulo III) y que hemos utilizado en el análisis de los Planes Municipales de drogodependencias. Como ya dijimos entonces, el análisis de contenido sigue un proceso sistemático que incluye tres fases: el preanálisis, el aprovechamiento del material y el tratamiento de los resultados, es decir, la inferencia y la interpretación.

La clasificación y la reorganización del material, que a continuación explicaremos, la hemos realizamos siguiendo el modelo mixto propuesto por

Deslauries (1985), en el que una parte de las categorías son preexistentes en el inicio de análisis del contenido, pero sin cerrar la posibilidad de ir incorporando nuevas categorías y reemplazando o modificando las prefijadas.

4.3.1. Selección de las unidades de análisis

Dentro de la tarea de reducción de los datos, una de las características del análisis de datos cualitativos es la categorización y codificación de los mismos, lo que supone descartar o seleccionar los datos para el análisis que se desprenden del material informativo recogido, teniendo en cuenta que los criterios teóricos o prácticos definidos en el apartado 4.2.1., en el que se refleja cómo se ha realizado la selección de las unidades de análisis así como el proceso de categorización y codificación de la información obtenida son los mismos que hemos utilizado en este apartado. Ha cambiado, lógicamente, la identificación de las categorías, así como las unidades de texto, adaptándonos a la nueva información analizada.

4.3.1.1. Identificación y clasificación de unidades

En este caso, las categorías seleccionadas siguen haciendo referencia a los apartados claves en la planificación de un programa:

- Análisis de necesidades
- Destinatarios
- Objetivos
- Metodología
- Estrategias y actividades de acción
- Recursos
- Evaluación

En función de estos aspectos, claves en la elaboración de cualquier planificación de un programa, y de las características de los Planes Municipales de drogodependencias se han seleccionado las siguientes metacategorías (en las que se han agrupado las diferentes categorías), cuyo resultado se basa en la

redefinición de los criterios mencionados anteriormente conforme se ha ido interaccionando con los textos con los que hemos trabajado. Las metacategorías definidas, en este apartado, después de un largo proceso de triangulación han sido:

Necesidad que conducen a realizar el Plan (metacategoría I)

Objetivos del Plan (metacategoría II)

Definición del Plan (metacategoría III)

Participación en la elaboración y en la puesta en marcha del Plan (metacategoría IV)

Estructura y Ámbitos de acción (metacategoría V)

Actividades Preventivas *versus* destinatarios (metacategoría VI)

Recursos (metacategoría VII)

Evaluación (metacategoría VIII)

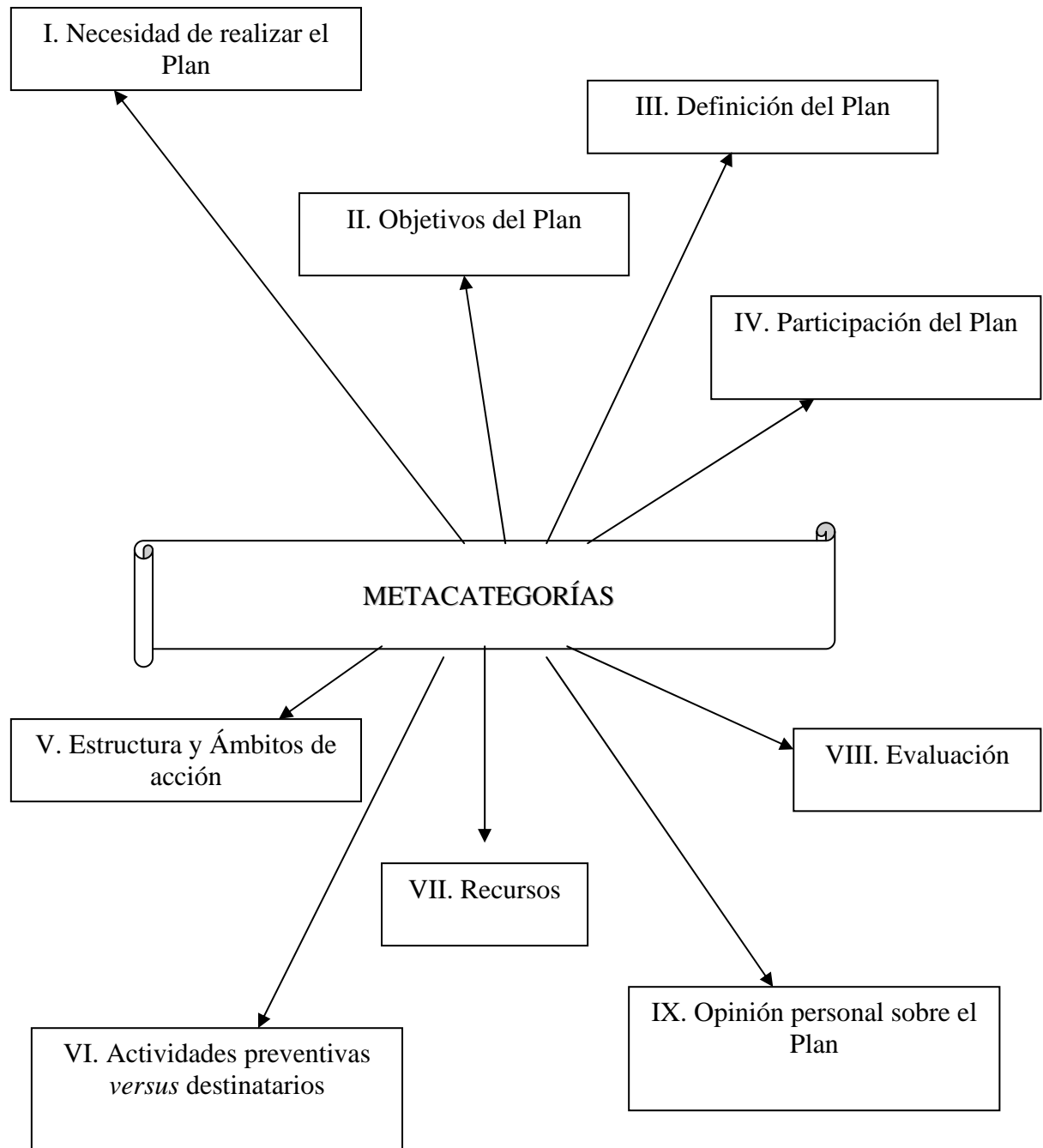
Opinión personal sobre el Plan (metacategoría IX)

En esta ocasión vamos a definir las nuevas metacategorías que han surgido en el proceso investigador, y que a continuación presentamos en un esquema el conjunto de metacategorías analizadas en este apartado:

Definición del Plan (metacategoría III), con la intención de conocer a nivel general, qué entienden los técnicos por PMD, les hemos preguntado por una definición general del mismo, que ha englobado aspectos como: educación, prevención, jóvenes, educación para la salud, dándonos una idea de percepción básica de los programas, por aquellos que los coordinan.

Opinión personal sobre el Plan (metacategoría IX), en este sentido, se le ha preguntado a los técnicos por su opinión respecto al funcionamiento de los planes, y más concretamente sobre su propia experiencia, intentado identificar aquellos aspectos más relevantes, los pros y contras, en cuanto a la implementación de los mismos, desde sus puntos de vista.

Esquema 2: Metacategorías seleccionadas



4.3.2. Categorización, codificación y asignación de unidades de análisis.

Para el análisis de esta información, hemos procedido a la de reducción de la información en unidades de análisis y designando las categorías con las que vamos a trabajar presentamos un cuadro de doble entrada, en el que se plasman las categorías, las subcategorías en las que se dividen y las unidades de análisis a las que corresponden. Se agrupan por metacategorías, y se separan las referencias a la que hace cada entrevista realizada a los técnicos de los Planes Municipales de drogodependencias de los diferentes municipios y que en las páginas siguientes presentamos. Como la entidad local de la que depende los Planes Municipales son los Ayuntamientos, a cada uno de ellos le hemos dado el nombre de corporación pública (CP) y le hemos asignado un número para distinguir unos municipios de otros que van del 1 al 6. Para hacer referencia al comentario realizado por el técnico de cada uno de los Planes Municipales de drogodependencias de cada localidad, hemos utilizado el nombre de: Personal de la corporación pública (PCP) y le hemos asignado un número diferente a cada uno de ellos, para diferenciarlos según municipios.

4.3.2.1. Primera aproximación a la categorización y asignación de unidades de análisis

A continuación, sin más preámbulos, damos comienzo al tratamiento de la información, recogiendo en un primer momento la asignación de las diferentes unidades de análisis a cada una de las categorías, metacategorías y subcategorías asignadas, y después de haber realizado un laborioso proceso de validez, basado en la triangulación de la información que consiste como ya especificamos en el capítulo III, en la asignación de las unidades de análisis a cada una de categorías, así como la definición de las mismas, subdivisión y agrupación, desde un enfoque de conocimiento plural.

Esta información se presenta sintetizada a través de tablas bidimensionales, definidas ya en las líneas anteriores, en las que se recogen las diferentes unidades de análisis en relación a cada una de las subcategorías, las categorías y metacategorías definidas. Estas tablas se han identificado por cada una de las

Corporaciones públicas, en las que se desarrollan los PMD, y cada una de las Metacategorías definidas.

METACATEGORÍA

I. NECESIDAD DE REALIZAR EL PLAN MUNICIPAL

Tabla 43: Corporación pública 1 (CP1)-metacategoría I

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Por qué se realiza	Preocupación social	PCP1.: “Fundamentalmente hay unas directrices de tipo general, sobre todo para los Ayuntamientos tan grandes como éste, donde no se entiende, sobre todo a la hora de gestionar presupuestos o de poner recursos es necesario que de alguna manera vertebre todas esas actividades... todo esto siempre responde a una demanda social...”
	Adjudicación de presupuesto	
	Respuesta de la administración	
Estudios Previos	Demanda social	PCP1.: “Normalmente los estudios de necesidades algunos los realizamos nosotros, pero normalmente, como nosotros nos dedicamos a las demandas, nos vienen hechos, muchas veces los estudios de necesidades son... o tu haces una evaluación final y te das cuenta de qué es lo que te demandan los centros...”.
¿Responde a las necesidades con las que se creo?	Sí, pero la problemática cambia continuamente	PCP1.: “Yo creo que de base sí, otra cosa es que las cosas van cambiando mucho con el tiempo, a medida que hemos ido aprendiendo todos a hacer prevención hemos visto lo difícil que es...”.

Tabla 44: Corporación pública 2 (CP2)-metacategoría I

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Por qué se realiza	Preocupación social Plan Nacional Iniciativa Política	PCP2.: “Hombre fundamentalmente el tema de la alarma social, el tema de drogodependencias, el que haya un Plan Nacional sobre drogas empujado el tema... La iniciativa fue también política, iniciativa específica de los concejales que habían y que decidieron hacer un Plan Municipal sobre el tema de drogodependencias”
Estudios Previos	Estudio sociológico sobre el Análisis del consumo de drogas	PCP2.: “Se realizó un estudio sociológico sobre el consumo de drogas de la población y la valoración del Plan...”
¿Responde a las necesidades con las que se creo?	Sí	PCP2.: “Sí, sí”

Tabla 45: Corporación pública 3 (CP3)-metacategoría I

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Por qué se realiza	Preocupación social del consumo	PCP3: "... en aquellas fechas había mucha preocupación a nivel social por el tema [...] y surge a partir de ahí"
	Decisión Política	PCP3: "...fue una decisión política"
Estudios Previos	Datos sobre la prevalencia de adicciones del centro de salud mental	PCP3: "se barajaron datos de consumo que nos aportaba el Centro de Salud Mental de Lorca, sobre las personas que pedían tratamiento, las urgencias y todo aquello".
¿Responde a las necesidades con las que se creo?	Sí	PCP3.: "Si, yo creo que se están cumpliendo los objetivos que se habían planteado y las necesidades"

Tabla 46: Corporación pública 4 (CP4)-metacategoría I

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Por qué se realiza	Adjudicación de presupuestos a actividades de prevención	PCP4.: "...la primera necesidad fue monetaria, para no estar pendiente de si ese año había prevención o no".
Estudios Previos	Demanda Social	PCP4.: "Haciendo reuniones semanales, ya se veía la necesidad de hacer programas de prevención de drogas, se hacían programas de otras cosas, y por qué no de drogas...".
¿Responde a las necesidades con las que se creo?	Sí, no sé si descontextualizado	PCP4.: "Si, lo que no se es si responde a las necesidades de la localidad, se pretende que si, pero a veces es tan difícil, la gente joven va por otro sitio, que no conectamos y no llego y pienso que estos se van a reír de lo que teníamos aquí, veo ahí que hay un desfase entre lo que la sociedad demanda y la planificación".

Tabla 47: Corporación pública 5 (CP5)-metacategoría I

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Por qué se realiza	Propuesta de la Administración Regional a la demanda ciudadana	PCP5.: "hasta que un poco entre todos se va viendo que no es suficiente con acciones parciales, [...] creo que también ayudó mucho a decidirse el poder hacer convenios con la Comunidad Autónoma, [...], que nos garantiza una mejora de acción, una mejor coordinación".
	Coordinación	

Estudios Previos	Análisis del consumo de drogas	PCP5.: “Fue a raíz de ver lo que se estaba viendo en cualquier otro tipo de análisis, que cada vez los adolescentes consumen drogas a edades más tempranas... cuando lo venimos a saber, pues aquí hay que hacer otro planteamiento, pero que a lo mejor no es que no hayamos conseguido nada con este tipo de actividades, sino que hay que plantearse otra forma de planificar, etc. Poco a poco”.
	Tendencia a consumir a edades más tempranas.	
¿Responde a las necesidades con las que se creo?	Sí, aunque es difícil	PCP5.: “Pues, yo creo que sí, porque a veces cuesta saber qué es exactamente qué es lo que quieres modificar...”

Tabla 48: Corporación pública 6 (CP6)-metacategoría I

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Por qué se realiza	Directrices a nivel Regional	PCP6.: “Yecla llevaba ya varios años llevando acabo lo que era el programa de prevención de adicciones, programas exclusivamente de prevención, entonces eran unas directrices a nivel regional que los programas de prevención y además eran uno de los requisitos para suscribir [...] un convenio...”.
Estudios Previos	Prevalencia de adicciones del centro de salud	PCP6.: “No, se hizo un pequeño análisis de datos de los que se disponían, no se hizo una investigación muy sistemática, se recogieron datos de salud mental en cuanto a la prevalencia de adicciones...”.
¿Responde a las necesidades con las que se creo?	Sí	PCP6.: “Sí, el plan sí responde a las necesidades para las que se planificó”.

METACATEGORÍA

II. OBJETIVO DEL PLAN MUNICIPAL

Tabla 49: Corporación pública 1 (CP1)-metacategoría II

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
¿Qué objetivos?	Prevención	PCP1.: “Como he comentado antes, por su propio diseño, fundamentalmente la prevención. Otra cosa es lo que te comentaba antes, lo de hacer apoyo a la asistencia desde el punto de vista de la propia asistencia a los toxicómanos, o gente con problemas de drogas como la inserción social, pero trabajamos fundamentalmente con asociaciones y luego internamente...”.
	Inserción	
	Asistencia	

Tabla 50: Corporación pública 2 (CP2)-metacategoría II

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
¿Qué objetivos?	Cartagena saludable	PCP2.: “El que hay marcado en el Plan, trabajar por una Cartagena más saludable. Ese es el objetivo general y la finalidad que tenemos”.

Tabla 51: Corporación pública 3 (CP3)-metacategoría II

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
¿Qué objetivos?	Son los establecidos en la Ley regional sobre Drogas	PCP3.: “... coinciden con los objetivos generales establecidos en la Ley regional sobre Drogas”.

Tabla 52: Corporación pública 4 (CP5)-metacategoría II

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
¿Qué objetivos?	Eliminar factores de riesgo	PCP4.: “Procurar la eliminación de factores que propician el consumo y abuso de drogas”.

Tabla 53: Corporación pública 5 (CP5)-metacategoría II

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
¿Qué objetivos?	Reducir la edad de inicio del consumo	PCP5.: “El objetivo general, como te decía y como en casi todos los planes de prevención es reducir la edad de inicio al consumo, [...] y por otro lado un objetivo que nosotros marcamos también en el Plan, es sensibilizar al resto de la población que es un Plan comunitario...”.
	Sensibilizar sobre el aspecto comunitario	

Tabla 54: Corporación pública 6 (CP6)-metacategoría II

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
¿Qué objetivos?	Prevención	PCP6.: “Hay objetivos de prevención, hay objetivos por áreas, sociales y de reducción de daños y desintoxicación y deshabituación. Los objetivos van en función de esas tres áreas... retardar la edad de inicio...”.
	Reducción de daños	
	Reducción de edad de inicio	

METACATEGORÍA

III. DEFINICIÓN DEL PLAN MUNICIPAL

Tabla 55: Corporación pública 1 (CP1)-metacategoría III

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Definición	Respuesta social	PCP1.: “Lo que se recoge en el Plan Municipal es una respuesta articulada al problema de las drogas... Entonces bueno, definirlo como fundamentalmente preventivo y muy participado, este es un plan que surge, no olvida que es municipal, [...] es un documento fruto del trabajo de prácticamente todas las áreas sociales...”.
	Participativo	

Tabla 56: Corporación pública 2 (CP2)-metacategoría III

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Definición	Coordinar actividades	PCP2.: “Es un poco el intento de coordinar acciones sobre el tema de prevención y sobre drogodependencias en el municipio, vamos, también coordinamos con respecto a las otras asociaciones,
	Participativo	
	Local	

Tabla 57: Corporación pública 3 (CP3)-metacategoría III

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Definición	Coordinación	PCP3.: “Es un plan que intenta coordinar todos los recursos y todas las actuaciones que se hacen en esta materia...”
	Participación	PCP3.: “... contempla pues, la participación de no sólo la administración, sino de las ONGs, y otros organismos”

Tabla 58: Corporación pública 4 (CP4)-metacategoría III

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Definición	Coordinación	PCP4: "... pero también tenemos que tener claro trabajar con todos los sectores"
	Participación	PCP4.: "... de prevención que como vienen colectivos de diferentes ámbitos, aportan ideas que no son las fijas de siempre como técnicos, vienen madres que saben más que nosotros de los jóvenes, vienen personas de la tercera edad que aunque en principio podemos pensar ¿nosotros para qué?..."

Tabla 59: Corporación pública 5 (CP5)-metacategoría III

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Definición	Preventivo	PCP5.: "Yo creo que es un Plan Educativo, comunitario en el sentido preventivo a nivel más básico, preventivo en el sentido más ortodoxo, dirigido sobre todo a la infancia y a la adolescencia".
	Educativo	
	Comunitario	

Tabla 60: Corporación pública 6 (CP6)-metacategoría III

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Definición	Difícil de llevar a cabo	PCP6.: "el Plan es difícil de cumplir... suponen tienen que estar implicados, municipales y no municipales, servicios sanitarios, educativos, y es difícil hacerlo prioritario".

METACATEGORÍA

IV. PARTICIPACIÓN

Tabla 61: Corporación pública 1 (CP1)-metacategoría IV

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Entidades que participan en la Elaboración	Concejalía de Sanidad	PCP1.: "...entonces se implicó lo que se llamaba el consejo de salud, que existía entonces. Cuando nosotros técnicamente llegamos a un borrador del plan, lo hicimos pasar a toda la gente... desde la Comunidad Autónoma, Consejería de Educación, Asociaciones.."
	Comunidad Autónoma Consejería de Educación Asociaciones	
Entidades que participan en la puesta en marcha	Ayuntamiento o Concejalía de Sanidad	PCP1.: "La puesta en marcha fundamentalmente fue municipal, y sobre todo en el ámbito educativo... dentro del Ayuntamiento, y dentro de la Concejalía de Sanidad, desde aquí, desde los servicios municipales de salud,... los propios profesores se formaban en el tema de Educación para la Salud, de prevención... algunas asociaciones pues en un primer momento, como participaron y vieron el programa...".
	Ámbito educativo	
	Asociaciones	
Grado de Implicación	APAS	PCP1.: "Ahora mismo, lo que son las APAS, los grupos de padres o las asociaciones, digamos que de alguna manera ellos están incorporados a los programas, de alguna manera si existen es una demanda que ellos han hecho. Por lo tanto la implicación es más funcional y técnica que a otros niveles... Nosotros sabemos que determinadas asociaciones o colectivos elaboran materiales...".
	ONGs	
	Funcional y técnica	
¿Es suficiente esa implicación?		

Tabla 62: Corporación pública 2 (CP2)-metacategoría IV

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Entidades que participan en la Elaboración	La Comisión Municipal	PCP2.: "...vamos si que participan todas las asociaciones que están dentro de lo que es la Comisión Municipal de drogas... lo aprueba la comisión y luego lo aprueba el pleno de Concejales del Ayuntamiento
	Asociaciones	
	Ayuntamiento	
Entidades que participan en la puesta en marcha	El Ayuntamiento	PCP2.: "El Ayuntamiento, la Comunidad Autónoma y sobre todo la Huertecica,...".
	La Comunidad Autónoma	
	Asociaciones	
Grado de Implicación	Diverso	PCP2.: "Bueno, es muy variable... la mayoría participan a un nivel mínimo, pero si que hay otras que se implican más"
¿Es suficiente esa implicación?	Podría ser mayor	PCP2.: "Hombre se podrían implicar mucho más, lo que yo echo de menos, a nivel, y he trabajado con las asociaciones de vecinos, y echo de menos trabajar a nivel comunitario".

Tabla 63: Corporación pública 3 (CP3)-metacategoría IV

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Entidades que participan en la Elaboración	Centro de salud mental	PCP3.: “Hay un Consejo Asesor de drogodependencias en el que están integrados pues, las ONGs, y distintos estamentos que tienen que ver con el Plan, por ejemplo empresarios, a través de la Cámara de Comercio, están representados algunos estamentos sanitarios, el centro de salud mental... En lo que es la planificación, tal vez los que más se implica puedan ser los estamentos municipales y las ONGs, que son las que más implicadas están...”
	El consejo asesor: Ayuntamiento Cámara de Comercio ONGs	PCP3.: “El consejo asesor es un organismo que tiene un funcionamiento anual, se reúne una vez al año y no tiene una capacidad operativa por así decirlo, es más que nada un estamento, pues bueno que, en teoría es de asesoramiento al ayuntamiento, pero a la hora de la planificación de las actuaciones concretas, son más la gente que está más implicada en eso, sabes, desde el propio Ayuntamiento y ONGs”
Entidades que participan en la puesta en marcha	Asociaciones	PCP3.: “... hay tres ONGs [...], y luego el Consejo Municipal de Servicios Sociales que es el organismo que gestiona el Plan desde aquí, y bueno, otros departamentos municipales que llevan actuaciones puntuales, como educación, como Juventud. Hemos tenido convenios con los empresarios, para el tema de contrataciones de empresas, el centro de salud mental, son básicamente las que participan. A través del CPR también, con el centro de profesores también tenemos una estrecha coordinación...”.
	Ayuntamiento: Consejo Municipal de Servicios Sociales Concejalía de Juventud Concejalía de Educación	
	Empresas	
	Centro de Salud Mental	
	CPRs	
Grado de Implicación	Diverso	PCP3.: “hay unas que se implican más que otras, en el consejo asesor creo que son 20 las entidades, algunas están como figurativos [...] y hay otras que si se implican más directamente, [...] todos no tienen el mismo nivel de implicación”.
¿Es suficiente esa implicación?	Podría ser mayor	PCP3.: “Hombre, la coordinación siempre es buena, cuanto más mejor”.

Tabla 64: Corporación pública 4 (CP4)-metacategoría IV

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Entidades que participan en la Elaboración	Ayuntamiento: EL Centro de Servicios Sociales	PCP4.: “El Centro de Servicios sociales, la Consejería de Trabajo y Política Social, la Mesa de Prevención que la componen diferentes colectivos o asociaciones de la localidad y algún técnico de otras Concejalías como de Juventud (ha participado alguna vez), y de la Mujer”.
	Concejalía de Juventud Concejalía de la Mujer Consejo Asesor Consejería de Trabajo social y Política social	
	La Mesa de Prevención	
Entidades que participan en la puesta en marcha	Ayuntamiento: Centro de Servicios Sociales	PCP4.: “La coordinadora, una Trabajadora Social que trabajaba en Servicios Sociales en el Programa de Inmigrantes y las dos Trabajadoras de Servicios Sociales que estaban en la Concejalía de Mujer. Una vez que se habló, se discutió para hacer unas actividades, qué objetivos, ya lo que fue planificarlo, organizarlo, fueron estas cuatro personas, los miembros de la mesa de prevención nos decían que eso de objetivos y planificación y proyectos [...] aunque se hizo un taller de trabajo y participó bastante gente, se hacían reuniones con la mesa y se explicaba, que si que se siguieron haciendo reuniones con la mesa, que la mesa no estaba desvinculada, pero darle forma, redactarlo, fueron los cuatro técnicos solos...”.
	Mesa de prevención	
Grado de Implicación	Muy bajo	PCP4.: “Muy bajo, porque incluso en los primeros momentos que había interés por participar, la gente seguía diciendo: “vosotros en el Ayuntamiento sois los que tenéis que hacer”, [...] pero la responsabilidad es del Ayuntamiento”.
¿Es suficiente esa implicación?	No	PCP4.: “No”

Tabla 65: Corporación pública 5 (CP5)-metacategoría IV

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Entidades que participan en la Elaboración	El Centro de Servicios Sociales	PCP5.: “En la elaboración, la verdad es que se hace desde el centro de Servicios Sociales, con profesionales del centro. ... Entonces en la elaboración del Plan han colaborado los Centros de Servicios Sociales, las Concejalías de Educación y de Deporte, y últimamente la de juventud”.
	Concejalía de Educación y Deportes Concejalía de Juventud	
Entidades que participan en la puesta en marcha	Ayuntamiento: El Centro de Servicios Sociales Concejalía de Juventud Concejalía de Educación	PCP5.: “Bueno, en la puesta en marcha sobre todo: el Centros de Servicios Sociales, Empresas también contratadas por el centro de Servicios Sociales para la realización de las actividades de ocio y tiempo libre, participan... solamente de educación, a veces el Informajoven, los institutos, pero nada más. El CPR de forma puntual...”.
	Ámbito Educativo	
	Empresas realización de actividades	
	El CPRs	
Grado de Implicación	Esperan nuestras directrices	PCP5: “Pues yo creo que más bien, esperan un poco nuestra orden, nuestra dirección”.
¿Es suficiente esa implicación?	Sí	PCP5.: “De momento sí, hay que rodar, hay que rodar”.

Tabla 66: Corporación pública 6 (CP6)-metacategoría IV

Categoría	Subcategoría	Descripción del entrevistado
Entidades que participan en la Elaboración	El Centro de Servicios sociales	PCP6.: “En el momento de programar esto intervenimos eh, el centro de Servicios Sociales, que fue donde se hizo y se contó con salud mental, especialmente, porque ellos son los que llevan el centro de atención a drogodependientes, la administración educativa, el CPR o centro de profesores y recursos y las asociaciones que intervienen en adicción...”.
	El CPR. Administración Educativa	
	Centro de Salud Mental	
	Asociaciones	
Entidades que participan en la puesta en marcha	Ayuntamiento	PCP6.: “...la puesta en marcha del Plan es del Ayuntamiento. El plan contempla las adhesiones de las instituciones que lo deseen... Hay muchísimos ámbitos, porque en el ámbito docente están los padres, los centros de primaria, los de secundaria, el CPR, que tiene que estar, los profesores tienen que estar formados en la materia, a nivel sanitario están los centros de salud, el hospital, el servicio de urgencias, el centro de salud mental, a nivel asociativo están las asociaciones que atienden directamente lo que son adicciones...”.
	Ámbito Educativo Padres Centros Docentes	
	CPR Ámbito Sanitarios Centros de Salud Hospital Servicio de Urgencias Centro de Salud Mental	
	Asociaciones	
Grado de Implicación	Servicios Municipales	PCP6.: “Los que más se están implicando ahora mismo son los servicios municipales porque los convocamos nosotros...”.
¿Es suficiente esa implicación?	No	PCP6.: “Pues no”.

METACATEGORÍA

V. ESTRUCTURA Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Tabla 67: Corporación pública 1 (CP1)-metacategoría V

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Estructura	Preventivo	PCP1.: “Básicamente en tres, que son las que son las clásicas, la prevención... la parte asistencial... y también la parte de inserción”.
	Asistencial	
	Inserción social	
¿Por qué esa y no otra?	Son las básicas	PCP1.: “...son las que son, las clásicas”.
Ámbitos	Educativos	PCP1.: “En principio cualquier colectivo, a nivel ciudadano o a nivel privado tiene acceso a él. Pero básicamente está orientado al ámbito educativo, padres, profesores-alumnos, y al campo asociativo... Uno de los problemas que tienen todos los programas, y no solamente el nuestro, es articular precisamente la respuesta comunitaria”.
	Asociativo	
	Comunitario	
¿Por qué esos y no otros?	El plan es preventivo	PCP1.: “Pues porque ha sido un plan orientado fundamentalmente a la prevención, la forma de articular esa respuesta a edades tempranas y articulada es a través de los centros escolares...”.

Tabla 68: Corporación pública 2 (CP2)-metacategoría V

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Estructura	Preventivo	PCP2.: “Prevención y en atención...”
	Asistencial	
¿Por qué esa y no otra?	Son las básicas	PCP2.: “Pues porque creemos son los tres ámbitos así como más generales y manejables para poder trabajar...”.
Ámbitos	Prevención el comunitario el educativo laboral	PCP2.: “Prevención y en atención, el de prevención está estructurado en tres ámbitos: el comunitario, el educativo y el laboral, y el otro (atención) está en asistencial y en integración social”.
	Atención asistencial integración social	
¿Por qué esos y no otros?	Son los básicos para trabajar	PCP2.: “Pues porque creemos son los tres ámbitos así como más generales y manejables para poder trabajar...”.

Tabla 69: Corporación pública 3 (CP3)-metacategoría V

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
------------------	-----------------------	-------------------------------------

Estructura	Preventivo	PCP3.: “En las tres básicas que hay, la prevención, la asistencia y la inserción social”.
	Asistencial	
	Inserción social	
¿Por qué esa y no otra?	Falta de coordinación	PCP3.: “... tal vez fallemos como siempre en el tema de coordinación, a la hora de establecer cauces de coordinación más o menos operativos, pero como estructuración no creo que falle”.
Ámbitos	Preventivo: Educativo Comunitario Laboral	PCP3.: “Pues dentro de la Prevención, el educativo y el comunitario básicamente, y también en el ámbito laboral... En el ámbito asistencial nosotros colaboramos con el centro de salud mental a la hora de facilitarles recursos a los drogodependientes..., desde servicios sociales se apoya para que obtengan esos recursos. Y en el tema de la reinserción llevamos varios proyectos, pero sobre todo de talleres ocupacionales con las ONGs”.
	Asistencial: Asistencia Reinserción ONGs	
¿Por qué esos y no otros?	Son ámbitos generales de los planes	PCP3.: “Bueno, porque son los que hay básicamente en el tema de las drogodependencias, todos los planes municipales y el Plan nacional sobre drogas tienen esa estructura”.

Tabla 70: Corporación pública 4 (CP4)-metacategoría V

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Estructura	Preventiva	PCP4.: “... a nivel preventivo y asistencial”
	Asistencia	
¿Por qué esa y no otra?	Son las directrices que marca la Consejería	PCP4.: “Lo que sí se está empezando a ver desde la Consejería ahora mismo con respecto al ámbito asistencial es que nos aconsejan que nos quedemos en el preventivo, Servicios Sociales siempre está (trabaja) detrás del ámbito de prevención, los programas que hace, y el asistencial lo llevan desde sanidad y entonces aquí quieren que hagamos más prevención que asistencia”
Ámbitos	Educativo	PCP4.: “Educativo y Comunitario”
	Comunitario	

¿Por qué esos y no otros?	<p>La educación es el primer elemento de prevención</p> <p>El Plan está orientado a la prevención</p> <p>Es necesario trabajar con los jóvenes</p> <p>El trabajo comunitario es imprescindible</p>	PCP4.: “Para prevenir en el hábito de la drogodependencia empezar con la gente joven indudablemente, y en el área comunitaria porque si no se trabaja con el resto, colegios, familia, el resto de comunidad, pues tampoco se hace nada”.
---------------------------	--	---

Tabla 71: Corporación pública 5 (CP5)-metacategoría V

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Estructura	Preventivo	PCP5.: “Asistencia no hay, es Plan de prevención de drogodependencias, por eso te decía que es simplemente educativo al más básico nivel, al nivel de niños y de adolescentes, educación comunitaria, [...] Porque es prevención no se trata de curar.
¿Por qué esa y no otra?	Está bien	PCP5.: “Pues no sé, yo más que otra estructuración diría ir mejorando y completando la que hay, yo creo que la estructura más o menos está bien”.
Ámbitos	Educativo	PCP5.: “Educativo, a nivel familiar pero en colaboración con los centros educativos, de ocio y tiempo libre y lo que llamamos laboral que es en cuanto que se dirige a escuelas taller, o a Garantía Social, a Iniciación Laboral, educación de adultos, y esos son los ámbitos de actuación del plan”
	Familiar	
¿Por qué esos y no otros?	La prevención es primero educativa	PCP5.: “En primer lugar todo lo que tiene que ver con el ámbito educativo, ver con la educación reglada, por el énfasis en la infancia y la adolescencia, en primer lugar, porque además es el primer elemento de prevención”.

Tabla 72: Corporación pública 6 (CP6)-metacategoría V

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Estructura	Preventivo	PCP6.: “Prevención, asistencia y reinserción”.
	Asistencial	
	Inserción social	

¿Por qué esa y no otra?	Es básica para trabajar	PCP6.: “No yo creo que la estructuración es adecuada, está esa estructura en cuanto a las fases y luego por áreas, sanidad, educación, por lo menos no se nos ocurrió otra cosa mejor”.
Ámbitos	Preventivo	PCP6.: “Se corresponden con las áreas”
	Asistencial	
	Inserción social	
¿Por qué esos y no otros?	Ámbitos básicos	PCP6: “Porque no se nos han ocurrido otros, estos ámbitos abarcan la vida normal, es decir, las diferentes áreas de funcionamiento para la vida normal”

METACATEGORÍA

VI. ACTIVIDADES PREVENTIVAS *VERSUS* DESTINATARIOS

Tabla 73: Corporación pública 1 (CP1)-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Actividades previas	Experiencias extranjeras	PCP1.: “Yo te diría que antes del plan no habían programas, lo que se hacía era importar algunas experiencias extranjeras... como actividades más aisladas, es más, surgía, casi siempre se demandaban socialmente o de otros colectivos educativos fundamentalmente, como hemos comentado antes, fruto de hechos puntuales... las charlas... empiezan a hacerse equipos multidisciplinarios... ya empiezan aquí las universidades, los grupos de psicólogos, fundamentalmente médico...”
	Actividades puntuales	
	charlas	
	Equipos multidisciplinarios	
	Colectivos educativos	
¿Se integran dentro del Plan?	Algunas	PCP1.: “... para mantenerlos en el tiempo, haya una cultura de la gente de que eso es algo que hay que incorporar en los sistemas educativos...”
Repercusión del Plan	Aumento de coberturas	PCP1.: “Yo creo que sí, lo que pasa que a mí, personalmente me cuesta mucho trabajo definir repercusión, que es más conocido, sí que las coberturas y las actuaciones de nuestro programa van aumentando...”
	Mayor conocimiento por parte de la población	

Diversidad en los puntos de vista de la actuación	Si, nos adaptamos a todos	PCP1.: “No, tiene distintos puntos de vista, intentamos acoger a toda las demandas, y es más entendemos que sobre el problema de las drogas, como sobre cualquier problema social no hay una única opción. Por eso a veces lo difícil es dar una respuesta a esos puntos de vista o a esas necesidades que te piden, pero no”.
Destinatarios del Plan	General y educativo	PCP1.: “A todos,... pero sobre todo al educativo”
Actuaciones con la población general	Campañas de sensibilización	PCP1.: “Lo hacemos a través de campañas, hemos hecho alguna experiencia interesante, como por ejemplo del alcohol, hemos hecho varias, digo interesante porque llenamos los mupis
Actuaciones con los padres	Programas de prevención	PCP1.: “De todo tipo, fundamentalmente o de prevención de drogas cuando la demanda es así, porque la guía de programas llega a todas las APAS...”
Actuaciones con los profesores	Formación	PCP1.: “En general dos tipos: o bien se les oferta formación y apoyo a ellos, o bien se les ofertan los recursos y se les da, este es el programa, tiene sus componentes, trabaja esto, se les facilitan los materiales, se les hace el seguimiento, se les ayuda en la evaluación”.
	Recursos didácticos	
	Seguimiento y evaluación de los programas	
Actuaciones con alumnos	Nada	PCP1.: “Los alumnos, lo que el profesor quiera...”
Actuaciones con empresarios	Sindicatos	PCP1.: “Muy pocas cosas, son difíciles de acceder, ahora mismo en tema del tabaquismo es una cuestión que está pendiente de establecer una rede de trabajo... trabajamos más en el mundo del trabajo, más por la vía de los sindicatos que de vez en cuando nos llaman, porque además todos los sindicatos trabajan las drogas, porque las drogas en el sistema laboral pueden afectar a la tarea, aunque también el mundo laboral es un lugar de reinserción, tiene la dualidad...”.
	Asesoramiento	

Actuaciones con trabajadores	Prevención y asistencia tabaquismo	PCP1.: “tenemos el programa de tabaquismo que te he dicho que es asistencial directo... la administración no tiene ámbito, nosotros podemos, pues como te comentaba antes, con trabajadores, sindicatos, lo que nos pidan o demanden, pero nosotros no tenemos decisión en ese sitio...”
Actuaciones con niños	Educativos	PCP1.: “... lo que son fuera de los programas escolares se trabaja fundamentalmente con áreas de educación y con áreas de servicios sociales, por ejemplo, el programa LOSPAI... actividades de ocio y tiempo libre
	Programa de atención a la infancia marginada	
	Ocio y tiempo libre	
Actuaciones con jóvenes	Programas escolares	PCP1.: “Con jóvenes se realiza la parte formal, que se está haciendo en los centros y ofertamos a todos los centros que están escolarizados y luego básicamente las campañas que yo te he dicho, de alcohol”.
	Campañas	
Otros colectivos	Directamente no	PCP1.: “Ahora mismo, prevención de drogas directamente no, entre otras cosas, porque el problema con los inmigrantes no es solamente eso, sino que tienen otros problemas más básicos..., pero está previsto recogerlo en nuestra revisión del plan...”.
Satisfacción de los destinatarios	Alto	PCP1.: “El nivel de satisfacción suele ser en general alto, entre alto y muy alto, pero eso tiene su explicación además, tu date cuenta que es darle respuesta a gente que tiene una necesidad...”.
Respuesta de los usuarios ante el plan	Buena	PCP1.: “La respuesta así en general es buena, yo diría que bien, tu piensa que lo que nosotros somos es un proveedor de recursos básicamente...”.

Tabla 74: Corporación pública 2 (CP2)-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Actividades previas	Actividades puntuales	PCP2.: “... Pero en realidad eran actividades sueltas, no digamos nada de formación del profesorado, charlas en asociaciones, no era un Plan Municipal, no era tan ambicioso”.
	Formación del profesorado	
	charlas	
¿Se integran dentro del Plan?	Sí	PCP2.: “Estas actividades se asumieron por el PMD”.

Repercusión del Plan	Sí, nos conocen más	PCP2.: “de hechos somos más conocidos y cada 5 años hacemos estudios sociológicos, y hay una parte del estudio donde se pregunta por la gente que conoce el plan, cómo lo valora..., y nos puntúan un poquito mejor que hace cinco años”.
Diversidad en los puntos de vista de la actuación	Sí	PCP2.: “ No, que va, cada uno lo ve a su manera, unos piensan que lo importante es hacer esto, otros que lo importante es lo otro”
Destinatarios del Plan	General	PCP2.: “Intentamos trabajar con población general”.
Actuaciones con la población general	Comunitarias	PCP2.: “...el sector comunitario, va dirigido por un lado a población general dentro de la población del municipio, y luego ya como población diana pues va dirigido a jóvenes, a menores y a mujeres...”.
Actuaciones con los padres	Actividades formativas	PCP2.: “En principio los tenemos dentro del ámbito educativo, los que hacemos, por un lado son sobre todo actividades formativas, charlas-coloquio, ciclos de formación, tenemos otra línea de talleres preventivos... participan en la organización a través de FAPA”
	Actividades de prevención	
Actuaciones con los profesores	Educación para la salud	PCP2.: “Con el profesorado fundamentalmente, le apoyamos en sus iniciativas de trabajar la educación para la salud en el aula. El grueso que tenemos en el ámbito educativo es facilitarles materiales didácticos... seguimiento, apoyo, formación...”.
	Material didáctico	
	Seguimiento y apoyo	
Actuaciones con alumnos	Trabajamos con los profesores	PCP2.: “El trabajo con los alumnos procuramos que lo haga principalmente el profesorado...”
Actuaciones con empresarios	Convenios de colaboración	PCP2.: “Con los empresarios se realizan actuaciones muy concretas. Hay un programa que hacemos sobre el tema de alcohol... las iniciativas a nivel laboral las están tomando más los sindicatos y a nivel empresarial tenemos poca... intentamos realizar reuniones con médicos de empresas
	Asesoramiento	

Actuaciones con los trabajadores	Formación Sindicatos	PCP2.: “Las iniciativas que conozco a nivel de sindicato, creo que es UGT hace sobre todo, cursos de formación con delegados sindicales...”.
Actuaciones con niños	Escuelas de verano	PCP2.: “Intentamos que las hagan los profesores y los padres, aquí hay una iniciativa, dentro del ámbito de población diana de menores en las zonas desfavorecidas... escuelas de verano”.
	Trabajar con padres y profesores	
Actuaciones con jóvenes	Utilización saludable del tiempo de ocio	PCP2.: “Con los jóvenes aquí, trabajamos fundamentalmente a través de la concejalía de juventud y del Consejo de la Juventud... son más recursos para hacer actividades de tiempo libre y en principio... se trata de ocio saludable”
Otros colectivos	No, se realizan actividades puntuales desde el ámbito comunitario	PCP2.: “No, no hay una línea específica para trabajar con ellos. Trabajamos una vez, para dar una charla y era a través de una asociación de barrio de la palma en el que residen muchos inmigrantes. Dentro del ámbito comunitario también hay otro ámbito que es de barrios y poblaciones”
Satisfacción de los destinatarios	Alto	PCP2.: “Hombre en principio alto, la valoración que hace la gente que hace las actividades y eso, siempre valoran de forma muy positiva ...”.
Respuesta de los usuarios ante el plan	Buena	PCP2.: “Pues bien, supongo que bien, no ponen muchas pegas, vamos, no protestan mucho”.

Tabla 75: Corporación pública 3 (CP3)-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Actividades previas	Actividades Puntuales	PCP3.: “En aquellas fechas se hacían actividades de prevención pero muy específicas, muy puntuales [...], se colaboraba en actividades deportivas, se hizo una campaña que se llamaba “Lorca sin drogas”, o el día mundial sin tabaco, actividades muy puntuales, sabes, es que te hablo de hace ya, 10 años”.
	Actividades deportivas	
	Campañas	

¿Se integran dentro del Plan?	Algunas	PCP3.: “Se hacen actividades más..., programas preventivos ya más planificados y con más proyección en el tiempo” “Las actividades previas al plan, se quedaron ahí, eran actividades muy puntuales..., y esas pues bueno, algunas se siguen haciendo también”
Repercusión del Plan	Mayor conocimiento por parte de la población	PCP3.: “Bueno, yo creo que sigue una línea más o menos estable desde que empezó... Conocen las actuaciones del plan, pero la filosofía no”.
Diversidad en los puntos de vista de la actuación	Depende del momento	PCP3.: “Hombre, todo el mundo entiende que la prevención es necesaria..., pero al final lo que más apremia y lo donde más necesidades hay es sobre los temas asistenciales..., yo creo que dependen mucho del momento, es donde puedes, y de las circunstancias, sabes, es lo que hace que la gente se ponga más de acuerdo en un punto del programa que en otros”.
Destinatarios del Plan	Población en General	PCP3.: “A toda la población”
Actuaciones con la población general	Campañas	PCP3.: “Normalmente campañas de prevención”
Actuaciones con los padres	Escuelas de padres (Charlas-coloquio)	PCP3.: “... hemos tenido alguna experiencia de escuela de padres. [...] funciona con charlas-coloquio, donde se les da información sobre distintos aspectos de las drogodependencias”
Actuaciones con los profesores	Dotación de material didáctico	PCP3.: “... actividades formativas, tenemos ya un montón de años de colaboración con el CPR. Se les facilita el material didáctico para desarrollar los programas de prevención y se les da asesoramiento y se evalúan las actividades”. “Aunque este año nos hemos encontrado con bastantes dificultades para trabajar en los centros educativos, tienen una gran oferta de actividades y ya están cansados de los programas de prevención”.
	Asesoramiento, seguimiento y evaluación de programas	
	Formación a través del CPRs	

Actuaciones con alumnos	Programas preventivos	PCP3.: “Pues con los alumnos esos mismos programas, porque tienen una parte de profesorado y otra con alumnos”
Actuaciones con empresarios	Convenio de inserción laboral	PCP3.: “últimamente lo que se viene haciendo es [...] subvencionar a empresas que quieran contratar a toxicómano.”
Actuaciones con trabajadores	Prevención de tabaquismo	PCP3.: “...hay un programa de prevención de tabaquismo en el ámbito laboral con los trabajadores del Ayuntamiento.”
Actuaciones con niños	Escuela de verano	PCP3.: “...y en el ámbito comunitario hay un programa que se llama escuela de verano que tiene actividades de ocio y tiempo libre”
	Programas de ocio y tiempo libre	
Actuaciones con jóvenes	Campañas de prevención (Tiempo libre saludable)	PCP3.: “Con jóvenes llevamos varios años trabajando con el consejo de la juventud, haciendo campañas de prevención...”
Otros colectivos	Familias de barrios marginados	PCP3.: “Actuaciones específicas para ellos no, con barrios marginales si, pero que ahí viven inmigrantes...”
Satisfacción de los destinatarios	No se recoge	PCP3.: “Así específicamente no lo conocemos, no tenemos cuestionarios de evaluación en general de todas las actividades no lo tenemos...”
Respuesta de los usuarios ante el plan	Depende de las actividades	PCP3.: “Depende, hay actuaciones que tenemos una respuesta estupenda y otras que no funcionan...”

Tabla 76: Corporación pública 4 (CP4)-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Actividades previas	Actividades Puntuales	PCP4.: “Campaña de difusión en los medios que no se ha hecho después (Altano) implicando a muchos colectivos, para que tuviera repercusión por ejemplo, se hicieron bolsas de plástico. También se realizó una marcha, y algunas cosas más que no se evaluaron no se vieron las repercusiones, había mucha gente que quería trabajar (AMPAS), pero la gente se quema de reunirse y al final cuesta mucho y las personas se cansan, tiene que ser una de vez en cuando y ya no se han hecho más campañas de estas. Yo creo que sería mejor trabajar con la gente directamente como con la gente joven, más campañas
	Charlas en asociaciones	
	Campañas informativas	

	Centros escolares	directas que actividades puntuales. ... muchas de las actividades que realizábamos anterior al Plan están integradas en el Plan (las que se realizan en los centros educativos, en zonas desfavorecidas las seguimos haciendo), lo único que ha ido creciendo un poco, y perfilando un poco más y mejorando”.
¿Se integran dentro del Plan?	Algunas sí	
Repercusión del Plan	No se conoce	PCP4.: “Eso será para los planes que lleven tiempo, este todavía no se ha evaluado el primer periodo”.
Diversidad en los puntos de vista de la actuación	No, se siguen los objetivos del Plan	PCP4.: “Se siguen un poco los objetivos del plan, y ahora mismo la única que coordina el plan soy yo, con lo cual no hay discrepancias”
Destinatarios del Plan	Jóvenes	PCP4.: “Eminentemente a la gente joven, aunque también a la familia, porque a veces a la familia como entra en conflicto en la juventud hay ahí un problema qué... hay que mediar”
	Familia	
Actuaciones con la población general	Edición y reparto del Plan	PCP4.: “A nivel general, pues editar folletos, el Plan Municipal (que se va a repartir), alguna cosa puntual en radio, pues cosas puntuales”.
	Editar folletos de actividades	
Actuaciones con los padres	Escuela de padres	PCP4.: “Con los padres todos los años hacemos Escuelas de Padres y Madres”
Actuaciones con los profesores	Dotación de material didáctico	PCP4.: “Con los profesores se han hecho diferentes curso incluso para que ellos implante en el aula la prevención y unas veces te van cuatro profesores, después de organizar el curso y organizarlo con el CPR..., ya se les ha repartido material para que lo trabajen y cuesta mucho...”.
	Formación específica	
Actuaciones con alumnos	Charlas en los centros educativos	PCP4.: “Todos los años vamos directamente a los colegios entonces con los de tercero sobre todo y algunas veces con los de cuarto, hacemos un módulo de prevención de tabaco, alcohol y otras drogas...”.
Actuaciones con empresarios	Nada	PCP4.: “Nada, una información que nos viene de alguna subvención si contratan a personas, pero no”.
Actuaciones con los trabajadores	Formación a través de sindicatos	PCP4.: “Se hizo un curso y estábamos viendo para hacer otro pero era muy caro y estamos organizándolo para el año que viene. Con CCOO hemos estado viendo, pero era una bestialidad, muy caro, a ver si al ser CCOO poco a poco ofrecemos algún módulo, alguna cosa, se va bajando”

Actuaciones con niños	Actividades Extraescolar APAS	PCP4.: “Las actividades extraescolares que en algunos barrios ahora ya llevamos todo el año, y en otros sólo en verano, y la coordinación la realizamos a través de las AMPAS, [...] en todos los colegios se hace, se hacen al año por lo menos dos o tres meses actividades de prevención extraescolares”.
Actuaciones con jóvenes	Nada	PCP4.: “Nada, nos quedamos en los 4 de la ESO, hemos hecho algún curso de aprendiendo a ligar”
Otros colectivos	La prevención tiene un carácter universal	PCP4.: “..., en uno de los barrios que trabajamos hay un colectivo bastante grande de inmigrantes que viene, se integran en las actividades que hay no hay actividades específicas para ellos...”
Satisfacción de los destinatarios	Buena	PCP4.: “aunque la mayoría de las veces muy bien, muy bien, aunque se dice que sea anónimo siempre no pongáis el nombre, pero... solemos pasar un cuestionario de 5 u 8 preguntas, y eso de todo muy bien no convence, lo que pasa que la gente no quiere complicarse la vida”.
Respuesta de los usuarios ante el plan	Buena	PCP4.: “Las actividades que ponemos en marcha la gente responde...”

Tabla 77: Corporación pública 5 (CP5)-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Actividades previas	Actividades Puntuales	PCP5.: “...lo primero que se hizo fue un curso para profesionales de la zona, un curso multiprofesional... a partir de ahí en otros años hemos ido haciendo, como te decía antes un curso para familias con el problema de algún familiar toxicómano, y también a nivel de prevención talleres de ocio y tiempo libre, jornadas para padres... Talleres escolares de habilidades sociales, y empezamos con el programa de educación en valores a través del cine, que este también lo continuamos en la actualidad...”
	Centros escolares	
	Proyectos de ocio y tiempo libre	
	Curso multidisciplinar	

¿Se integran dentro del Plan?	Algunas	PCP5.: “Se siguen manteniendo los talleres de ocio y tiempo libre que yo creo que los hemos mejorado... Estos se han ido manteniendo, los escolares, es decir, la prevención escolar en educación sobre drogodependencias se ha modificado muchísimo por su ampliación, porque se está metiendo dentro de los currículum escolares en programas abalados por otros municipios
Repercusión del Plan	Ha mejorado	PCP5.: “Pues yo creo que si, ha ido mejorando...”
Diversidad en los puntos de vista de la actuación	No, hay bastante acuerdo	PCP5.: “En eso, creo que estamos todos muy de acuerdo, porque ya te digo, como tiene muchísimo que ver con la educación, al más amplio nivel...”.
Destinatarios del Plan	Niños	PCP5.: “La población diana es sobre todo adolescente, y bueno, niños y adolescentes son sobre todo la población diana”.
	Jóvenes	
Actuaciones con la población general	Campañas	PCP5.: “Pues campañas de sensibilización y la verdad que ahora mismo no se realiza otra actividad”.
Actuaciones con los padres	Formación programas escolares	PCP5.: “Es lo que te decía antes, se realiza formación sobre todos los programas que se están llevando a cabo con sus hijos en los centros educativos...”
Actuaciones con los profesores	Dotación de material	PCP5.: “Con los profesores, es lo que te contaba antes, la dotación del material de los programas, la presentación de los contenidos de los mismos, para la realización de los programas que eligen, y el seguimiento y la evaluación de los mismos. Sobre todo es el apoyo y el asesoramiento de materiales y programas”.
	Presentación de los contenidos del programa	
	Asesoramiento, seguimiento y evaluación de los programas	
Actuaciones con alumnos	Con el profesorado	PCP5.: “Dentro de los colegios directamente trabajamos con el

	Actividades de ocio y tiempo libre	profesorado, porque son el centro educativo, el profesorado, y fuera las actividades de ocio y tiempo libre que se realizan directamente con los alumnos..”.
Actuaciones empresarios	con Nada	PCP5.: “A nivel de empresas nada”.
Con los trabajadores	Nada	PCP5.: “nada...”.
Actuaciones con niños	Programas de ocio y tiempo libre	PCP5.: “Actuaciones de ocio y tiempo libre, hay tres talleres, uno en la Unión, otro en Pacheco y otro en Fuente Álamo, la ludoteca, una Escuela de Verano”.
	Ludoteca	
	Escuela de verano Talleres	
Actuaciones con jóvenes		
Otros colectivos	Carácter Universal	PCP5.: “Bueno, como es prevención, y es prevención y es universal, no es como con este grupo que te digo que si es una selección más selectiva, donde el grupo se escoge un poco, se escoge en el sentido de que son familias de barrios marginados de la Unión, donde tienen algún familiar toxicómano, de familias desestructuradas, etc. el resto es prevención universal, son programas de acción específica y universal, entonces se trabaja con todos”.
	Familia de Barrios Marginados	
Satisfacción de los destinatarios	Buena	PCP5.: “... y efectivamente si que comprobamos que alguna de esas cuestiones que intentábamos modificar si se han modificado de los alumnos que se han cogido como muestra, [...] ver el grupo de participantes, como del grado de satisfacción de los niños de las actividades y de la observación de las actividades, de la satisfacción del monitor más a nivel cualitativo y cuantitativo pues referente al número de personas era bueno.
Respuesta de los usuarios ante el plan	Buena	PCP5.: “...yo creo que bien en el sentido de la demanda que tenemos de los programas...”.

Tabla 78: Corporación pública 6 (CP6)-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Actividades previas	Ocio y tiempo libre	PCP6.: “era en la misma línea de lo que se está haciendo ahora, desde el

	Medio juvenil	año 86 hay un proyecto de ocio y tiempo libre para menores en riesgo... a parte de eso, lo que hacemos sistemáticamente es prevención en el medio escolar, en el medio juvenil, a través de Institutos.”
	Medio escolar	
¿Se integran dentro del Plan?	Sí	PCP6.: “... lo único que hemos hecho es darle forma, digamos, integrarlo con una visión global de todo lo que es abordar la drogodependencia, pero ya se hacía antes...”.
Repercusión del Plan	Positivas	PCP6.: “Yo creo que el Plan se ha afianzado, la gente sabe que existe y entonces cuentan con él, eso es bueno, y en lo malo todo lo que está mucho tiempo es más difícil de impulsar...”.
Diversidad en los puntos de vista de la actuación	No, hay bastante acuerdo	PCP6.: “Hombre, yo creo que estamos bastante de acuerdo, y sobre todo eso se debe a quien marca las directrices, vamos, quien sabe del Plan es desde aquí...”.
Destinatarios del el Plan	A la población en general	PCP6.: “Va dirigido a todo el mundo, prevención, asistencia a gente que está consumiendo, y reinserción a gente que ya ha consumido, pero en cuanto a sector infancia, juventud, es decir, por bloques de edad en general va a todo el mundo”.
Actuaciones con la población general	Campañas	PCP6.: “Se han hecho campaña con los comercios para el tema de la venta de alcohol...”
Actuaciones con los padres	Escuela de padres	PCP6.: “Escuela de padres”.
Actuaciones con los profesores	Formación (a veces a través del CPR)	PCP6.: “Hemos hecho varias cosas. En primaria se da formación específica a los profesores para que ellos desarrollen un programa de maduración psico-afectiva en el aula, entonces se les facilita unos materiales muy fáciles de aplicar y se les da la formación a ellos, y en secundaria, hasta ahora nosotros hacemos directamente las sesiones a la gente joven... formación a través del CPR...”
	Materiales	

Actuaciones con alumnos	con	Programas de prevención	PCP6.: “En primaria, todos los centros que quieran, creo que este año hay seis colegios, y este año que se han implicado en esto, el programa de maduración psico-afectiva... de forma sistemática desde hace cuatro o cinco años, se dan cuatro o cinco sesiones de prevención, este año, concretamente hemos trabajado percepción de riesgo y ha funcionado muy bien, porque en años anteriores habíamos trabajado lo que son habilidades sociales, resistencia a la presión de grupo, como decir no, autoestima, habilidades sociales relacionadas con la resistencia al consumo y una información concreta...”.
		Charlas	
Actuaciones empresarios	con	Nada	PCP6.: “Con los empresarios no se ha hecho nada, es un tema que está por ahí pendiente, pero que no se ha hecho”.
Actuaciones trabajadores	con	Nada	PCP6.: “Tampoco se ha hecho nada, tendría que ser a través de sindicatos y a través de la asociación de empresarios, pero no se hace”.
Actuaciones con niños		Ocio y tiempo libre	PCP6.: “En el ámbito escolar lo que ya te he comentado, y en el ámbito extraescolar, los proyectos de ocio y tiempo libre”
		Programas escolares	
Actuaciones jóvenes	con	Actividades de ocio y tiempo libre	PCP6.: “Lo que se hace en los Institutos, las convocatorias a subvenciones para asociaciones juveniles para que promuevan actividades de ocio y tiempo libre, y especialmente los fines de semana en los momentos y sitios de consumo”.
		Ocio saludable	
		Actividades escolares	
Otros colectivos		No	PCP6.: “No, la gente de inmigración si que ha hecho, es decir, el servicio de inmigración si que ha hecho algo, aunque también es una actuación puntual, no se si... eso a lo mejor es un handicap...”.
Satisfacción de los destinatarios	de los	No lo sabe	PCP6.: “ahora mismo no te puedo decir...”
Respuesta de los usuarios ante el plan	de los	Depende	PCP6.: “De forma dispar porque son tan dispares, pues es muy difícil, por ejemplo en infantil bien,... Los padres mal, a lo mejor no es la actividad adecuada, o no hemos sabido...”.

METACATEGORÍA

VII. RECURSOS

Tabla 79: Corporación pública 1 (CP1)-metacategoría VII

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Duración del Plan (Tiempo)	No caduca	PCP1.: “Salvo decisión política no tiene fin... no tiene fecha de caducidad hasta que se decida, pues es una decisión política igual que fue ponerlo.”
Medios para difundir el Plan	Guía/boletín	PCP1.: “En nuestro caso fundamentalmente la guía, el boletín y la revista, más todas las campañas, las cuatro áreas básicas, luego los medios de comunicación que son fundamentales los utilizamos permanentemente”.
	Revista	
	Campañas	
	Medios de Comunicación	
Son suficientes los medios	Faltan recursos	PCP1.: “Clarísimamente no, no para el plan, sino para la prevención en general...”

Tabla 80: Corporación pública 2 (CP2)-metacategoría VII

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Duración del Plan (Tiempo)	2006	PCP2.: “Este en concreto hasta el 2006”
Medios para difundir el Plan	Guía/boletín	PCP2.: “Actuaciones, el trabajo, se utilizan la radio y la prensa cuando se presenta alguna actividad, que más que campaña son actuaciones como Cartagineses y Romanos se pone publicidad en las calles y se utilizan muchos medios de comunicación, boletines, revistas,...”
	Revista	
	Campañas	
	Medios de Comunicación	
Son suficientes los medios	Falta sobretodo humanos	PCP2.: “No, recursos humanos siempre faltan. Hay mucho voluntario, falta gente preparada...”

Tabla 81: Corporación pública 3 (CP3)-metacategoría VII

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Duración del Plan (Tiempo)	Está Caducado	PCP3.: “Este ya está caducado, aunque lo mantenemos en vigor, nos pasa casi como a la Comunidad Autónoma, nosotros vamos así un poco a remolque”.
Medios para difundir el Plan	Ruedas de prensa cartelería Campanñas	PCP3.: “...publicitamos las actuaciones que hacemos, a través de ruedas de prensa, de noticias de prensa, y si son campañas, la cartelería o lo que lleve la campaña...”.
Son suficientes los medios	Faltan recursos humanos	PCP3.: “Nunca, son suficientes para lo que hacemos, pero se podrían hacer más cosas claro. Y mejor, si tuviéramos más medios, es decir, más personal, pues cuantas más personas tengas mejor, si tienes más medios se pueden hacer mejor las cosas...” “...estamos un poquito solos...”.

Tabla 82: Corporación pública 4 (CP4)-metacategoría VII

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Duración del Plan (Tiempo)	Cuatro años	PCP4.: “Este para cuatro años y de momento pensamos seguir”.
Medios para difundir el Plan	Medios de Comunicación: - Radio - Prensa - Televisión Edición de Folletos	PCP4.: “Los folletos, que anualmente se hacen a primeros de año con todas las actividades que se van a hacer, Radio, Prensa, periódicos, telecable, nos encantan, siempre estamos con los medios”.
Son suficientes los medios	Faltan recursos humanos	PCP4.: “No, a veces las cosas se quedan muy cortas, poca gente para hacer actividades..., no te da tiempo y se queda a la voluntad de los profesionales, cuesta un poco”.

Tabla 83: Corporación pública 5 (CP5)-metacategoría VII

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Duración del Plan (Tiempo)	3 años	PCP5.: “Los planes municipales no se, éste es trienal, y de momento se ampliará otros tres años más”
Medios para difundir el Plan	Centros educativos	PCP5.: “Pues, sobre todo, [...] lo hacemos a través de una oferta directa

	Edición de folletos	a los centros escolares, a las APAS, a los profesores de educación de adultos, garantía social, etc. y directamente a ellos, a veces a través de circulares, a veces también a través de folletos con las actividades del Plan, con las actividades de que disponemos...”
Son suficientes los medios	Faltan Recursos Humanos	PCP5.: “No, humanos faltan más que materiales, hombre materiales también, porque todo cuesta dinero, pero yo creo que si hubiera más recursos humanos para poder coordinarlo todo mejor o creo que se conseguiría más que si nos dan más dinero...”
	Faltan recursos materiales	

Tabla 84: Corporación pública 6 (CP6)-metacategoría VII

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Duración del Plan (Tiempo)	4 años	PCP6.: “El plan tiene una previsión para cuatro años, este es el cuarto, ahora habrá que renovarlo”.
Medios para difundir el Plan	Campañas	PCP6.: “Es que el Plan en global no se ha publicitado, lo que se publicita son las actuaciones puntuales, entonces los medios son los medios de publicidad normales, material gráfico, emisoras de radio”.
	Material gráfico	
	Medios de comunicación	
Son suficientes los medios	No	PCP6.: “No en absoluto”.

METACATEGORÍA

VIII. EVALUACIÓN

Tabla 85: Corporación pública 1 (CP1)-metacategoría VIII

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Se realiza	Sí	PCP1.: “Sí, todos los años, hacemos una memoria anual”.
Quién la realiza	Los técnicos	PCP1.: “Nosotros, los técnicos de aquí, los técnicos municipales”.

Instrumentos	Cuestionarios	PCP1.: “...básicamente las tres enfermeras que tenemos están encargadas cada una de su grupo de programas, llevan un control exhaustivo, a quien llaman, con quien se reúnen, todas esas cosas. Que cuestionarios se han nadado, cuales tienen que recibir, se encargan de mandarlos, si no lo han mandado recogerlo...”
Durante qué periodo	Anual	PCP1.: “Sí, todos los años, hacemos una memoria anual”.
Tipo de evaluación	Continua	PCP1.: “...salvo la memoria esa que se hace a final de año, hay una evaluación continua básicamente”.
Agente de evaluación	Interna y Externa	PCP1.: “Los técnicos internos al plan, una parte, luego todo lo que llevamos a la comunidad autónoma lo evalúa, porque entre otras cuestiones ellos deciden también en función de lo que queda, donde van a invertir los dineros, ellos hacen una evaluación externa”.
Barreras	Saturación de los centros educativos	PCP1.: “el que a los centros escolares, que están saturados [...] El mayor freno de la evaluación es toda la parte burocrática”
	Parte burocrática	

Tabla 86: Corporación pública 2 (CP2)-metacategoría VIII

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Se realiza	Sí	PCP2.: “No mucha, no es la práctica más habitual, la evaluación que hacemos en principio es a nivel de memoria, para justificar los gastos, bueno, justificamos lo que nos financia, lo que nos subvenciona la comunidad autónoma. En las memorias intentamos recoger todo lo que se hace cada año, así las memorias son un indicador”.
Quién la realiza	Los técnicos	PCP2.: “Nosotros fundamentalmente, no hay evaluación externa”.
Instrumentos	Cuestionarios	PCP2.: “Lápiz, papel, ordenador, cuestionarios, entrevistas, reuniones del grupo de trabajo, y hojas de seguimiento de las actividades”.
	Entrevistas	
	Reuniones de trabajo	

		Hojas de seguimiento	
Durante período	qué	Anual	PCP2.: “La memoria se suele hacer en el primer trimestre del año, al principio hacíamos memorias cuatrienales, pero luego las dejamos anuales”
Tipo de evaluación	de	Continua y final	PCP2.: “Es una evaluación continua y final. Continua a través de las fichas de seguimiento de las actividades, ya te digo, datos mínimos, de asistencia, de participación”.
Agente de evaluación	de	Interno	PCP2.: “Es más que nada interna, soy yo y poco más”.
Barreras		Falta de costumbre	PCP2.: “... que no hay costumbre... la oficina en la que está el Plan se llama oficina técnica de apoyo y evaluación, y apoyo un poco, pero de evaluación nada, falta formación”.
		Falta de formación en evaluación	

Tabla 87: Corporación pública 3 (CP3)-metacategoría VIII

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado	
Se realiza	Memoria anual de las actividades	PCP3.: “Memoria final no hay, se hará al final [...], se han hecho memorias anuales de las actividades que se han diseñado para ese año, se prepara una memoria de evaluación, que se lleva al propio Ayuntamiento y a la Comunidad Autónoma”	
Quién la realiza	El técnico de Servicios Sociales	PCP3.: “Fundamentalmente yo, a través de las memorias que se elaboran todos los años.”	
Instrumentos	Hojas de seguimiento	PCP3.: “Hacemos evaluación de los datos que recogemos de nuestras propias actividades, de participación de los beneficiarios, de las personas a las que van destinadas, si responde a los objetivos y tal, a través de las hojas de seguimiento de las propias actividades”	
Durante período	qué	Anual	PCP3.: “Normalmente al final de la actividad, anual”
Tipo de evaluación	de	Final	PCP3.: “Es una evaluación final normalmente, no se hacen evaluaciones continuas”

Agente de evaluación	de Interna	PCP3.: “La realizan técnicos internos del plan y técnicos de las entidades que participan, no hay un evaluador externo”.
Barreras	El diseño del programa	PCP3.: “Primero que el diseño de evaluación previamente no está bien estructurado y luego, yo creo que dependen sobre todo del tipo de actuaciones, [...] yo creo que las más difíciles de evaluar son las actuaciones de tipo comunitario,... También contaría aquí, la falta de preparación para realizar la evaluación y de tradición.”
	Las actuaciones comunitarias son difíciles de evaluar	
	Falta de preparación Falta de tradición	

Tabla 88: Corporación pública 4 (CP4)-metacategoría VIII

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Se realiza	Sí	PCP4.: Sí, pero ahora cuando acabemos el plan haremos evaluación, cada año se hace pero eso, cuanto gente asiste a las actividades, cuanto dinero a costado, no se ahora mismo los indicadores, la consecución de los objetivos... cómo se sabe si se han alcanzado si no son muy específicos u operativos... pues eso”.
Quién la realiza	El técnico de servicios sociales	PCP4.: “Generalmente yo..., con la evaluación tengo mis dudas, nos enseñan poco o no nos preocupamos y lo ponemos todo muy bonito”.
Instrumentos	Cuestionarios	PCP4.: “Cuestionarios”.
Durante qué periodo	Durante los 4 años, una cada año	PCP4.: “Durante los 4 años”
Tipo de evaluación	Final	PCP4.: “Una cada año”
Agente de evaluación	Externos e Internos	PCP4.: “Los que vienen de fuera y de dentro”.
Barreras	Formación	PCP4.: “Sí, la falta de formación”

Tabla 89: Corporación pública 5 (CP5)-metacategoría VIII

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Se realiza	Sí	PCP5.: “Sí”

Quién la realiza	El técnico	PCP5.: “Pues la persona que en este caso lo gestione, sobre todo en cuanto a la elaboración del proceso, que es bastante amplia”
Instrumentos	Cuestionarios	PCP5.: “Yo te digo que la evaluación viene diseñada por los propios programas, el instrumento es el cuestionario que te proporciona el propio programa y en los que no es así, pues a través de establecer unos criterios previos de evaluación, de esa manera”.
Durante qué período	Trimestral	PCP5.: “Normalmente, cada dos o tres meses nos vamos viendo, para recoger también resultados, no tanto de la participación, que a lo mejor también hay movimiento en la participación, sino que se trata casi, de un estadillo de incidencias de cosas que se han presentado, de situaciones que ha habido que resolver, para tratar de conseguir los objetivos últimos del programa...”
Tipo de evaluación	Continua	PCP5.: “La evaluación es continua, justamente porque no hay personas trabajando en esto, yo tengo que estar enterándome poco a poco de todo, porque sino es que no tengo a nadie que vaya a hacer una evaluación después”.
Agente de evaluación	Interno	PCP5.: “La deberían realizar expertos externos al plan, pero no es así”.
Barreras	Falta de personal	PCP5.: “El hecho de que la misma persona no puede ser la que hace absolutamente todo, ni por conocimientos de todo, ni por tiempo de dedicación, ni por objetividad, ni por nada, aquí es que no se puede hacer ese tipo de evaluación, se hace todo lo bonita y todo lo interesante que uno tiene tiempo de hacer, pero no se puede hacer. Se necesita una persona y también hace falta una evaluación externa más objetiva, que una evaluación interna”
	Falta de formación	
	Falta evaluación externa	

Tabla 90: Corporación pública 6 (CP6)-metacategoría VIII

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Se realiza	Sí	PCP6.: “Tenemos que realizar la evaluación del Plan ahora. Anualmente en el área de prevención sí, y ahora tenemos que hacer la evaluación de todo el periodo”.
Quién la realiza	El técnico	PCP6.: “La tenemos que hacer nosotros, el centro de servicios sociales, es el responsable del plan contando con la gente que participa”.
Instrumentos	No tienen	PCP6.: “No tenemos todavía un instrumento elaborado”.
Durante qué periodo	Al final del Plan	PCP6.: “Al final del Plan”
Tipo de evaluación	Evaluación de proceso	PCP6.: “En la evaluación del proceso lo único que se han hecho han sido reuniones para intercambiar impresiones, de qué es lo que se está haciendo y qué es lo que podemos hacer. Pero no se ha realizado ninguna evaluación sistemática”.
Agente de evaluación	Interno	PCP6.: “Internos”.
Barreras		

METACATEGORÍA

IX. OPINIÓN PERSONAL SOBRE EL PLAN

Tabla 91: Corporación pública 1 (CP1)-metacategoría IX

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Opinión personal	Implicación de la Consejería de Educación	PCP1.: “Siempre tienes la idea de que esto es un continuo... Lo ideal sería para nosotros que todos los centros escolares hicieran una actividad reglada todos los años... sería conseguir que la consejería de educación previa valoración de ellos que son los destinatarios de alguna manera pusieran en serio el sello de programa preferente... le falta que se incorpore a los centros, para nosotros la situación ideal sería que la mayoría de los profesores cuando empiezan a hacer su planificación del curso o cuando finalizan, cuando preparan la planificación del año siguiente digan: - de drogas ¿qué voy a hacer este año? -”.
	Constancia	
	Cambio constante	
	Incorporación de los programas al currículum escolar	

Tabla 92: Corporación pública 2 (CP2)-metacategoría IX

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Opinión personal	Soledad	PCP2.: “...bueno, la parte que se dedica a la oferta de drogas va por su lado, y los de la demanda vamos por otro... si hay algún grado de satisfacción es en el ámbito educativo y con reservas, porque no se dedican los medios, y realmente son actuaciones en las que vamos solos, la Comunidad Autónoma el aspecto educativo lo tiene un poco..., no se si abandonado... pero es que esto lo debería estar haciendo la comunidad autónoma, será responsabilidad de la consejería de educación, y si, bueno, la consejería de sanidad hace o hacía jornadas de planes municipales y tal y las conclusiones en esas jornadas siempre eran las mismas, impulsar los programas educativos y luego a la hora de la verdad, han impulsado el construyendo salud y poco más...”.
	Oferta y demanda no se ajusta a prevención	
	Implicación de la Consejería de Educación	
	Incorporación de los programas al currículum escolar	

Tabla 93: Corporación pública 3 (CP3)-metacategoría IX

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Opinión personal	Falta de coordinación	PCP3.: “Se podría hacer más y sobre todo en la coordinación,... y los recursos que siempre son necesarios, cuantos más mejor, hay actividades que son muy caras de poner en marcha, sobre todo las asistenciales, o de inserción, son los más complicados”.
	Falta de recursos	

Tabla 94: Corporación pública 4 (CP4)-metacategoría IX

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Opinión personal	Responder a las necesidades de los jóvenes	PCP4.: “A los jóvenes me cuesta más llegar, me voy a acercar a ellos para ver cuáles son sus necesidades”.

Tabla 95: Corporación pública 5 (CP5)-metacategoría IX

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Opinión personal	No hay recursos suficientes	PCP5.: “Hombre, pues como tiene que ser proporcional a los recursos que emplea, pues yo creo que es bastante buena con los recursos que se tienen. ... puedes ver qué es lo que se sigue haciendo, cuales son las líneas principales de acción. El problema es que no tenemos tiempo de coger ese material y analizarlo, porque me daría pistas de las que todavía no me he dado cuenta. Pero es que no me da tiempo a darme cuenta [...] y que eso lo haga una persona sola pues no puede ser, es mucho, esa es otra cosa que le comenté a la responsable de la Comunidad Autónoma. No puede ser, hay que dotar de más personal. Pende de un hilo, si un día me dicen que en servicios sociales hay otros problemas más importantes que atender, pues te quedas sin plan”.
	Falta personal	

Tabla 96: Corporación pública 6 (CP6)-metacategoría IX

Categoría	Subcategoría/s	Descripción del entrevistado
Opinión personal	Soledad	PCP6.: “Yo me siento muy sola, requiere mucho tiempo, mucha constancia, muchas directrices desde arriba de cara a cada una de las instituciones que tienen que estar... Y luego la realidad va por otro lado, sigue otros derroteros, la sociedad va a una velocidad muchísimo más rápida, la realidad en cuanto a consumo, en cuanto a las necesidades... pues en este caso se necesita también de un proceso muy largo”.
	Constancia	
	Muchos esfuerzos	
	Cambio constante	
	Proceso lento	

4.3.2.2. Segunda aproximación a la categorización/codificación y asignación de unidades de análisis.

En este apartado se ha desarrollado el mismo proceso que en el punto 4.2.2.2. para categorizar y codificar la información que posteriormente ha sido analizada. Nos remitimos pues, a ese apartado en el que se detalla el proceso seguido. A continuación presentamos el análisis específico en este caso concreto.

METACATEGORÍA

I. NECESIDADES QUE CONDUCEN A REALIZAR EL PLAN MUNICIPAL

Cuadro 43: Categorización por CP-metacategoría I

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
I.1. Por qué se realiza	Necesidad Social	Necesidad Social	Necesidad Social	Necesidad Económica	Necesidad Administrativa	Necesidad Administrativa
	Necesidad Económica	Plan Nacional	Necesidad Política		Necesidad de Coordinación	
	Necesidad Administrativa	Necesidad Política				

I.1.1. Necesidad Administrativa (66,66 %) “Fundamentalmente hay unas directrices de tipo general” (PCP1); “el que haya un Plan Nacional sobre drogas empujado el tema...” (PCP2); “creo que también ayudó mucho a decidirse el poder hacer convenios con la Comunidad Autónoma” (PCP5) “entonces eran unas directrices a nivel regional que los programas de prevención y además eran uno de los requisitos para suscribir [...] un convenio...”.(PCP6)

I.1.2. Necesidad Social (50%) “todo esto siempre responde a una demanda social” (PCP1); “fundamentalmente el tema de la alarma social” (PCP2); preocupación a nivel social por el tema (PCP3).

I.1.3. Necesidad Económica (33,33 %) “a la hora de gestionar presupuestos o de poner recursos es necesario que de alguna manera vertebre todas esas actividades” (PCP1); “...la primera necesidad fue monetaria” (PCP4).

I.1.4. Necesidad Política (33,33%) “La iniciativa fue también política, iniciativa específica de los concejales que había” (PCP2) “...fue una decisión política” (PCP3)

I.1.5. Necesidad de Coordinación (16,66%), “que nos garantiza una mejora de acción, una mejor coordinación” (PCP5).

Cuadro 44: Codificación de las unidades textuales-metacategoría I

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
I.1. Por qué se realiza	I.1.1. Necesidad Administrativa (66,66 %)	<ul style="list-style-type: none"> - “Fundamentalmente hay unas directrices de tipo general” (PCP1); - “el que haya un Plan Nacional sobre drogas empujado el tema...” (PCP2); - “creo que también ayudó mucho a decidirse el poder hacer convenios con la Comunidad Autónoma” (PCP5); - “entonces eran unas directrices a nivel regional que los programas de prevención y además eran uno de los requisitos para suscribir [...] un convenio...”.(PCP6).
	I.1.2. Necesidad Social (50%)	<ul style="list-style-type: none"> - “todo esto siempre responde a una demanda social” (PCP1); - “fundamentalmente el tema de la alarma social” (PCP2); - “preocupación a nivel social por el tema (PCP3).
	I.1.3. Necesidad Económica (33,33 %)	<ul style="list-style-type: none"> - “a la hora de gestionar presupuestos o de poner recursos es necesario que de alguna manera vertebre todas esas actividades” (PCP1); - “...la primera necesidad fue monetaria” (PCP4).
	I.1.4. Necesidad Política (33.33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “La iniciativa fue también política, iniciativa específica de los concejales que había” (PCP2); - “...fue una decisión política” (PCP3)
	I.1.5. Necesidad de Coordinación (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “que nos garantiza una mejora de acción, una mejor coordinación” (PCP5).

Cuadro 45: Categorización por CP-metacategoría I

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
I.2. Estudios Previos	Estudio social	Estudio Social	Datos sobre la prevalencia de adicciones del centro de salud mental	Estudio Social	Estudio Social	Prevalencia de adicciones del centro de salud

I.2.1. Estudio social (66,66%), “tú haces una evaluación final y te das cuenta de qué es lo que te demandan los centros...” (PCP1); “Haciendo reuniones semanales, ya se veía la necesidad de hacer programas de prevención de drogas” (PCP4); “Se realizó un estudio sociológico sobre el consumo de drogas de la población y la valoración del Plan” (PCP2); “Fue a raíz de ver lo que se estaba viendo en cualquier otro tipo de análisis sobre el consumo, se constató en nuestro municipio” (PCP5)

I.2.2. Estudio sobre prevalencia de adicciones (33,33%), “Se barajaron datos de consumo que nos aportaba el Centro de Salud Mental” (PCP3); “se recogieron datos de salud mental en cuanto a la prevalencia de adicciones...” (PCP6)

Cuadro 46: Codificación de las unidades textuales-metacategoría I

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
I.2. Estudios Previos	I.2.1. Estudio social (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Tú haces una evaluación final y te das cuenta de qué es lo que te demandan los centros...” (PCP1); - Haciendo reuniones semanales, ya se veía la necesidad de hacer programas de prevención de drogas (PCP4); - “Se realizó un estudio sociológico sobre el consumo de drogas de la población y la valoración del Plan” (PCP2); - “Fue a raíz de ver lo que se estaba viendo en cualquier otro tipo de análisis sobre el consumo, se constató en nuestro municipio” (PCP5)
	I.2.2. Estudio sobre prevalencia de adicciones (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Se barajaron datos de consumo que nos aportaba el Centro de Salud Mental” (PCP3); - “se recogieron datos de salud mental en cuanto a la prevalencia de adicciones...” PCP6)

Cuadro 47: Categorización por CP-metacategoría I

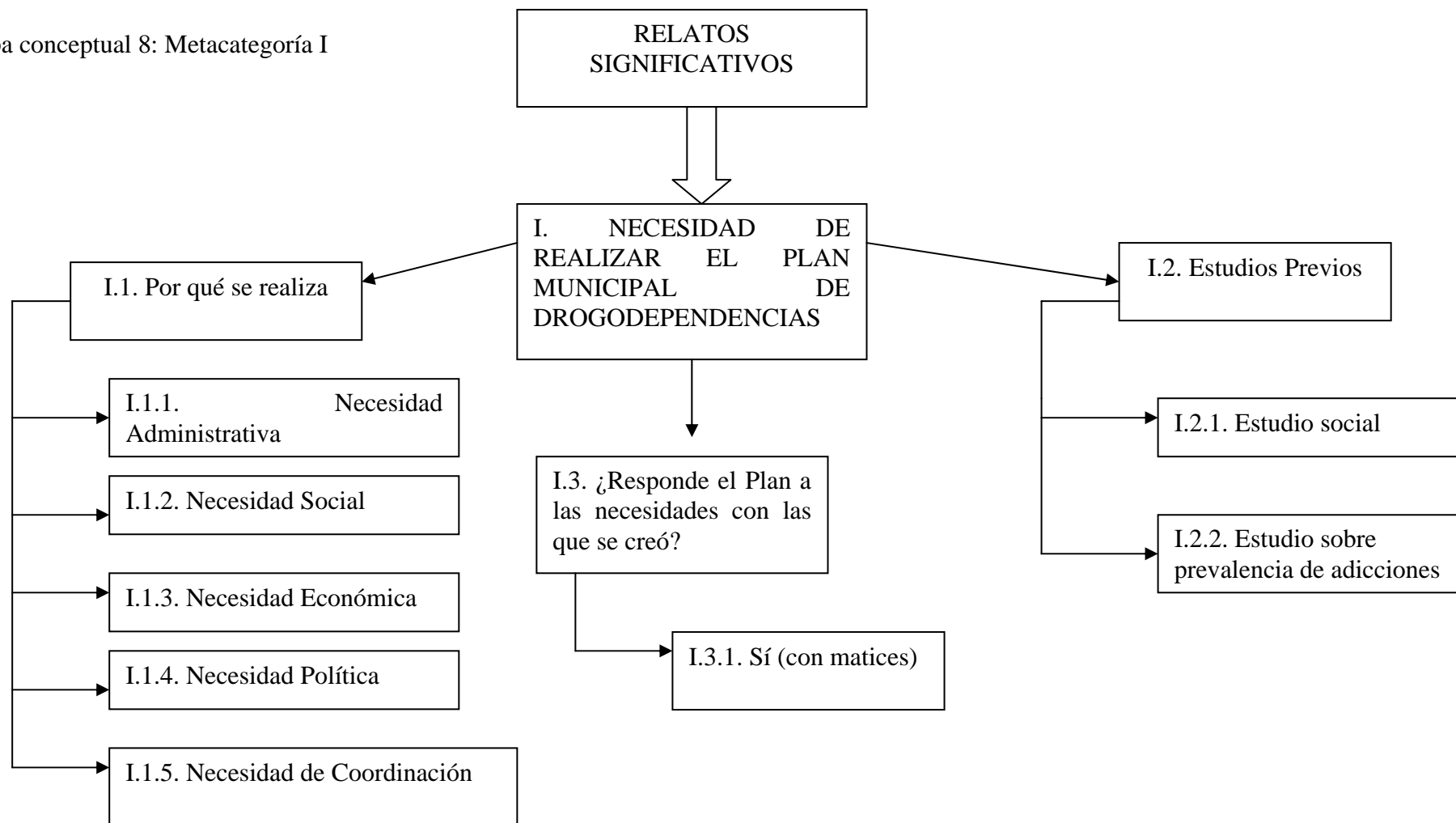
Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
I.3. ¿Responde el Plan a las necesidades con las que se creó?	Sí, pero la problemática cambia continuamente	Sí	Sí	Sí, no sé si descontextualizado	Sí, aunque es difícil	Sí

I.1.3.1. Si (100%) hay matices en las respuestas, “Yo creo que de base sí, otra cosa es que las cosas van cambiando mucho con el tiempo” (PCP1); “Sí, sí” (PCP2); “Sí, yo creo que se están cumpliendo los objetivos que se habían planteado y las necesidades” (PCP3); “Sí, lo que no se es si responde a las necesidades de la localidad” (PCP4); “Pues, yo creo que sí, porque a veces cuesta saber qué es exactamente qué es lo que quieres modificar...” (PCP5); “Sí, el plan sí responde a las necesidades para las que se planificó” (PCP6).

Cuadro 48: Codificación de las unidades textuales-metacategoría I

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
I.3. ¿Responde el Plan a las necesidades con las que se creó?	1.3.1. Si (con matices) (100%).	“Yo creo que de base sí, otra cosa es que las cosas van cambiando mucho con el tiempo” (PCP1); “Sí, sí” (PCP2); “Sí, yo creo que se están cumpliendo los objetivos que se habían planteado y las necesidades” (PCP3); Sí, lo que no se es si responde a las necesidades de la localidad (PCP4); “Pues, yo creo que sí, porque a veces cuesta saber qué es exactamente qué es lo que quieres modificar...” (PCP5); “Sí, el plan si responde a las necesidades para las que se planificó” (PCP6).

Mapa conceptual 8: Metacategoría I



ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Necesidades que conducen a realizar el Plan Municipal* se ha subdividido en tres categorías, esta metacategoría agrupa a aquellas categorías que inciden en conocer por qué razón se realizan los planes municipales, en qué estudios previos se han basado para realizarlos y si en opinión de los entrevistados responden a las expectativas con las que se crearon.

La categoría *Por qué se realiza* se ha dividido en cinco subcategorías que han sido extraídas de las entrevistas realizadas, la subcategoría que ha aparecido con mayor frecuencia en las entrevistas realizadas a los técnicos de los planes municipales ha sido la *Necesidad Administrativa*, siendo referida por cuatro de los seis técnicos entrevistados, bajo esta subcategoría se hace referencia a la existencia del Plan Nacional sobre drogas que ha promovido la creación de los planes municipales, así como a las directrices de la Comunidad Autónoma que ha impulsado la realización de convenios con los ayuntamientos para realizar los planes municipales. En segundo lugar hemos recogido la subcategoría *Necesidad social*, relatada por tres de los seis técnicos entrevistados bajo la que se especifica que los planes surgen para responder a una demanda social por la alarma social que estaba causando el tema de las drogodependencias y por la preocupación de los ciudadanos a este respecto. En tercer lugar hemos recogido la subcategoría *Necesidad económica*, relatada por dos de los seis técnicos entrevistados, bajo este rótulo se recoge que una de las necesidades por las que se crearon los planes era por la necesidad de dotación presupuestaria para poder realizar las actividades en materia de drogodependencias y así no estar pendientes de la concesión de subvenciones cada vez que planificaban una actividad para poder realizarla. En cuarto lugar hemos recogido la subcategoría *Necesidad Política*, relatada por dos de los seis técnicos entrevistados en la que se hace referencia a la iniciativa política especificada a nivel municipal en los concejales, que tomaron la iniciativa para que los planes municipales se realizaran como forma de aglutinar las acciones preventivas en materia de drogodependencias. En quinto y último lugar y con la frecuencia más baja, hemos recogido la subcategoría *Necesidad de coordinación*, que ha sido referida por uno de los seis técnicos entrevistados, bajo

la que se especifica la necesidad de garantizar una mejora de la actuación en materia de drogodependencias con una mejora de la coordinación.

La categoría *Estudios previos* se ha dividido en dos subcategorías que han sido extraídas de las entrevistas realizadas a los técnicos, la subcategoría que se ha registrado con mayor frecuencia ha sido la de *Estudio social*, se ha registrado en cuatro de las seis entrevistas realizadas, y se hace referencia a la demanda de los centros educativos, a las demandas en las reuniones semanales que realizaban con los técnicos de los ayuntamientos y las personas interesadas en la prevención de las drogodependencias, así como a las demandas recogidas en los estudios sociológicos realizados y en el análisis de la situación del municipio. En segundo lugar hemos encontrado la subcategoría *Estudio sobre prevalencia de adicciones*, referidas en dos de las seis entrevistas realizadas, se hace mención aquí a los datos de los centros de salud mental, por prevalencia de adicciones.

La categoría *¿Responde el plan a las necesidades con las que se creó?*, se ha dividido en una subcategoría, orientada a conocer si el plan municipal responde a las expectativas con las que fue elaborado una vez puesto en marcha. La subcategoría que ha aparecido en todas las entrevistas ha sido que *Sí*, aunque se han presentado distintos matices, los entrevistados admiten que se consigue lo que está planteado de base en los planes municipales; otra cosa, afirman, es que se consiga cambiar la realidad, pues ésta cambia muy rápidamente y es muy difícil conocer qué es lo que se quiere modificar, así como adaptarse a las necesidades de las localidades antes de que las problemáticas cambien.

METACATEGORÍA

II. OBJETIVO DEL PLAN MUNICIPAL

Cuadro 49: Categorización por CP-metacategoría II

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
II.1. ¿Qué objetivos?	Prevención	Ciudad saludable (preventivo)	Son los establecidos en la Ley regional sobre Drogas (prevención), asistencia e inserción)	Eliminar factores de riesgo (prevención)	Reducir la edad de inicio del consumo (prevención)	Prevención Reducción de edad de inicio (prevención)
	Inserción				Sensibilizar sobre el aspecto comunitario (prevención)	Reducción de daños
	Asistencia					

II.1.1. Preventivos (100%), “Como he comentado antes, por su propio diseño, fundamentalmente la prevención” (PCP1); “El que hay marcado en el Plan, trabajar por una Cartagena más saludable” (PCP2); “... coinciden con los objetivos generales establecidos en la Ley regional sobre Drogas” (PCP3); “Procurar la eliminación de factores que propician el consumo y abuso de drogas” (PCP4); “El objetivo general, como te decía y como casi todos los planes de prevención es reducir la edad de inicio al consumo [...] y por otro lado un objetivo que nosotros marcamos también en el Plan, es eh, sensibilizar al resto de la población que es un Plan comunitario...” (PCP5); “Hay objetivos de prevención [...] retardar la edad de inicio...” (PCP6).

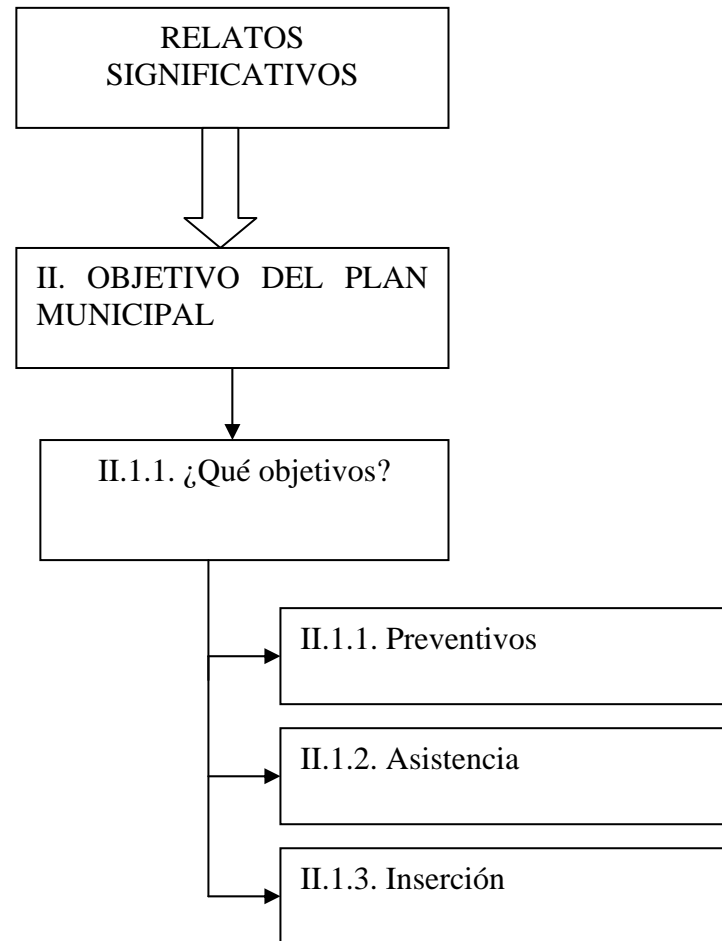
II.1.2. Asistencial (50%), “lo de hacer apoyo a la asistencia..., o gente con problemas de drogas como la inserción social”(PCP1); “... coinciden con los objetivos generales establecidos en la Ley regional sobre Drogas” (PCP3); “sociales y de reducción de daños y desintoxicación y deshabituación” (PCP6).

II.1.3. Inserción (50%), “lo de hacer apoyo a la asistencia..., o gente con problemas de drogas como la inserción social”(PCP1); “... coinciden con los objetivos generales establecidos en la Ley regional sobre Drogas” (PCP3); “sociales y de reducción de daños y desintoxicación y deshabituación” (PCP6).

Cuadro 50: Codificación de las unidades textuales-metacategoría II

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
II.1. ¿Qué objetivos?	II.1.1. Preventivos (100%)	“Como he comentado antes, por su propio diseño, fundamentalmente la prevención” (PCP1); “El que hay marcado en el Plan, trabajar por una Cartagena más saludable” (PCP2); “... coinciden con los objetivos generales establecidos en la Ley regional sobre Drogas” (PCP3); “Procurar la eliminación de factores que propician el consumo y abuso de drogas” (PCP4); “El objetivo general, como te decía y como casi todos los planes de prevención es reducir la edad de inicio al consumo [...] y por otro lado un objetivo que nosotros marcamos también en el Plan, es eh, sensibilizar al resto de la población que es un Plan comunitario...” (PCP5); “Hay objetivos de prevención [...] retardar la edad de inicio...” (PCP6).
	II.1.2. Asistencial (50%),	“lo de hacer apoyo a la asistencia..., o gente con problemas de drogas como la inserción social”(PCP1); “... coinciden con los objetivos generales establecidos en la Ley regional sobre Drogas” (PCP3); “sociales y de reducción de daños y desintoxicación y deshabituación” (PCP6).
	II.1.3. Inserción (50%)	“lo de hacer apoyo a la asistencia..., o gente con problemas de drogas como la inserción social”(PCP1); “... coinciden con los objetivos generales establecidos en la Ley regional sobre Drogas” (PCP3); “sociales y de reducción de daños y desintoxicación y deshabituación” (PCP6).

Mapa conceptual 9: Metacategoría II



ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Objetivo del plan municipal*, se ha subdividido en una categoría bajo el título *¿Qué objetivos?*, ésta categoría se ha dividido a su vez en tres subcategorías que han sido extraídas de las entrevistas realizadas a los técnicos de los Planes municipales. La subcategoría que ha aparecido con mayor frecuencia, recogida en cinco de las seis entrevistas realizadas, responde a objetivos *Preventivos*, dentro de esta subcategoría se definen objetivos encaminados a la sensibilización de la población del plan municipal en su dimensión comunitaria, también se incluyen en este apartado la eliminación de factores que propician el consumo y abuso de drogas y reducir la edad de inicio del consumo de drogas, éstos objetivos han sido considerados por las políticas del PND (2000), como preventivos, es por esta razón por la que los incluimos en este apartado. Uno de los planes municipales ha asumido como suyos los objetivos plasmados en la Ley Regional sobre Drogas, en esta ley se hace referencia a objetivos preventivos como los que hemos definidos. La siguiente subcategoría responde a objetivos *Asistenciales*, definidos dentro del marco de la asistencia integral a las personas afectadas por el consumo abusivo o dependencias a las drogas, la frecuencia de esta subcategoría es de tres a seis entrevistas realizadas, dentro de esta subcategoría hemos incluido objetivos de desintoxicación y deshabitación y los establecidos por la Ley Regional de drogas. En tercer lugar y con la misma frecuencia que la anterior aparece la subcategoría *Inserción*, que abarca objetivos tales como la integración social de drogodependientes y de reducción del daño a través de programas de integración. Estas tres subcategorías definen básicamente los frentes a los que se dirigen principalmente los planes municipales, aunque queda claro que se le da mayor peso a la prevención.

METACATEGORÍA

III. DEFINICIÓN DEL PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS

Cuadro 51: Categorización por CP-metacategoría III

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
III.1. Definición	Respuesta social	Coordinación	Coordinación	Coordinación	Preventivo	Difícil de llevar a cabo
	Participativo	Municipal	Participación	Participación	Educativo	
	Preventivo	Prevención		Prevención	Comunitario	
	Municipal					

III.1.1. Participativo (66,66%), “...y muy participado” (PCP1); “... contempla pues, la participación de no sólo la administración, sino de las ONGs, y otros organismos” (PCP3); “que como vienen colectivos de diferentes ámbitos, aportan ideas que no son las fijas de siempre como técnicos”(PCP4); “Yo creo que es un Plan Educativo, comunitario en el sentido preventivo a nivel más básico”(PCP5).

III.1.2. Preventivo (66,66%), “fundamentalmente preventivo...” (PCP1); “sobre el tema de prevención” (PCP2); “... de prevención”(PCP4); “en el sentido preventivo”(PCP5).

III.1.3. Coordinación (50%), “Es un poco el intento de coordinar acciones sobre el tema de prevención” (PCP2); “Es un plan que intenta coordinar todos los recursos” (PCP3); “... pero también tenemos que tener claro trabajar con todos los sectores”(PCP4).

III.1.4. Municipal (33,33%), “no olvida que es municipal”(PCP1); “sobre drogodependencias en el municipio”(PCP2).

III.1.5. Respuesta social (16,66%), “Lo que se recoge en el Plan Municipal es una respuesta articulada al problema de las drogas...” (PCP1).

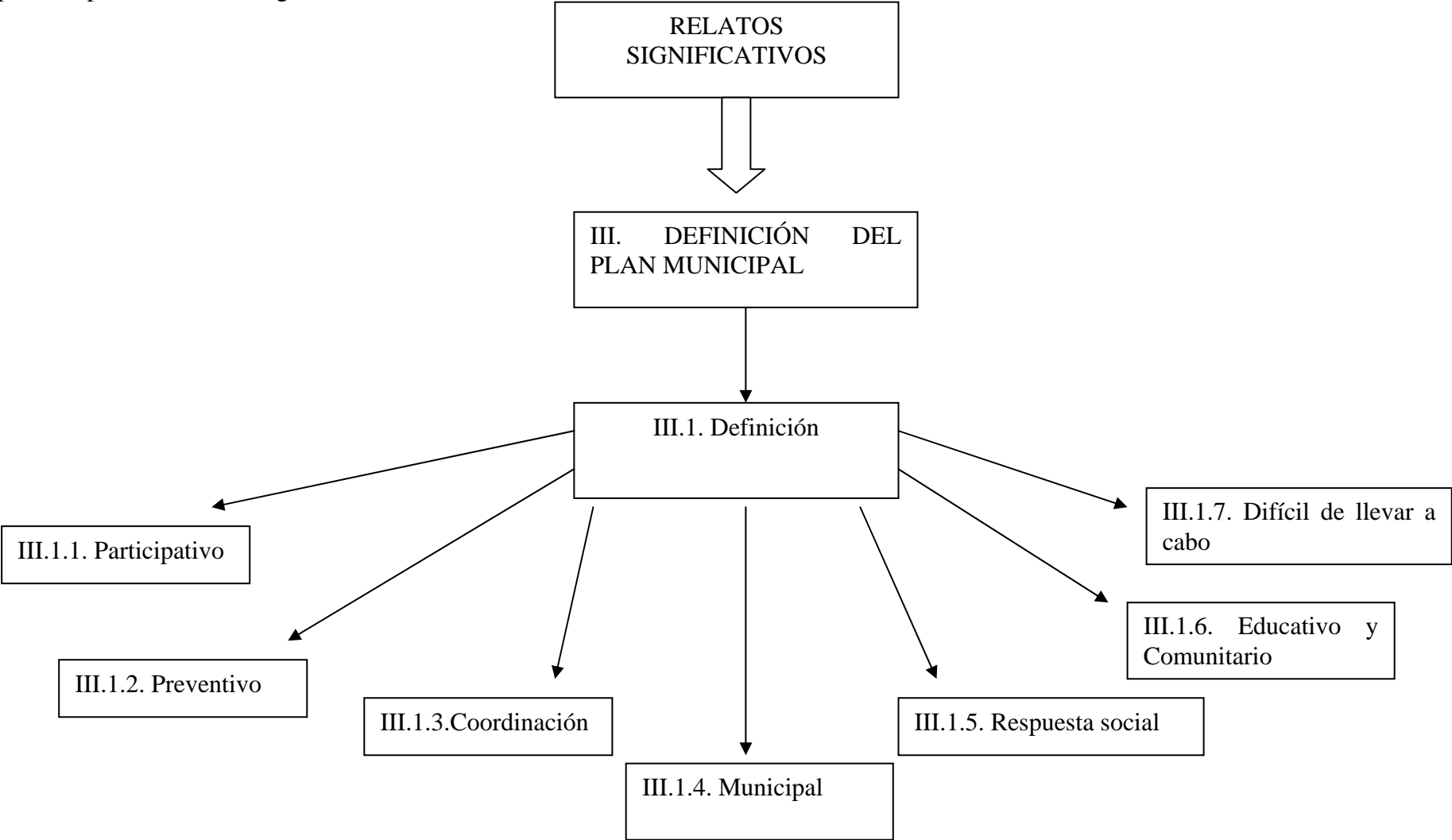
III.1.6. Educativo y comunitario (16,66%), “Yo creo que es un Plan Educativo y comunitario” (PCP5).

III.1.7. Difícil de llevar a cabo. (16,66%), “el Plan es difícil de cumplir...” (PCP6).

Cuadro 52: Codificación de las unidades textuales-metacategoría III

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
III.1. Definición	III.1.1. Participativo (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “...y muy participado” (PCP1); - “... contempla pues, la participación de no sólo la administración, sino de las ONGs, y otros organismos” (PCP3); - “que como vienen colectivos de diferentes ámbitos, aportan ideas que no son las fijas de siempre como técnicos” (PCP4); - “Yo creo que es un Plan Educativo, comunitario en el sentido preventivo a nivel más básico” (PCP5).
	III.1.2. Preventivo (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “fundamentalmente preventivo...”(PCP1); - “sobre el tema de prevención” (PCP2); - “... de prevención”(PCP4); - “en el sentido preventivo”(PCP5).
	III.1.3.Coordinación (50%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Es un poco el intento de coordinar acciones sobre el tema de prevención” (PCP2); - “Es un plan que intenta coordinar todos los recursos” (PCP3); - “... pero también tenemos que tener claro trabajar con todos los sectores”(PCP4).
	III.1.4. Municipal (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “no olvida que es municipal”(PCP1); - “sobre drogodependencias en el municipio”(PCP2).
	III.1.5. Respuesta social (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Lo que se recoge en el Plan Municipal es una respuesta articulada al problema de las drogas...” (PCP1).
	III.1.6. Educativo y Comunitario (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Yo creo que es un Plan Educativo, comunitario” (PCP5).
	III.1.7. Difícil de llevar a cabo (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “el Plan es difícil de cumplir...” (PCP6).

Mapa conceptual 10: Metacategoría III



ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Definición del Plan Municipal*, bajo la cuál se agrupan aquellas definiciones ofrecidas por los técnicos de los planes municipales agrupa una categoría en la que los técnicos han dado su propia definición de lo que son para ellos los planes municipales de drogodependencias; esta categoría se ha dividido en siete subcategorías: la primera que hemos recogido se ha registrado en cuatro de las seis entrevistas realizadas, al igual que la segunda subcategoría y, responde al nombre de *Participativo*, que ha sido clave a la hora de definir este plan municipal, la participación además no es sólo administrativa, sino de los distintos organismos locales. En segundo lugar, hemos recogido la subcategoría *Preventivo*, siendo éste el ámbito fundamental de actuación identificado en los objetivos como ya hemos visto, y que recogeremos en breve en los ámbitos de actuación y ahora presentamos en la definición misma del plan, lo que marca el carácter del mismo. En tercer lugar, el plan es definido bajo la subcategoría *Coordinación*, presente en tres de las seis entrevistas realizadas y destacando que los planes municipales son el intento de coordinar las acciones sobre prevención de drogodependencias, coordinar recursos y coordinar a todos los implicados para poder trabajar mejor. En cuarto lugar, se ha definido bajo la subcategoría *Municipal*, presente en dos de las seis entrevistas realizadas, destacando y haciendo hincapié en el carácter local que tiene el plan, con lo que resulta más fácil adaptarse a las necesidades de la localidad. En quinto lugar hemos recogido la subcategoría *Respuesta social*, presente en una de las seis entrevistas realizadas, bajo la que se reconoce que el plan es un intento de dar una respuesta articulada al problema de las drogas. En sexto lugar agrupamos en una subcategoría las definiciones *Educativo* y *Comunitario*, como elementos definitorios del plan municipal de drogodependencias, subcategoría registrada en una de las seis entrevistas realizadas. En último lugar y con la misma frecuencia que las tres anteriores, encontramos la subcategoría *Difícil de llevar a cabo*, como reflejo de las dificultades que encuentran los técnicos a la hora de llevar a cabo el plan, ya que: -sobre el papel nadie discute sus directrices- afirmación realizada por los técnicos, pero como contrastan, a la hora de implicar a los diferentes colectivos el trabajo es realmente difícil.

METACATEGORÍA

IV. PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA DEL PLAN

Cuadro 53: Categorización por CP-metacategoría IV

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
IV. 1.1. Entidades que participan en la Elaboración	Concejalía de Sanidad	La Comisión Municipal	Centro de salud mental	El Centro de Servicios Sociales	El Centro de Servicios Sociales	El Centro de Servicios sociales
	Comunidad Autónoma Consejería de Educación Asociaciones	Asociaciones	El Consejo Asesor: - Ayuntamiento - Cámara de Comercio - ONGs	El Ayuntamiento - Concejalía de Juventud - Concejalía de la Mujer - Consejo Asesor - Consejería de Trabajo social y Política social	El Ayuntamiento - Concejalía de Educación y Deportes - Concejalía de Juventud	El CPR
		Ayuntamiento		La Mesa de Prevención		Centro de Salud Mental
						Administración Educativa

IV. 1.1. Las Asociaciones (83,33%), “Cuando nosotros técnicamente llegamos a un borrador del plan, lo hicimos pasar a toda la gente [...] asociaciones” (PCP1); “...vamos si que participan todas las asociaciones” (PCP2); “en el que están integrados pues, las ONGs” (PCP3); “asociaciones de la localidad” (PCP4); y las asociaciones que intervienen en adicción...” (PCP6).

IV.1.2. Centro de Servicios Sociales (66,66%), “Cuando nosotros técnicamente llegamos a un borrador del plan, lo hicimos pasar a toda la gente...” (PCP1); “El Centro de Servicios sociales” (PCP4); “En la elaboración, la verdad es que se hace desde el centro de Servicios Sociales” (PCP5); “En el momento de programar esto intervenimos eh, el centro de Servicios Sociales” (PCP6).

IV. 1.3. Organismos de Coordinación (66,66%), “... entonces se implicó lo que se llamaba el Consejo de Salud” (PCP1); “...vamos si que participan todas las asociaciones que están dentro de lo que es la Comisión Municipal de drogas...” (PCP2); “Hay un Consejo Asesor de drogodependencias en el que están integrados pues, las ONGs, y distintos estamentos que tienen que ver con el Plan” (PCP3); “la Mesa de Prevención que la componen diferentes colectivos o asociaciones de la localidad y algún técnico de otras Concejalías” (PCP4).

IV. 1.4. Ayuntamiento (50%), “y luego lo aprueba el pleno de Concejales del Ayuntamiento” (PCP2); “la Consejería de Trabajo y Política Social,... y algún técnico de otras Concejalías como de Juventud (ha participado alguna vez), y de la Mujer” (PCP4); “han colaborado los Centros de Servicios Sociales, las Concejalías de Educación y de Deporte, y últimamente la de juventud” (PCP5).

IV. 1.5. Centro de Salud (33,33%), “algunos estamentos sanitarios, el centro de salud menta...” (PCP3); “se contó con salud mental” (PCP6).

IV. 1.6. CPR (16,66%), “se contó con... el CPR o Centro de Profesores y Recursos” (PCP6).

Cuadro 54: Codificación de las unidades textuales-metacategoría IV

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
IV.1. Entidades que participan en la Elaboración	IV.1.1. Las Asociaciones (83,33%)	“Cuando nosotros técnicamente llegamos a un borrador del plan, lo hicimos pasar a toda la gente [...], asociaciones” (PCP1); “...vamos si que participan todas las asociaciones” (PCP2); “en el que están integrados pues, las ONGs” (PCP3); “asociaciones de la localidad” (PCP4); “y las asociaciones que intervienen en adicción...” (PCP6).
	IV.1.2. Centro de Servicios Sociales (66,66%),	“Cuando nosotros técnicamente llegamos a un borrador del plan, lo hicimos pasar a toda la gente...” (PCP1); “El Centro de Servicios sociales” (PCP4); “En la elaboración, la verdad es que se hace desde el centro de Servicios Sociales” (PCP5); “En el momento de programar esto intervenimos eh, el centro de Servicios Sociales” (PCP6).
	IV.1.3. Organismos de Coordinación (66,66%)	“...entonces se implicó lo que se llamaba el Consejo de Salud” (PCP1); “...vamos si que participan todas las asociaciones que están dentro de lo que es la Comisión Municipal de drogas...” (PCP2); “Hay un Consejo Asesor de drogodependencias en el que están integrados pues, las ONGs, y distintos estamentos que tienen que ver con el Plan” (PCP3); “la Mesa de Prevención que la componen diferentes colectivos o asociaciones de la localidad y algún técnico de otras Concejalías” (PCP4).
	IV.1.4. Ayuntamiento (50%)	“y luego lo aprueba el pleno de Concejales del Ayuntamiento” (PCP2); “la Consejería de Trabajo y Política Social,... y algún técnico de otras Concejalías como de Juventud (ha participado alguna vez), y de la Mujer” (PCP4); “han colaborado los Centros de Servicios Sociales, las Concejalías de Educación y de Deporte, y últimamente la de juventud” (PCP5).
	IV. 1.5. Centro de Salud (33,33%)	“algunos estamentos sanitarios, el centro de salud menta...” (PCP3); “se contó con salud mental” (PCP6).
	IV.1.6. CPR (16,66%)	“se contó con... el CPR o Centro de Profesores y Recursos” (PCP6).

Cuadro 55: Categorización por CP-metacategoría IV

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
IV.2 Entidades que participan en la implementación	Ayuntamiento o Concejalía de Sanidad	Ayuntamiento	Asociaciones	Ayuntamiento: Centro de Servicios Sociales	Ayuntamiento: El Centro de Servicios Sociales Concejalía de Juventud Concejalía de Educación	Ayuntamiento
	Ámbito educativo	Comunidad Autónoma	Ayuntamiento: Consejo Municipal de Servicios Sociales Concejalía de Juventud Concejalía de Educación	Mesa de prevención	Ámbito Educativo	Ámbito Educativo o Padres o Centros o Docentes
	Asociaciones	Asociaciones	Empresas		Empresas realización de actividades	Ámbito Sanitario: Centros de Salud Hospital Servicio de Urgencias Centro de Salud Mental
			Ámbito sanitario: Centro de Salud Mental		El CPRs	Asociaciones
			CPRs			CPRs

IV.2.1. Ayuntamiento (100%), “La puesta en marcha fundamentalmente fue municipal” (PCP1); “El Ayuntamiento” (PCP2); “el Consejo Municipal de Servicios Sociales que es el organismo que gestiona el Plan desde aquí” (PCP3); “La coordinadora, una Trabajadora Social que trabajaba en Servicios Sociales en el Programa de Inmigrantes y las dos Trabajadoras de Servicios Sociales que estaban en la Concejalía de Mujer” (PCP4); “Bueno, en la puesta en marcha sobre todo: el Centros de Servicios Sociales” (PCP5); “...la puesta en marcha del Plan es del Ayuntamiento” (PCP6).

IV.2.2. Ámbito Educativo (66,66%), “La puesta en marcha fundamentalmente fue municipal, y sobre todo en el ámbito educativo...” (PCP1); “A través del CPR también, con el centro de profesores también tenemos una estrecha coordinación...” (PCP3); “participan... solamente de educación, a veces el Informajoven, los institutos, pero nada más. El CPR de forma puntual...” (PCP5); “El plan contempla las adhesiones de las instituciones que lo deseen... Hay muchísimos ámbitos, porque en el ámbito docente están los padres, los centros de primaria, los de secundaria, el CPR” (CPC6).

IV.2.3. Asociaciones (66,66%), “algunas asociaciones pues en un primer momento, como participaron y vieron el programa...” (PCP1); “y sobre todo la Huertecica...” (PCP2); “.: “... hay tres ONGs” (PCP3); “a nivel asociativo están las asociaciones que atienden directamente lo que son adicciones...” (PCP6).

IV.2.4. CPR (33,33%), “A través del CPR también, con el centro de profesores también tenemos una estrecha coordinación...” (PCP3); “la administración educativa, el CPR o Centro de Profesores y Recursos” (PCP6).

IV.2.5. Salud Mental (33,33%) “a nivel sanitario están los centros de salud, el hospital, el servicio de urgencias, el centro de salud mental” (PCP6); “...el centro de salud mental, son básicamente las que participan” (PCP3).

IV.2.6. Empresas (33,33%), “hemos tenido convenios con los empresarios” (PCP3); “Empresas también contratadas por el centro de Servicios Sociales para la realización de las actividades de ocio y tiempo libre” (PCP5).

IV.2.7. La mesa de prevención (16,66%) “los miembros de la mesa de prevención nos decían que eso de objetivos y planificación y proyectos... aunque se hizo un taller de trabajo y participó bastante gente, se hacían reuniones con la mesa y se explicaba” (PCP4).

IV.2.8. La Comunidad Autónoma (16,66%) “la Comunidad Autónoma” (PCP2).

Cuadro 56: Codificación de las unidades textuales-metacategoría IV

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
IV.2. Entidades que participan en la Implementación	IV.2.1. Ayuntamiento (100%)	“La puesta en marcha fundamentalmente fue municipal” (PCP1); “El Ayuntamiento” (PCP2); “el Consejo Municipal de Servicios Sociales que es el organismo que gestiona el Plan desde aquí” (PCP3); “La coordinadora, una Trabajadora Social que trabajaba en Servicios Sociales en el Programa de Inmigrantes y las dos Trabajadoras de Servicios Sociales que estaban en la Concejalía de Mujer” (PCP4); “Bueno, en la puesta en marcha sobre todo: el Centros de Servicios Sociales” (PCP5); “...la puesta en marcha del Plan es del Ayuntamiento” (PCP6).
	IV.2.2. Ámbito Educativo (66,66%)	“La puesta en marcha fundamentalmente fue municipal, y sobre todo en el ámbito educativo...” (PCP1); “A través del CPR también, con el centro de profesores también tenemos una estrecha coordinación...” (PCP3); “participan [...] solamente de educación, a veces el Informajoven, los institutos, pero nada más. El CPR de forma puntual...” (PCP5); “El plan contempla las adhesiones de las instituciones que lo deseen... Hay muchísimos ámbitos, porque en el ámbito docente están los padres, los centros de primaria, los de secundaria, el CPR” (CPC6).
	IV.2.3. Asociaciones (66,66%)	“algunas asociaciones pues en un primer momento, como participaron y vieron el programa...” (PCP1); “y sobre todo la Huertecica,...” (PCP2); “... hay tres ONGs ...” (PCP3); “a nivel asociativo están las asociaciones que atienden directamente lo que son adicciones...” (PCP6).
	IV.2.4. CPR (33,33%)	“A través del CPR también, con el centro de profesores también tenemos una estrecha coordinación...” (PCP3); “la administración educativa, el CPR o Centro de Profesores y Recursos” (PCP6).

	IV.2.5. Salud Mental (33,33%)	- “a nivel sanitario están los centros de salud, el hospital, el servicio de urgencias, el centro de salud mental” (PCP6); - “...el centro de salud mental, son básicamente las que participan” (PCP3).
	IV.2.6. Empresas (33,33%)	- “hemos tenido convenios con los empresarios” (PCP3); - “Empresas también contratadas por el centro de Servicios Sociales para la realización de las actividades de ocio y tiempo libre” (PCP5).
	IV.2.7. La mesa de prevención (16,66%)	- “los miembros de la mesa de prevención nos decían que eso de objetivos y planificación y proyectos... aunque se hizo un taller de trabajo y participó bastante gente, se hacían reuniones con la mesa y se explicaba” (PCP4).
	IV.2.8. La Comunidad Autónoma (16,66%)	- “la Comunidad Autónoma” (PCP2).

Cuadro 57: Categorización por CP-metacategoría IV

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
IV.3. Grado de Implicación	APAS	Diverso	Diverso	Muy bajo	Esperan nuestras directrices	Servicios Municipales
	ONGs					
	Funcional y técnica					

IV.3.1. Diverso, (33,33%), “Bueno, es muy variable...” (PCP2); “hay unas que se implican más que otras” (PCP3).

IV.3.2. Entidades que más se implican (33,33%), “Ahora mismo, lo que son las APAS, los grupos de padres o las asociaciones, digamos que de alguna manera ellos están incorporados a los programas” (PCP1); “Los que más se están implicando ahora mismo son los servicios municipales porque los convocamos nosotros...” (PCP6).

IV.3.3. Muy Bajo (16,66%), “Muy bajo, porque incluso en los primeros momentos que había interés por participar, la gente seguía diciendo: “vosotros en el Ayuntamiento sois los que tenéis que hacer” (PCP4)

IV.3.4. Esperan nuestras directrices (16,66%), “Pues yo creo que más bien, esperan un poco nuestra orden, nuestra dirección” (PCP5).

IV.3.5. Funcional y Técnica (16,66%), “Por lo tanto la implicación es más funcional y técnica que a otros niveles...” (PCP1)

Cuadro 58: Codificación de las unidades textuales-metacategoría IV

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
IV.3. Grado de Implicación	IV.3.1. Diverso, (33,33%)	- “Bueno, es muy variable...” (PCP2); - “hay unas que se implican más que otras” (PCP3).
	V.3.2. Entidades que más se implican (33,33%)	- “Ahora mismo, lo que son las APAS, los grupos de padres o las asociaciones, digamos que de alguna manera ellos están incorporados a los programas” (PCP1); - “Los que más se están implicando ahora mismo son los servicios municipales porque los convocamos nosotros...” (PCP6).
	IV.3.3. Muy Bajo (16,66%),	- “Muy bajo, porque incluso en los primeros momentos que había interés por participar, la gente seguía diciendo: “vosotros en el Ayuntamiento sois los que tenéis que hacer” (PCP4)
	IV.3.4. Esperan nuestras directrices (16,66%)	- “Pues yo creo que más bien, esperan un poco nuestra orden, nuestra dirección” (PCP5).
	IV.3.5. Funcional y Técnica (16,66%)	- “Por lo tanto la implicación es más funcional y técnica que a otros niveles...” (PCP1).

Cuadro 59: Categorización por CP-metacategoría IV

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
IV.4. ¿Es suficiente esa implicación?		No	Podría ser mayor	No	Sí	No

IV.4.1. No (33,33%), “No” (PCP4); “Pues no” (PCP6).

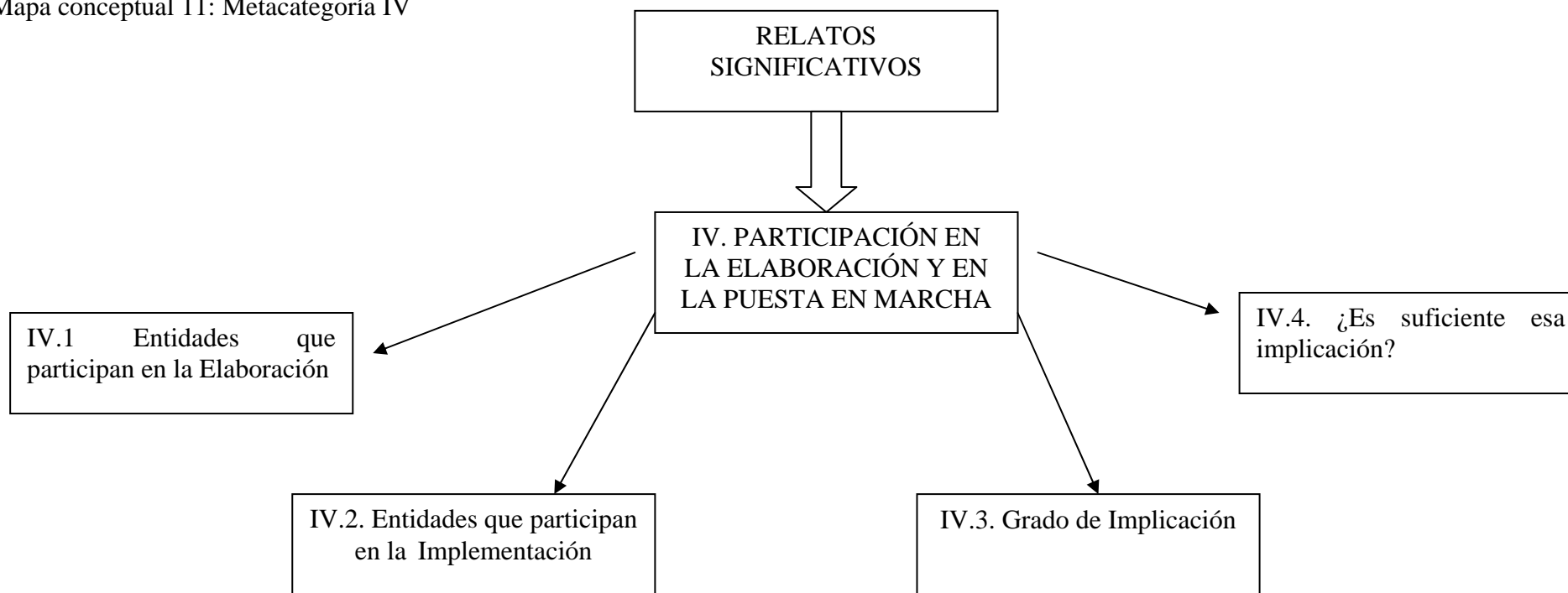
IV.4.2. Podría ser mayor (33,33%), “Hombre se podrían implicar mucho más” (PCP2); “Hombre, la coordinación siempre es buena, cuanto más mejor” (PCP3)

IV.4.3. Si (16,66%), “De momento si, hay que rodar, hay que rodar” (PCP5).

Cuadro 60: Codificación de las unidades textuales-metacategoría IV

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
IV.4. ¿Es suficiente esa implicación?	IV.4.1. No (33,33%)	- “No” (PCP4); - “Pues no” (PCP6).
	IV.4.2. Podría ser mayor (33,33%)	- “Hombre se podrían implicar mucho más” (PCP2); - “Hombre, la coordinación siempre es buena, cuanto más mejor” (PCP3).
	IV.4.3. Sí (16,66%)	- “De momento sí, hay que rodar, hay que rodar” (PCP5).

Mapa conceptual 11: Metacategoría IV

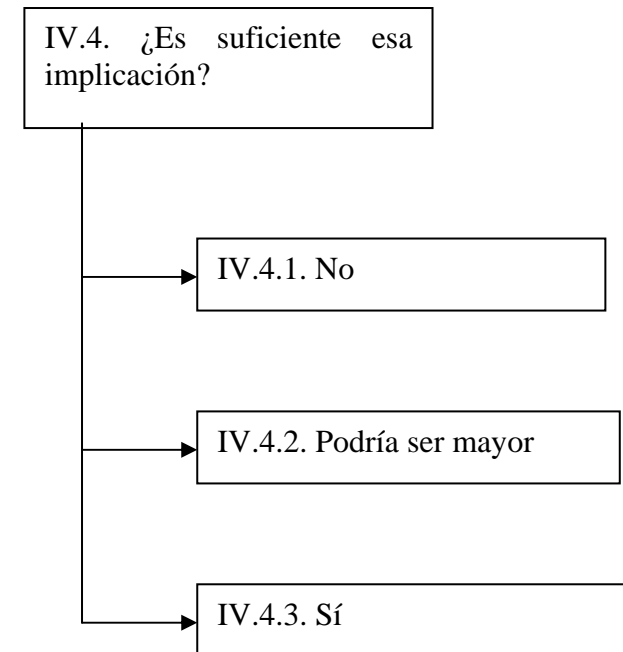
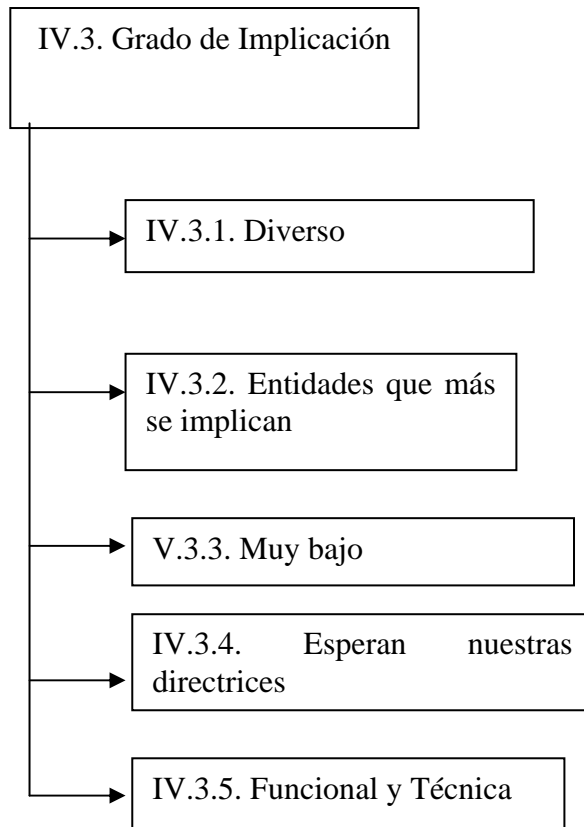


IV.1 Entidades que participan en la Elaboración

- IV.1.1. Las Asociaciones
- IV.1.2. Centro de Servicios Sociales
- IV.1.3. Organismos de Coordinación
- IV.1.4. Ayuntamiento
- IV.1.5. Centro de Salud
- IV.1.6. CPR

IV.2. Entidades que participan en la Implementación

- IV.2.1. Ayuntamiento
- IV.2.2. Ámbito Educativo
- IV.2.3. Asociaciones
- IV.2.4. CPR
- IV.2.5. Salud Mental
- IV.2.6. Empresas
- IV.2.7. La mesa de prevención
- IV.2.8. La Comunidad Autónoma



ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Participación en la elaboración y en la puesta en marcha del plan*, agrupa las entidades que han participado en el proceso de planificación e intervención en los planes municipales. Esta metacategoría se ha subdividido en cuatro categorías bajo el título *Entidades que participan en la Elaboración, Entidades que participan en la implementación, Grado de implicación y ¿Es suficiente esa implicación?* Estas nos permiten conocer quiénes son aquellas personas o entidades que participan en la redacción del Plan y quiénes son aquellas que lo ejecutan, identificando así, si las acciones son planificadas desde la población o más bien vienen dirigidas por los expertos en la materia, así como la relación de quienes lo ponen en práctica con el grado de participación e implicación de las diferentes entidades, analizando si esta implicación y participación es suficiente o no para llevar a cabo la elaboración de los planes municipales de drogodependencias.

La categoría *Entidades que participan en la Elaboración* se ha dividido en seis subcategorías que han sido extraídas de las entrevistas realizadas a los técnicos municipales coordinadores de los Planes. La subcategoría registrada con mayor frecuencia, se ha repetido en cinco de las seis entrevistas analizadas, responde a *Las asociaciones*, dentro de esta subcategoría se define la participación de las diferentes asociaciones de carácter local como entidades colaboradoras en la elaboración de los Planes Municipales. En segundo lugar, hemos recogido la subcategoría *Centro de Servicios Sociales*, como organismo que participa en la elaboración de los Planes municipales, suelen ser los encargados de realizar el borrador del plan y los responsables de la gestión. En tercer lugar, la subcategoría recogida hay sido *Organismos de coordinación*, presente en cuatro de las seis entrevistas realizadas, y que responde a aquellas entidades organizadas por los ayuntamientos en las que están representados todos o la mayoría de los organismos locales, así como aquellas personas interesadas en el tema de las drogodependencias. Estos organismos reciben diferentes nombres entre los que se encuentran: Comisiones municipales, Consejo asesor, Mesa de prevención y Consejo de salud. En cuarto lugar se ha recogido la subcategoría *Ayuntamiento*, presente en tres de las seis entrevistas realizadas, planteando que uno de los

participantes en la elaboración de los planes son los ayuntamientos, incluyendo la participación de los diferentes concejales y servicios que dependen de esta institución. En quinto lugar hemos recogido la subcategoría *Centro de salud*, registrada en dos de las seis entrevistas realizadas y reconociendo la participación del estamento sanitario en la elaboración de los planes municipales sobre todo de los centros de salud mental. En sexto y último lugar hemos recogido la participación del *CPR* subcategoría que refleja la escasa, pero todavía implicación, de este tipo de centros en la elaboración de los Planes municipales.

La categoría *Entidades que participan en la implementación* se ha dividido en ocho subcategorías que han sido extraídas de las entrevistas realizadas a los técnicos municipales de los planes municipales de drogodependencias. La subcategoría con mayor frecuencia, que se ha repetido en todas las entrevistas realizadas, responde a los *Ayuntamientos*, como entidades encargadas de la puesta en marcha, sobre todo desde el centro de Servicios Sociales, la Consejería de Sanidad o la Oficina técnica municipal del Plan, las acciones planificadas. En segundo lugar y con una frecuencia de cuatro entrevistas de las seis analizadas, hemos recogido la subcategoría *Ámbito Educativo*, como uno de los implicados en la implementación del plan, no es de extrañar, pues la mayoría de los esfuerzos en los planes municipales van destinados a la formación de los más jóvenes a través de los centros educativos, lo que sí sorprende es que estos centros no participen en la elaboración y redacción del plan, y sean meros ejecutores. En tercer lugar tenemos la subcategoría *Asociaciones*, que se ha registrado en cuatro de las seis entrevistas realizadas, reflejando aquellas asociaciones que trabajan en el ámbito de las drogodependencias como implicada en la realización de los planes. En cuarto lugar hemos recogido la subcategoría *CPR*, reflejando la participación de los Centros de Profesores y Recursos implicados, a través de los que se realizan cursos de formación que se ha registrado en dos de las seis entrevistas realizadas. En quinto lugar hemos registrado la subcategoría *Centros de salud Mental*: Con la misma frecuencia que la subcategoría anterior, los técnicos han identificado la participación de estos centros en la puesta en marcha de los planes municipales de drogodependencias. En sexto lugar y con la misma frecuencia que las dos subcategorías anteriores, identificamos la subcategoría *Empresas*, bajo la que se afirma que se realizan convenios de colaboración con las empresas bien para

realizar actividades de ocio y tiempo libre, bien para trabajar por la integración laboral de las personas con problemas de drogodependencias. En séptimo lugar hemos recogido la subcategoría *Mesa de prevención*, registrada en una de las seis entrevistas realizadas, en un intento de participación e implicación en la puesta en marcha de las acciones en materia de drogodependencias. En octavo y último lugar hemos registrado la subcategoría *Comunidad Autónoma*, recogida en una de las seis entrevistas realizadas considerando esta institución como una de las entidades que participan en la implementación del plan municipal de drogodependencias.

La tercera categoría denominada *Grado de implicación* se ha dividido en cinco subcategorías, y hace referencia al grado de implicación de las diferentes instituciones que participan tanto en la elaboración como en la implementación del plan. La subcategoría que presenta una mayor frecuencia, junto a la segunda subcategoría, es la de *Diverso*, es decir, el grado de implicación es muy variado, dependen de la institución, del momento, etc. Esta subcategoría ha aparecido en dos de las seis entrevistas realizadas. La segunda subcategoría ha recogido aquellas entidades que mayor participación e implicación tienen, bajo el título *Entidades que más se implican*, agrupando a las Asociaciones de Padres y Madres y a los servicios municipales. En tercer lugar tenemos la subcategoría *Muy bajo*, recogida en una de las seis entrevistas, en la que se califica esta implicación de muy baja, pues aunque al principio los implicados muestran interés, posteriormente descargan la responsabilidad en las instituciones municipales. En cuarto lugar, hemos recogido la subcategoría *Esperan nuestras directrices*, registrada en una de las seis entrevistas realizadas y por la que se afirma que estas instituciones y entidades “van a remolque” de lo que marquen las directrices de las corporaciones públicas. En quinto y último lugar, hemos recogido la subcategoría *Funcional y técnica*, es decir, la implicación está relacionada con el funcionamiento del plan al nivel más técnico, dado que a otros niveles la respuesta es meramente voluntaria y la implicación muy baja.

La cuarta categoría denominada *¿Es suficiente esa implicación?* se ha dividido en tres subcategorías, la subcategoría que presenta una mayor frecuencia, junto a la segunda subcategoría, es *No*, recogida en dos de las seis entrevistas

realizadas, en la que se afirma claramente que para el funcionamiento de los planes municipales de drogodependencias es necesaria una mayor implicación. La segunda subcategoría, recogida en una de las seis entrevistas, hace referencia a *Podría ser mayor*, argumentando que se podrían implicar mucho más de lo que hasta ahora lo hacen y que una mejor y mayor coordinación es posible. En tercer lugar hemos recogido la subcategoría *Sí*, afirmando que sí es suficiente el grado de implicación de las diferentes entidades que participan en la elaboración e implementación de los Planes municipales. Esta subcategoría se registra en sólo una de las seis entrevistas realizadas.

METACATEGORÍA

V. ESTRUCTURA Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Cuadro 61: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
V.1. Estructura del Plan	Preventiva	Preventiva	Preventiva	Preventiva	Preventiva	Preventiva
	Asistencial	Asistencial	Asistencial	Asistencia		Asistencial
	Inserción social		Inserción social			Inserción social

V.1.1. Preventiva (100%), “Básicamente en tres, que son las que son las clásicas, la prevención...” (PCP1); “Prevención” (PCP2); “En las tres básicas que hay, la prevención” (PCP3); “... a nivel preventivo...” (PCP4); “es Plan de prevención de drogodependencias” (PCP5); “Prevención” (PCP6).

V.1.2. Asistencial (83,33%), “la parte asistencial...” (PCP1); “... y en atención...” (PCP2); “la asistencia” (PCP3); “y asistencial” (PCP4). “... asistencia” (PCP6).

V.1.3. Inserción Social (50 %), “y también la parte de inserción” (PCP1); “y la inserción social” (PCP3); “y reinserción”.(PCP6).

Cuadro 62: Codificación de las unidades textuales-metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
V.1.Estructura del Plan	V.1.1. Preventivo (100%)	- “Básicamente en tres, que son las que son las clásicas, la prevención...” (PCP1); - “Prevención” (PCP2); - “En las tres básicas que hay, la prevención” (PCP3); - “... En el ámbito preventivo” (PCP4); - “es Plan de prevención de drogodependencias” (PCP5); - “Prevención” (PCP6).
	V.1.2. Asistencial (83,33%)	- “la parte asistencial...” (PCP1); - “... y en atención...” (PCP2); - “la asistencia” (PCP3); - “y asistencial” (PCP4); - “... asistencia” (PCP6).
	V.1.3. Inserción Social (50 %)	- “y también la parte de inserción” (PCP1); - “y la inserción social” (PCP3); - “y reinserción”.(PCP6).

Cuadro 63: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
V.2 ¿Por qué esa y no otra?	Son las básicas	Son las básicas	Parece la adecuada	Son las directrices que marca la Consejería	Están bien	Son las básicas

V.2.1. Son las básicas (66,66%), “... son las que son, las clásicas” (PCP1); “Pues porque creemos son los tres ámbitos así como más generales y manejables para poder trabajar...” (PCP2); “No yo creo que la estructuración es adecuada, está esa estructura en cuanto a las fases y luego por áreas, sanidad, educación, por lo menos no se nos ocurrió otra cosa mejor” (PCP6).

V.2.2. Por que funcionan (36,66%), “... tal vez fallemos como siempre en el tema de coordinación, a la hora de establecer cauces de coordinación más o menos operativos, pero como estructuración no creo que falle” (PCP3); “Pues no sé, yo más que otra estructuración diría ir mejorando y completando la que hay, yo creo que la estructura más o menos está bien” (PCP5); “No yo creo que la estructuración es adecuada, está esa estructura en cuanto a las fases y luego por áreas, sanidad, educación, por lo menos no se nos ocurrió otra cosa mejor” (PCP6).

V.2.3. Son las directrices que marca la Consejería (16,66%), “Lo que sí se está empezando a ver desde la Consejería ahora mismo con respecto al ámbito asistencial es que nos aconsejan que nos quedemos en el preventivo, Servicios Sociales siempre está (trabaja) detrás del ámbito de prevención, los programas que hace, y el asistencial lo llevan desde sanidad y entonces aquí quieren que hagamos más prevención que asistencia” (PCP4)

Cuadro 64: Codificación de las unidades textuales-metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
V.2. ¿Por qué esa y no otra?	V.2.1. Son las básicas (66,66%),	- “...son las que son, las clásicas” (PCP1); - “Pues porque creemos son los tres ámbitos así como más generales y manejables para poder trabajar...” (PCP2); -
	V.2.2. Porque funcionan (36,66%)	- “... tal vez fallemos como siempre en el tema de coordinación, a la hora de establecer cauces de coordinación más o menos operativos, pero como estructuración no creo que falle” (PCP3); - “Pues no sé, yo más que otra estructuración diría ir mejorando y completando la que hay, yo creo que la estructura más o menos está bien” (PCP5); - “No yo creo que la estructuración es adecuada, está esa estructura en cuanto a las fases y luego por áreas, sanidad, educación, por lo menos no se nos ocurrió otra cosa mejor” (PCP6).
	V.2.3. Son las directrices que marca la Consejería (16,66%)	- “Lo que sí se está empezando a ver desde la Consejería ahora mismo con respecto al ámbito asistencial es que nos aconsejan que nos quedemos en el preventivo, Servicios Sociales siempre está (trabaja) detrás del ámbito de prevención, los programas que hace, y el asistencial lo llevan desde sanidad y entonces aquí quieren que hagamos más prevención que asistencia” (PCP4)

Cuadro 65: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
V.3 Ámbitos del Plan	Educativos	Prevención Comunitario Educativo Laboral	Preventivo: Educativo Comunitario Laboral	Educativo	Educativo	Preventivo
	Asociativo	Atención Asistencial Integración social	Asistencial: Asistencial Reinserción ONGs	Comunitario	Familiar	Asistencial
	Comunitario					Inserción social

V.3.1. Educativo (83,33%), “Pero básicamente está orientado al ámbito educativo, padres, profesores-alumnos” (PCP1); “Prevención, el de prevención está estructurado en tres ámbitos: el comunitario, el educativo y el laboral” (PCP2); “Pues dentro de la Prevención, el educativo y el comunitario básicamente, y también en el ámbito laboral...” (PCP3); “Educativo y Comunitario” (PCP4); “Educativo, a nivel familiar pero en colaboración con los centros educativos” (PCP5).

V.3.2. Comunitario (66,66%), “Uno de los problemas que tienen todos los programas, y no solamente el nuestro, es articular precisamente la respuesta comunitaria” (PCP1); “Prevención, el de prevención está estructurado en tres ámbitos: el comunitario, el educativo y el laboral” (PCP2); “Pues dentro de la Prevención, el educativo y el comunitario básicamente, y también en el ámbito laboral...” (PCP3); “Educativo y Comunitario” (PCP4).

V.3.3. Preventivo (50%), “Prevención, el de prevención está estructurado en tres ámbitos: el comunitario, el educativo y el laboral” (PCP2); “Pues dentro de la Prevención, el educativo y el comunitario básicamente, y también en el ámbito laboral...” (PCP3); “Se corresponden con las áreas” (PCP6).

V.3.4. Asistencial (50%), “y en atención [...] y el otro (atención) está en asistencial” (PCP2); “En el ámbito asistencial nosotros colaboramos con el centro de salud mental” (PCP3); “Se corresponden con las áreas” (PCP6).

V.3.5. Inserción Social (50%), “... y en integración social” (PCP2); “Y en el tema de la reinserción llevamos varios proyectos...” (PCP3); “Se corresponden con las áreas” (PCP6).

V.3.6. Asociativo (33,33%), “y al campo asociativo...” (PCP1); “Y en el tema de la reinserción llevamos varios proyectos, pero sobre todo de talleres ocupacionales con las ONGs” (PCP3);

V.3.7. Laboral (33,33%), “Prevención, el de prevención está estructurado en tres ámbitos: el comunitario, el educativo y el laboral” (PCP2); “Pues dentro de la Prevención, el educativo y el comunitario básicamente, y también en el ámbito laboral...” (PCP3);

V.3.8. Familiar (16,66%), “Educativo, a nivel familiar pero en colaboración con los centros educativos” (PCP5).

Cuadro 66: Codificación de las unidades textuales-metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
V.3. Ámbitos del Plan	V.3.1. Educativo (83,33%)	“Pero básicamente está orientado al ámbito educativo, padres, profesores-alumnos” (PCP1); “Prevención, el de prevención está estructurado en tres ámbitos: el comunitario, el educativo y el laboral” (PCP2); “Pues dentro de la Prevención, el educativo y el comunitario básicamente, y también en el ámbito laboral...” (PCP3); “Educativo y Comunitario” (PCP4); “Educativo, a nivel familiar pero en colaboración con los centros educativos” (PCP5).

V.3.2. Comunitario (66,66%)	<p>“Uno de los problemas que tienen todos los programas, y no solamente el nuestro, es articular precisamente la respuesta comunitaria” (PCP1);</p> <p>“Prevención, el de prevención está estructurado en tres ámbitos: el comunitario, el educativo y el laboral” (PCP2);</p> <p>“Pues dentro de la Prevención, el educativo y el comunitario básicamente, y también en el ámbito laboral...” (PCP3);</p> <p>“Educativo y Comunitario” (PCP4).</p>
V.3.3. Preventivo (50%)	<p>“Prevención, el de prevención está estructurado en tres ámbitos: el comunitario, el educativo y el laboral” (PCP2);</p> <p>“Pues dentro de la Prevención, el educativo y el comunitario básicamente, y también en el ámbito laboral...” (PCP3);</p> <p>“Se corresponden con las áreas” (PCP6).</p>
V.3.4. Asistencial (50%)	<p>“y en atención [...]y el otro (atención) está en asistencial” (PCP2);</p> <p>“En el ámbito asistencial nosotros colaboramos con el centro de salud mental” (PCP3);</p> <p>“Se corresponden con las áreas” (PCP6).</p>
V.3.5. Inserción Social (50%)	<p>“... y en integración social” (PCP2);</p> <p>“Y en el tema de la reinserción llevamos varios proyectos...” (PCP3);</p> <p>“Se corresponden con las áreas” (PCP6).</p>
V.3.6. Asociativo (33,33%)	<p>“y al campo asociativo...” (PCP1);</p> <p>“Y en el tema de la reinserción llevamos varios proyectos, pero sobre todo de talleres ocupacionales con las ONGs” (PCP3);</p>
V.3.7. Laboral (33,33%)	<p>“Prevención, el de prevención está estructurado en tres ámbitos: el comunitario, el educativo y el laboral” (PCP2);</p> <p>“Pues dentro de la Prevención, el educativo y el comunitario básicamente, y también en el ámbito laboral...” (PCP3);</p>
V.3.8. Familiar (16,66%)	<p>“Educativo, a nivel familiar pero en colaboración con los centros educativos” (PCP5).</p>

Cuadro 67: Categorización por CP-metacategoría V

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
V.4 ¿Por qué esos Ámbitos?	El plan es preventivo	Son los básicos para trabajar	Son los básicos para trabajar	La educación es el primer elemento de prevención	La educación es el primer elemento de prevención	Son los básicos para trabajar
				El Plan está orientado a la prevención		
				Es necesario trabajar con los jóvenes		
				El trabajo comunitario es imprescindible		

V.4.1. Son los básicos para trabajar (50%), “Pues porque creemos son los tres ámbitos así como más generales y manejables para poder trabajar...” (PCP2); “Bueno, porque son los que hay básicamente en el tema de las drogodependencias, todos los planes municipales y el Plan nacional sobre drogas tienen esa estructura” (PCP3); “Porque no se nos han ocurrido otros, estos ámbitos abarcan la vida normal, es decir, las diferentes áreas de funcionamiento para la vida normal” (PCP6)

V.4.2. El Plan es preventivo (33,33%), “Pues porque ha sido un plan orientado fundamentalmente a la prevención” (PCP1); “Para prevenir en el hábito de la drogodependencia empezar con la gente joven indudablemente, y en el área comunitaria” (PCP4)

V.4.3. La educación es el primer elemento de prevención (16,66%), “En primer lugar todo lo que tiene que ver con el ámbito educativo, ver con la educación reglada, por el énfasis en la infancia y la adolescencia, en primer lugar, porque además es el primer elemento de prevención, no” (PCP5).

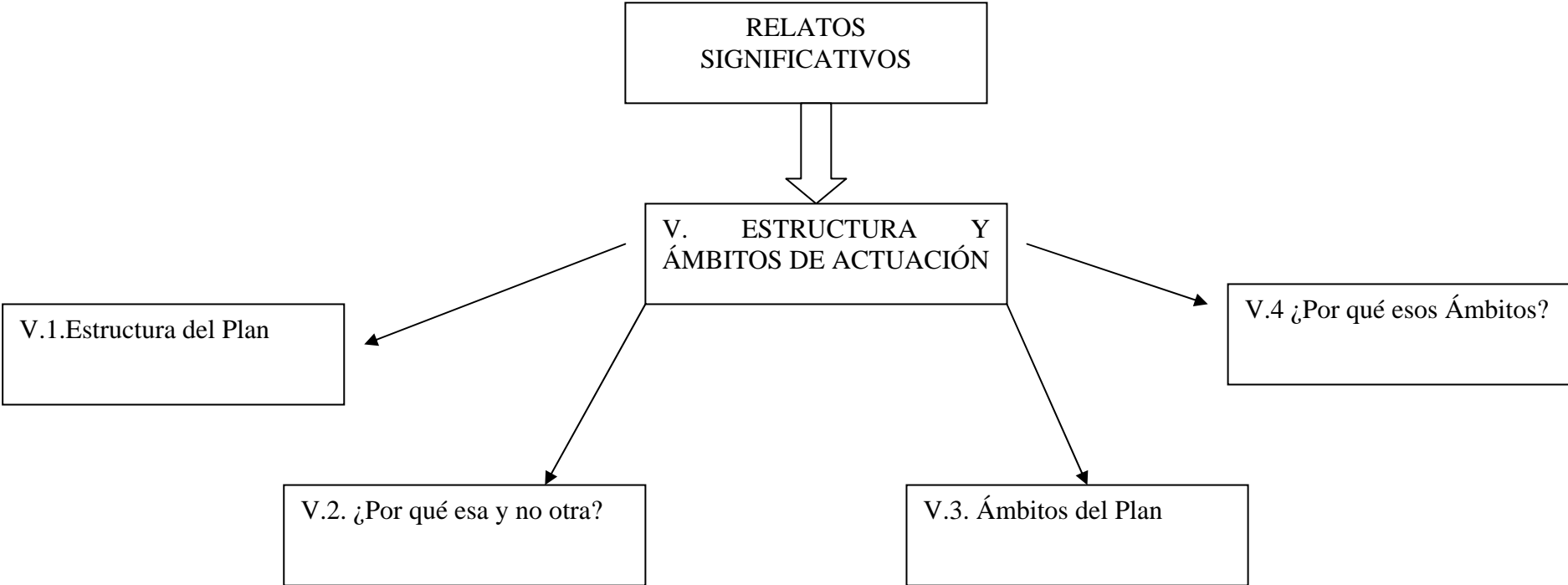
V.4.4. Es necesario trabajar con los jóvenes (16,66%), “Para prevenir en el hábito de la drogodependencia empezar con la gente joven indudablemente, y en el área comunitaria porque si no se trabaja con el resto, colegios, familia, el resto de comunidad, pues tampoco se hace nada” (PCP4)

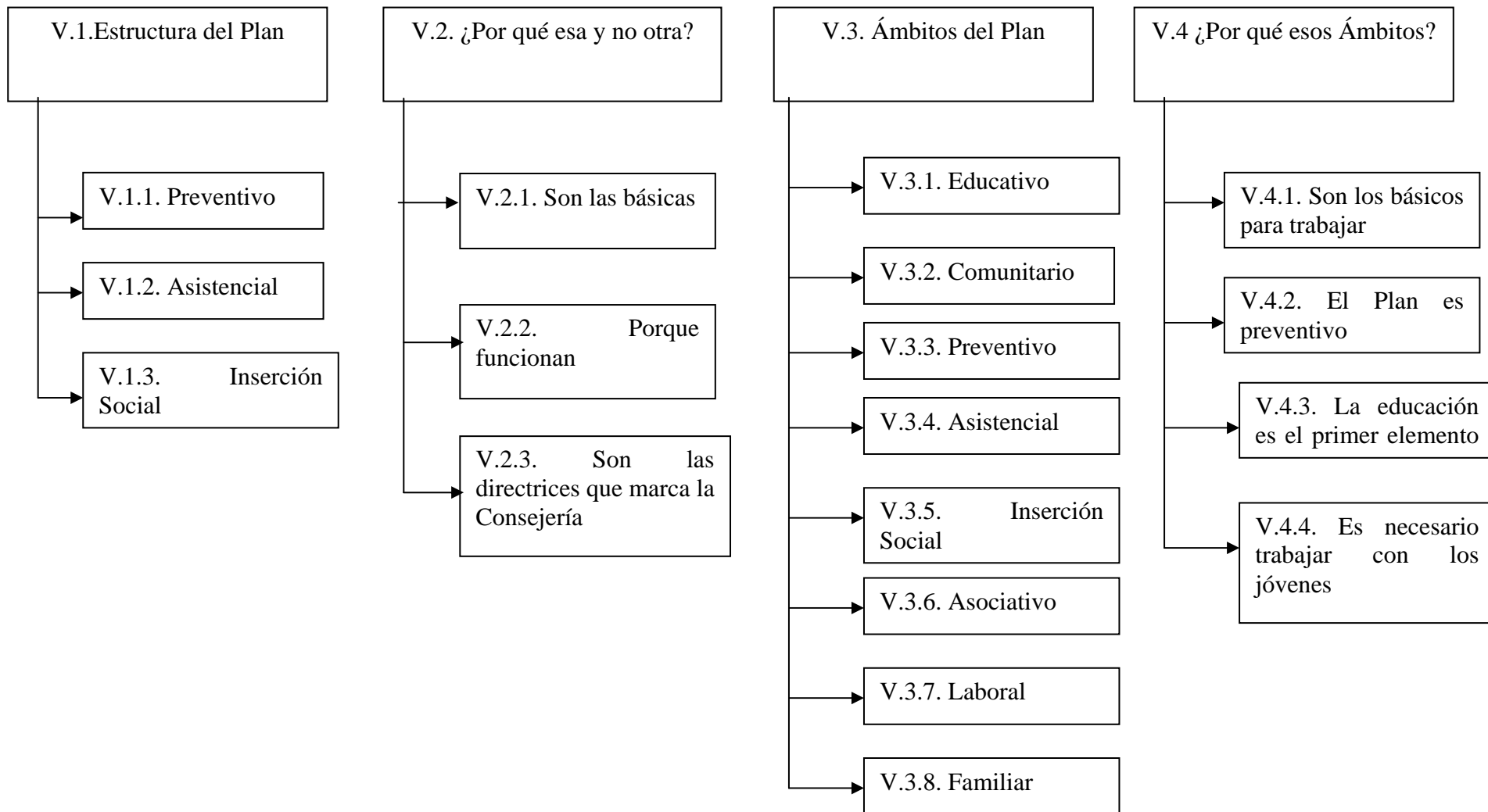
V.4.5. El trabajo comunitario es imprescindible (16,66%),“Para prevenir en el hábito de la drogodependencia empezar con la gente joven indudablemente, y en el área comunitaria porque si no se trabaja con el resto, colegios, familia, el resto de comunidad, pues tampoco se hace nada” (PCP4)

Cuadro 68: Codificación de las unidades textuales-metacategoría V

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
V.4 ¿Por qué esos Ámbitos?	V.4.1. Son los básicos para trabajar (50%)	- “Pues porque creemos son los tres ámbitos así como más generales y manejables para poder trabajar...” (PCP2); - “Bueno, porque son los que hay básicamente en el tema de las drogodependencias, todos los planes municipales y el Plan nacional sobre drogas tienen esa estructura” (PCP3); - “Porque no se nos han ocurrido otros, estos ámbitos abarcan la vida normal, es decir, las diferentes áreas de funcionamiento para la vida normal” (PCP6)
	V.4.2. El Plan es preventivo (33,33%)	- “Pues porque ha sido un plan orientado fundamentalmente a la prevención” (PCP1); - “Para prevenir en el hábito de la drogodependencia empezar con la gente joven indudablemente, y en el área comunitaria” (PCP4)
	V.4.3. La educación es el primer elemento de prevención (16,66%)	- “En primer lugar todo lo que tiene que ver con el ámbito educativo, ver con la educación reglada, por el énfasis en la infancia y la adolescencia, en primer lugar, porque además es el primer elemento de prevención, no” (PCP5).
	V.4.4. Es necesario trabajar con los jóvenes (16,66%)	- “Para prevenir en el hábito de la drogodependencia empezar con la gente joven indudablemente, y en el área comunitaria porque si no se trabaja con el resto, colegios, familia, el resto de comunidad, pues tampoco se hace nada” (PCP4)
	V.4.5. El trabajo comunitario es imprescindible (16,66%)	- “Para prevenir en el hábito de la drogodependencia empezar con la gente joven indudablemente, y en el área comunitaria porque si no se trabaja con el resto, colegios, familia, el resto de comunidad, pues tampoco se hace nada” (PCP4).

Mapa conceptual 12: Metacategoría V





ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Estructura y Ámbitos de actuación* agrupa el tipo de estructuras desde las que se interviene en materia de drogodependencias, así como los ámbitos desde los que se trabaja en los Planes municipales de drogodependencias. Esta metacategoría se ha subdividido en cuatro categorías bajo el título *Estructura del Plan, ¿Por qué esa y no otra?, Ámbitos del Plan y ¿Por qué esos ámbitos?*, que responden al tipo de estructura que tienen los planes y los ámbitos de actuación, además de recogen las consideraciones que realizan a este respecto los técnicos de los planes en las que afirman por qué tienen esas estructuras y trabajan a través de los ámbitos definidos y no se hace de otras formas.

La categoría *Estructura del Plan* se ha dividido en tres subcategorías que han sido extraídas de las entrevistas realizadas. La subcategoría con mayor frecuencia, que se ha repetido en las seis entrevistas analizadas, responde a *Preventiva*, dentro de esta subcategoría se hace referencia a la estructura preventiva como una estructura básica y fundamental de los planes municipales y que responde a la consecución de los objetivos preventivos planteados en los planes. En segundo lugar, hemos registrado la subcategoría que hace referencia a una estructura *Asistencial*, con una frecuencia de cinco entrevistas de las seis realizadas, bajo esta estructura se realizan tareas de atención a drogodependientes. Y en tercer y último lugar, hemos recogido la subcategoría *Inserción social*, con una frecuencia de tres entrevistas de las seis realizadas, y desde la que se trabaja por alcanzar los objetivos destinados a la incorporación social de los individuos drogodependientes. Así, podemos ver la coincidencia de las estructuras de los planes con los objetivos definidos en los mismos y la consideración que tiene el aspecto preventivo destacado entre la característica que con más frecuencia aparece en ambos casos.

La categoría *¿Por qué esa y no otra?* responde a las razones por las que se ha optado por las estructuras definidas en la anterior categoría. Esta categoría se ha dividido en tres subcategorías que responde a esas razones y a las que hemos denominado: *Parece la adecuada, Son las básicas, y Son las directrices que*

marca la Consejería. La subcategoría que ha aparecido en mayor frecuencia, se ha repetido en tres de las seis entrevistas realizadas, hace referencia a que la estructura definida *Parece la adecuada*, se plantea que la estructura desde la que se trabaja está bien, a este nivel los planes funcionan. La segunda subcategoría que hemos recogido hace referencia a que las estructuras definidas *Son las básicas*, son las más generales, las clásicas por esa razón son las que se utilizan, se ha registrado en dos de las seis entrevistas realizadas. La tercera subcategoría y última recogida en una de las seis entrevistas realizadas, hace referencia a que *Son las directrices que marca la Consejería*, las que orientan la elección, reflejando que es ésta última quien favorece a través de su coordinación la estructura preventiva.

La categoría *Ámbitos del Plan*, hace referencia a los ámbitos en los que se trabaja para alcanzar los objetivos propuestos por los Planes municipales de drogodependencias. Se ha dividido en ocho subcategorías, haciendo referencia cada una de ellas a los ámbitos de actuación de los diferentes planes municipales con los que trabajan los técnicos entrevistados. La primera subcategoría recogida y que mayor frecuencia ha presentado, reflejada en cinco de las seis entrevistas realizadas, es el ámbito *Educativo*, desde este ámbito se trabaja con los centros educativos, las asociaciones de padres, etc. No sorprende que sea la subcategoría que más se repite, ya que los mayores esfuerzos que se realizan desde los planes municipales van dirigidos al ámbito educativo. En segundo lugar, hemos recogido la subcategoría que hace referencia al ámbito *Comunitario*; algunos de los técnicos afirman que se encuentra dentro del ámbito preventivo, que es uno de los más difícil de articular, pero fundamental para trabajar en drogodependencias; la frecuencia registrada ha sido de cuatro de las seis entrevistas realizadas. En tercer lugar, se ha registrado en tres de las seis entrevistas, la subcategoría que hace referencia explícita, porque implícitamente ya lo venía haciendo, al ámbito *Preventivo*, hay técnicos que han afirmado que los ámbitos se corresponden con las áreas, al igual que otros han agrupado los ámbitos educativo, comunitario y laboral dentro del preventivo. En cuarto lugar el ámbito referido corresponde a la subcategoría *Asistencial*, registrada en tres de las seis entrevistas realizadas, aludiendo en este sentido, que las estructuras se corresponden con los objetivos generales propuestos. En quinto lugar, siguiendo con la línea planteada de

identificar los ámbitos con las estructuras, y registrando la misma frecuencia que las subcategorías que hacen referencia a las mismas, es decir, registrada en tres de las seis entrevistas realizadas, tenemos la subcategoría *Inserción social*, haciendo referencia a los proyectos de inserción social de drogodependientes. En sexto lugar el ámbito referido es el que hace referencia al *Asociativo*, recogido en dos de las seis entrevistas realizadas, se refleja el trabajo realizado con las asociaciones desde las que se realizan distintas actividades. En séptimo lugar, hemos recogido la subcategoría que hace referencia al ámbito *Laboral*, con una frecuencia de dos de seis de las entrevistas realizadas. Este ámbito es incluido por algunos técnicos, como ya hemos referido, dentro de la estructura preventiva. En octavo y último lugar, hemos recogido la subcategoría que hace referencia al ámbito *Familiar*, que se ha registrado en una de las entrevistas realizadas, pero es suficiente para dejar constancia que no se pierde de vista a las familias a la hora de trabajar en materia sobre drogodependencias, ya que ésta sigue siendo una estructura importante de nuestra organización social y un pilar importante en la configuración de los individuos.

La categoría *¿Por qué esos ámbitos?* responde a las razones por las que no se han elegido otros ámbitos de actuación en los planes municipales. Esta categoría se ha dividido en cinco subcategorías, que a grandes rasgos plantean esas razones. La primera subcategoría recogida y la de mayor frecuencia, afirma que *Son los básicos para trabajar*, registrada en tres de las seis entrevistas realizadas, refleja cuáles son los ámbitos más generales y los que mejor permiten el trabajo en drogodependencias, ya que abarcan las diferentes áreas de funcionamiento para la vida normal. En segundo lugar, hemos recogido la subcategoría que argumenta que *El Plan es preventivo*; dos de las seis entrevistas realizadas afirman que el plan trabaja esos ámbitos fundamentalmente porque tiene una estructura preventiva. En tercer lugar, registrada en una de las seis entrevistas hemos recogido la subcategoría *La educación es el primer elemento de prevención*, haciendo referencia a que éste es el primer ámbito de intervención desde la prevención. En cuarto lugar y registrada en una de las seis entrevistas realizadas, hemos registrado la subcategoría *Es necesario trabajar con los jóvenes*, razón por la que se argumenta que los jóvenes son un colectivo importante con el que trabajar si queremos prevenir las drogodependencias y los ámbitos definidos

nos permiten acceder a ellos. En quinto y último lugar hemos recogido en una de las seis entrevistas, la subcategoría *El trabajo comunitario es imprescindible*, ya que el área comunitaria nos permite trabajar con toda la población desde los diferentes espacios, así como también nos permite realizar un trabajo en común y más cercano a las necesidades de la población.

METACATEGORÍA

VI. ACTIVIDADES PREVENTIVAS *VERSUS* DESTINATARIOS

Cuadro 69: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.1 Actividades previas al Plan	Experiencias extranjeras	Actividades puntuales	Actividades Puntuales	Actividades Puntuales	Actividades Puntuales	Proyectos de Ocio y tiempo libre
	Actividades puntuales	Medio escolar	Actividades deportivas	Campañas informativas	Medio escolar	Medio juvenil
	Equipos multidisciplinares		Día Mundial sin tabaco	Medio escolar	Proyectos de ocio y tiempo libre	Medio escolar
	Medio escolar				Equipos multidisciplinares	

VI.1.1. Actividades puntuales (83,33%), “... como actividades más aisladas” (PCP1); “... Pero en realidad eran actividades sueltas” (PCP2); “En aquellas fechas se hacían actividades de prevención pero muy específicas, muy puntuales ...” (PCP3); “Yo creo que sería mejor trabajar con la gente directamente como con la gente joven, más campañas directas que actividades puntuales” (PCP4).

VI.1.2. Medio escolar (83,33%), “es más, surgía, casi siempre se demandaban socialmente o de otros colectivos educativos fundamentalmente” (PCP1); “... Pero en realidad eran actividades sueltas, no digamos nada de formación del profesorado” (PCP2); “... muchas de las actividades que realizábamos anterior al Plan están integradas en el Plan (las que se realizan en los centros educativos” (PCP4); “jornadas para padres... Talleres escolares de habilidades sociales, y empezamos con el programa de educación en valores a través del cine, que este también lo continuamos en la

actualidad...” (PCP5); “a aparte de eso, lo que hacemos sistemáticamente es prevención en el medio escolar, en el medio juvenil, a través de Institutos.” (PCP6).

VI.1.3. Proyectos de Ocio y tiempo libre (33,33%), “ y también a nivel de prevención talleres de ocio y tiempo libre” (PCP5); “era en la misma línea de lo que se está haciendo ahora, desde el año 86 hay un proyecto de ocio y tiempo libre para menores en riesgo...” (PCP6).

VI.1.4. Equipos multidisciplinares (33,33%), “empiezan a hacerse equipos multidisciplinares... ya empiezan aquí las universidades, los grupos de psicólogos, fundamentalmente médico...” (PCP1); “...lo primero que se hizo fue un curso para profesionales de la zona, un curso multiprofesional...” (PCP5).

VI.1.5. Campañas Informativas (33,33%), “se hizo una campaña que se llamaba “Lorca sin drogas”, o el día mundial sin tabaco, actividades muy puntuales, sabes, es que te hablo de hace ya, 10 años” (PCP3); “Campaña de difusión en los medios que no se ha hecho después (Altano) implicando a muchos colectivos para que tuvieran repercusión” (PCP4).

VI.1.6. Actividades deportivas (16,66%), “se colaboraba... en actividades deportivas” (PCP3).

VI.1.7. Medio juvenil (16,66%), “a aparte de eso, lo que hacemos sistemáticamente es prevención en el medio escolar, en el medio juvenil, a través de Institutos.” (PCP6).

VI.1.8. Importación de experiencias extranjeras (16,66%), “Yo te diría que antes del plan no había programas, lo que se hacía era importar algunas experiencias extranjeras...” (PCP1).

Cuadro 70: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.1 Actividades previas al Plan	VI.1.1. Actividades puntuales (83,33%)	"... como actividades más aisladas" (PCP1); "... Pero en realidad eran actividades sueltas" (PCP2); "En aquellas fechas se hacían actividades de prevención pero muy específicas, muy puntuales ..." (PCP3); "Yo creo que sería mejor trabajar con la gente directamente como con la gente joven, más campañas directas que actividades puntuales" (PCP4);
	VI.1.2. Medio escolar (83,33%)	"es más, surgía, casi siempre se demandaban socialmente o de otros colectivos educativos fundamentalmente" (PCP1); "... Pero en realidad eran actividades sueltas, no digamos nada de formación del profesorado" (PCP2); "... muchas de las actividades que realizábamos anterior al Plan están integradas en el Plan (las que se realizan en los centros educativos" (PCP4); "jornadas para padres... Talleres escolares de habilidades sociales, y empezamos con el programa de educación en valores a través del cine, que este también lo continuamos en la actualidad..." (PCP5); "aparte de eso, lo que hacemos sistemáticamente es prevención en el medio escolar, en el medio juvenil, a través de Institutos." (PCP6).
	VI.1.3. Proyectos de Ocio y tiempo libre (33,33%)	" y también a nivel de prevención talleres de ocio y tiempo libre" (PCP5); "era en la misma línea de lo que se está haciendo ahora, desde el año 86 hay un proyecto de ocio y tiempo libre para menores en riesgo..." (PCP6).
	VI.1.4. Equipos multidisciplinares (33,33%)	"empiezan a hacerse equipos multidisciplinares... ya empiezan aquí las universidades, los grupos de psicólogos, fundamentalmente médico..." (PCP1); "...lo primero que se hizo fue un curso para profesionales de la zona, un curso multiprofesional..." (PCP5).
	VI.1.5. Campañas Informativas (33,33%),	"se hizo una campaña que se llamaba "Lorca sin drogas", o el día mundial sin tabaco, actividades muy puntuales, sabes, es que te hablo de hace ya, 10 años" (PCP3); "Campaña de difusión en los medios que no se ha hecho después (Altano) implicando a muchos colectivos para que tuvieran repercusión" (PCP4).
	VI.1.6. Actividades deportivas (16,66%)	"se colaboraba... en actividades deportivas" (PCP3).
	VI.1.7. Medio juvenil (16,66%)	"Aparte de eso, lo que hacemos sistemáticamente es prevención en el medio escolar, en el medio juvenil, a través de Institutos." (PCP6).
	VI.1.8. Importación de experiencias extranjeras (16,66%)	"Yo te diría que antes del plan no había programas, lo que se hacía era importar algunas experiencias extranjeras..." (PCP1).

Cuadro 71: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.2 ¿Se integran dentro del Plan?	Algunas	Sí	Algunas	Algunas sí	Algunas	sí

VI.2.1. Algunas (50%), “... para mantenerlos en el tiempo, haya una cultura de la gente de que eso es algo que hay que incorporar en los sistemas educativos...” (PCP1); “Las actividades previas al plan, se quedaron ahí, eran actividades muy puntuales..., y esas pues bueno, algunas se siguen haciendo también” (PCP3); “Se siguen manteniendo los talleres de ocio y tiempo libre que yo creo que los hemos mejorado...” (PCP5).

VI.2.2. Si (50%), “Estas actividades se asumieron por el PMD” (PCP2); “muchas de las actividades que realizábamos anterior al Plan están integradas en el Plan” (PCP4); “... lo único que hemos hecho es darle forma, digamos, integrarlo con una visión global de todo lo que es abordar la drogodependencia, pero ya se hacía antes...” (PCP6).

Cuadro 72: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.2 ¿Se integran dentro del Plan?	VI.2.1. Algunas (50%)	<ul style="list-style-type: none"> - "... para mantenerlos en el tiempo, haya una cultura de la gente de que eso es algo que hay que incorporar en los sistemas educativos..." (PCP1); - "Las actividades previas al plan, se quedaron ahí, eran actividades muy puntuales..., y esas pues bueno, algunas se siguen haciendo también" (PCP3); - "Se siguen manteniendo los talleres de ocio y tiempo libre que yo creo que los hemos mejorado..." (PCP5).
	VI.2.2. Sí (50%)	<ul style="list-style-type: none"> - "Estas actividades se asumieron por el PMD" (PCP2); - "muchas de las actividades que realizábamos anterior al Plan están integradas en el Plan" (PCP4); - "... lo único que hemos hecho es darle forma, digamos, integrarlo con una visión global de todo lo que es abordar la drogodependencia, pero ya se hacía antes..." (PCP6).

Cuadro 73: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.3 Repercusión del Plan	Aumento de coberturas	Mayor conocimiento por parte de la población	Mayor conocimiento por parte de la población	No se conoce	Positiva	Positivas
	Mayor conocimiento por parte de la población					Mayor conocimiento por parte de la población

VI.3.1. Mayor conocimiento por parte de la población (66,66%), “Yo creo que si, lo que pasa que a mí, personalmente me cuesta mucho trabajo definir repercusión, que es más conocido, si, que las coberturas y las actuaciones de nuestro programa van aumentando...” (PCP1); “de hechos somos más conocidos y cada 5 años hacemos estudios sociológicos, y hay una parte del estudio donde se pregunta por la gente que conoce el plan, cómo lo valora..., y nos puntúan un poquito mejor” (PCP2); “Bueno, yo creo que sigue una línea más o menos estable desde que empezó... Conocen las actuaciones del plan, pero la filosofía no” (PCP3); “Yo creo que el Plan se ha afianzado, la gente sabe que existe y entonces cuentan con él, eso es bueno, y en lo malo todo lo que está mucho tiempo es más difícil de impulsar...” (PCP6).

VI.3.2. Positiva (33,33%), “Pues yo creo que si, ha ido mejorando...” (PCP5); “Yo creo que el Plan se ha afianzado, la gente sabe que existe y entonces cuentan con él, eso es bueno, y en lo malo todo lo que está mucho tiempo es más difícil de impulsar...” (PCP6).

VI.3.3. No se conoce (16,66%), “Eso será para los planes que lleven tiempo, este todavía no se ha evaluado el primer periodo” (PCP4).

VI.3.4. Aumento de coberturas (16,66%), “Yo creo que si, lo que pasa que a mí, personalmente me cuesta mucho trabajo definir repercusión, que es más conocido, si, que las coberturas y las actuaciones de nuestro programa van aumentando...” (PCP1).

Cuadro 74: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.3 Repercusión del Plan	VI.3.1. Mayor conocimiento por parte de la población (66,66%)	- “Yo creo que si, lo que pasa que a mí, personalmente me cuesta mucho trabajo definir repercusión, que es más conocido, si, que las coberturas y las actuaciones de nuestro programa van aumentando...” (PCP1); - “de hecho somos más conocidos y cada 5 años hacemos estudios sociológicos, y hay una parte del estudio donde se pregunta por la gente que conoce el plan, cómo lo valora..., y nos puntúan un poquito mejor” (PCP2); - “Bueno, yo creo que sigue una línea más o menos estable desde que empezó... Conocen las actuaciones del plan, pero la filosofía no” (PCP3); - “Yo creo que el Plan se ha afianzado, la gente sabe que existe y entonces cuentan con él, eso es bueno, y en lo malo todo lo que está mucho tiempo es más difícil de impulsar...” (PCP6).
	VI.3.2. Positiva (33,33%)	- “Pues yo creo que si, ha ido mejorando...” (PCP5); - “Yo creo que el Plan se ha afianzado, la gente sabe que existe y entonces cuentan con él, eso es bueno, y en lo malo todo lo que está mucho tiempo es más difícil de impulsar...” (PCP6).
	VI.3.3. No se conoce (16,66%)	- “Eso será para los planes que lleven tiempo, este todavía no se ha evaluado el primer periodo” (PCP4).

Cuadro 75: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.4 Diversidad en los puntos de vista de la actuación	Si, nos adaptamos a todos	Sí	Depende del momento	No, se siguen los objetivos del Plan	No, hay bastante acuerdo	No, hay bastante acuerdo

VI.4.1. No hay diversidad (50%), “Se siguen un poco los objetivos del plan, y ahora mismo la única que coordina el plan soy yo, con lo cual no hay discrepancias” (PCP4); “En eso, creo que estamos todos muy de acuerdo, porque ya te digo, como tiene muchísimo que ver con la educación, al más amplio nivel...” (PCP5); “Hombre, yo creo que estamos bastante de acuerdo, y sobre todo eso se debe a quien marca las directrices, vamos, quien sabe del Plan es desde aquí...” (PCP6).

VI.4.2. Si hay diversidad (33,33%), “No, tiene distintos puntos de vista, intentamos acoger a toda las demandas, y es más entendemos que sobre el problema de las drogas, como sobre cualquier problema social no hay una única opción” (PCP1); “ No, que va, cada uno lo ve a su manera, unos piensan que lo importante es hacer esto, otros que lo importante es lo otro” (PCP2).

VI.4.3. Depende del momento (16,66%), “Hombre, todo el mundo entiende que la prevención es necesaria..., pero al final lo que más apremia y lo donde más necesidades hay es sobre los temas asistenciales..., yo creo que dependen mucho del momento” (PCP3).

Cuadro 76: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.4 Diversidad en los puntos de vista de la actuación	VI.4.1. No hay diversidad (50%)	- “Se siguen un poco los objetivos del plan, y ahora mismo la única que coordina el plan soy yo, con lo cual no hay discrepancias” (PCP4); - “En eso, creo que estamos todos muy de acuerdo, porque ya te digo, como tiene muchísimo que ver con la educación, al más amplio nivel...” (PCP5); - “Hombre, yo creo que estamos bastante de acuerdo, y sobre todo eso se debe a quien marca las directrices, vamos, quien sabe del Plan es desde aquí...” (PCP6).
	VI.4.2. Si hay diversidad (33,33%)	- “No, tiene distintos puntos de vista, intentamos acoger a toda las demandas, y es más entendemos que sobre el problema de las drogas, como sobre cualquier problema social no hay una única opción” (PCP1); - “ No, que va, cada uno lo ve a su manera, unos piensan que lo importante es hacer esto, otros que lo importante es lo otro” (PCP2).
	VI.4.3. Depende del momento (16,66%)	- “Hombre, todo el mundo entiende que la prevención es necesaria..., pero al final lo que más apremia y lo donde más necesidades hay es sobre los temas asistenciales..., yo creo que dependen mucho del momento” (PCP3).

Cuadro 77: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.5. Destinatarios del Plan	General	General	Población en General	Jóvenes	Niños	A la población en general
	Educativo			Familia	Jóvenes	

VI.5.1. A la Población en general (66,66%), “A todos,... pero sobre todo al educativo” (PCP1); “Intentamos trabajar con población general” (PCP2); “A toda la población” (PCP3); “Va dirigido a todo el mundo” (PCP6).

VI.5.2. A los jóvenes (33,33%), “Eminentemente a la gente joven, aunque también a la familia” (PCP4); “La población diana es sobre todo adolescente, y bueno, niños” (PCP6).

VI.5.3. A la Familia (16,66%), “Eminentemente a la gente joven, aunque también a la familia” (PCP4).

VI.5.4. A los niños (16,66%), “La población diana es sobre todo adolescente, y bueno, niños” (PCP6).

VI.5.5. Al ámbito educativo (16,66%), “A todos,... pero sobre todo al educativo” (PCP1).

Cuadro 78: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.5 Destinatarios del Plan	VI.5.1. A la Población en general (66,66%)	- “A todos,... pero sobre todo al educativo” (PCP1); - “Intentamos trabajar con población general” (PCP2); - “A toda la población” (PCP3); - “Va dirigido a todo el mundo” (PCP6).
	VI.5.2. A los jóvenes (33,33%),	- “Eminentemente a la gente joven, aunque también a la familia” (PCP4); - “La población diana es sobre todo adolescente, y buena, niños” (PCP6).
	VI.5.3. A la Familia (16,66%),	- “Eminentemente a la gente joven, aunque también a la familia” (PCP4).
	VI.5.4. A los niños (16,66%),	- “La población diana es sobre todo adolescente, y bueno, niños” (PCP6).
	VI.5.5. Al ámbito educativo (16,66%),	- “A todos,... pero sobre todo al educativo” (PCP1).

Cuadro 79: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.6. Actuaciones con la población general	Campañas	Comunitarias	Campañas	Edición y reparto del Plan	Campañas	Campañas
				Editar folletos de actividades		

VI.6.1. Campañas (66,66%), “Lo hacemos a través de campañas, hemos hecho alguna experiencia interesante, como por ejemplo del alcohol” (PCP1); “Normalmente campañas de prevención” (PCP3); “Pues campañas de sensibilización y la verdad que ahora mismo no se realiza otra actividad” (PCP5); “Se han hecho campaña con los comercios para el tema de la venta de alcohol...” (PCP6).

VI.6.2. Edición del Plan (16,66%), “A nivel general, pues editar folletos, el Plan Municipal, [...] pues cosas puntuales” (PCP4).

VI.6.3. Edición de folletos de actividades (16,66%), “A nivel general, pues editar folletos, el Plan Municipal, [...] pues cosas puntuales” (PCP4).

VI.6.4. Actuaciones Comunitarias (16,66%), “...el sector comunitario, va dirigido por un lado a población general dentro de la población del municipio” (PCP2).

Cuadro 80: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.6. Actuaciones con la población general	VI.6.1. Campañas (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Lo hacemos a través de campañas, hemos hecho alguna experiencia interesante, como por ejemplo del alcohol” (PCP1); - “Normalmente campañas de prevención” (PCP3); - “Pues campañas de sensibilización y la verdad que ahora mismo no se realiza otra actividad” (PCP5); - “Se han hecho campaña con los comercios para el tema de la venta de alcohol...” (PCP6).
	VI.6.2. Edición del Plan (16,66%)	- “A nivel general, pues editar folletos, el Plan Municipal, [...] pues cosas puntuales” (PCP4).
	VI.6.3. Edición de folletos de actividades (16,66%)	- “A nivel general, pues editar folletos, el Plan Municipal, [...] pues cosas puntuales” (PCP4).

Cuadro 81: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.7. Actuaciones con los padres	Programas de prevención	Actividades formativas	Escuelas de padres	Escuela de padres	Actividades formativas: Formación programas escolares	Escuela de padres
		Programas de prevención				

VI.7.1. Escuela de padres (50%), “... hemos tenido alguna experiencia de escuela de padres” (PCP3); “Con los padres todos los años hacemos Escuelas de Padres y Madres” (PCP4); “Escuela de padres” (PCP6).

VI.7.2. Actividades formativas (33,33%), “En principio los tenemos metidos dentro del ámbito educativo, los que hacemos, por un lado son sobre todo actividades formativas, charlas-coloquio, ciclos de formación, tenemos otra línea de talleres preventivos... participan en la organización a través de FAPA” (PCP2); “Es lo que te decía antes, se realiza formación sobre todos los programas que se están llevando a cabo con sus hijos en los centros educativos...” (PCP5).

VI.7.3. Programas de prevención (33,33%), “De todo tipo, fundamentalmente o de prevención de drogas cuando la demanda es así, porque la guía de programas llega a todas las APAS...” (PCP1); “En principio los tenemos metidos dentro del ámbito educativo, los que hacemos, por un lado son sobre todo actividades formativas, charlas-coloquio, ciclos de formación, tenemos otra línea de talleres preventivos... participan en la organización a través de FAPA” (PCP2).

Cuadro 82: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.7. Actuaciones con los padres	VI.7.1. Escuela de padres (50%)	- "... hemos tenido alguna experiencia de escuela de padres" (PCP3); - "Con los padres todos los años hacemos Escuelas de Padres y Madres" (PCP4); - "Escuela de padres" (PCP6).
	VI.7.2. Actividades formativas (33,33%)	- "En principio los tenemos metidos dentro del ámbito educativo, los que hacemos, por un lado son sobre todo actividades formativas, charlas-coloquio, ciclos de formación, tenemos otra línea de talleres preventivos... participan en la organización a través de FAPA" (PCP2); - "Es lo que te decía antes, se realiza formación sobre todos los programas que se están llevando a cabo con sus hijos en los centros educativos..." (PCP5).
	VI.7.3. Programas de prevención (33,33%)	- "De todo tipo, fundamentalmente o de prevención de drogas cuando la demanda es así, porque la guía de programas llega a todas las APAS..." (PCP1); - "En principio los tenemos metidos dentro del ámbito educativo, los que hacemos, por un lado son sobre todo actividades formativas, charlas-coloquio, ciclos de formación, tenemos otra línea de talleres preventivos... participan en la organización a través de FAPA" (PCP2).

Cuadro 83: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.8. Actuaciones con los profesores	Formación	Formación: Educación para la salud	Recursos didácticos	Recursos didácticos	Recursos didácticos	Formación (a veces a través del CPR)
	Recursos didácticos	Recursos didácticos	Asesoramiento, seguimiento y evaluación de programas	Formación específica, a veces a través del CPR	Formación específica: Presentación de los contenidos del programa	Recursos didácticos
	Seguimiento y evaluación de los programas	Seguimiento y apoyo	Formación a través del CPRs		Asesoramiento, seguimiento y evaluación de los programas	

VI.8.1. Formación (100%), “En general dos tipos: o bien se les oferta formación y apoyo a ellos” (PCP1); “Con el profesorado fundamentalmente, le apoyamos en sus iniciativas de trabajar la educación para la salud en el aula” (PCP2); “... actividades formativas, tenemos ya un montón de años de colaboración con el CPR” (PCP3); “Con los profesores se han hecho diferentes curso incluso para que ellos los implanten en el aula” (PCP4); Con los profesores, [...]la presentación de los contenidos de los mismos” (PCP5); En primaria se da formación específica a los profesores para que ellos desarrollen un programa (PCP6);

VI.8.2. Recursos didácticos (100%), “o bien se les ofertan los recursos y se les da, este es el programa, tiene sus componentes, trabaja esto, se les facilita los materiales” (PCP1); “El grueso que tenemos en el ámbito educativo es facilitarles materiales didácticos...” (PCP2); Se les facilita el material didáctico para desarrollar los programas de prevención” (PCP3); “ya se les ha repartido material para que lo trabajen y cuesta mucho...” (PCP4); “es lo que te contaba antes, la dotación del material de los programas” (PCP5); “... entonces se les facilita unos materiales muy fáciles de aplicar” (PCP6).

VI.8.3. Asesoramiento y seguimiento de los programas educativos (66,66%), “se les hace el seguimiento, se les ayuda en la evaluación” (PCP1); “El grueso que tenemos en el ámbito educativo es facilitarles [...] seguimiento, apoyo, formación...” (PCP2); “... y se les da asesoramiento y se evalúan las actividades” (PCP3); “para la realización de los programas que eligen, y el seguimiento y la evaluación de los mismos” (PCP5).

Cuadro 84: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.8. Actuaciones con los profesores	VI.8.1. Formación (100%),	<ul style="list-style-type: none"> - “En general dos tipos: o bien se les oferta formación y apoyo a ellos” (PCP1); - “Con el profesorado fundamentalmente, le apoyamos en sus iniciativas de trabajar la educación para la salud en el aula” (PCP2); - “... actividades formativas, tenemos ya un montón de años de colaboración con el CPR” (PCP3); - “Con los profesores se han hecho diferentes curso incluso para que ellos los implanten en el aula” (PCP4); Con los profesores, [...]la presentación de los contenidos de los mismos” (PCP5); - En primaria se da formación específica a los profesores para que ellos desarrollen un programa (PCP6).
	VI.8.2. Recursos didácticos (100%),	<ul style="list-style-type: none"> - “o bien se les ofertan los recursos y se les da, este es el programa, tiene sus componentes, trabaja esto, se les facilita los materiales” (PCP1); - “El grueso que tenemos en el ámbito educativo es facilitarles materiales didácticos...” (PCP2); - Se les facilita el material didáctico para desarrollar los programas de prevención” (PCP3); - “ya se les ha repartido material para que lo trabajen y cuesta mucho...” (PCP4); - “es lo que te contaba antes, la dotación del material de los programas” (PCP5); - “... entonces se les facilita unos materiales muy fáciles de aplicar” (PCP6).
	VI.8.3. Asesoramiento y seguimiento de los programas educativos (50%),	<ul style="list-style-type: none"> - “se les hace el seguimiento, se les ayuda en la evaluación” (PCP1); - “El grueso que tenemos en el ámbito educativo es facilitarles [...] seguimiento, apoyo, formación...” (PCP2); “... y se les da asesoramiento y se evalúan las actividades” (PCP3); - “para la realización de los programas que eligen, y el seguimiento y la evaluación de los mismos” (PCP5).

Cuadro 85: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.9. Actuaciones con los alumnos	Trabajamos con los profesores	Trabajamos con los profesores	Programas preventivos	Charlas en los centros educativos	Trabajamos con los profesores	Programas
					Actividades de ocio y tiempo libre	Charlas en los centros educativos

VI.9.1. Trabajamos con los profesores (50%), “Los alumnos, lo que el profesor quiera...” (PCP1); “El trabajo con los alumnos procuramos que lo haga principalmente el profesorado...” (PCP2); “Dentro de los colegios directamente trabajamos con el profesorado” (PCP5).

VI.9.2. Charlas en los centros educativos (33,33%), “Todos los años vamos directamente a los colegios, [...] hacemos un módulo de prevención de tabaco, alcohol y otras drogas...” (PCP4); “...de forma sistemática desde hace cuatro o cinco años, se dan cuatro o cinco sesiones de prevención, este año, concretamente hemos trabajado percepción de riesgo y ha funcionado muy bien” (PCP6).

VI.9.3. Programas preventivos (33,33%), “Pues con los alumnos esos mismos programas, porque tienen una parte de profesorado y otra con alumnos” (PCP3); “En primaria, todos los centros que quieran [...] el programa de prevención de maduración psico-afectiva...” (PCP6).

VI.9.4. Actividades de ocio y tiempo libre (16,66%), “y fuera las actividades de ocio y tiempo libre que se realizan directamente con los alumnos...” (PCP5).

Cuadro 86: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.9. Actuaciones con los alumnos	VI.9.1. Trabajamos con los profesores (50%)	- “Los alumnos, lo que el profesor quiera...” (PCP1); - “El trabajo con los alumnos procuramos que lo haga principalmente el profesorado...” (PCP2); - “Dentro de los colegios directamente trabajamos con el profesorado” (PCP5).
	VI.9.2. Charlas en los centros educativos (33,33%)	- “Todos los años vamos directamente a los colegios, [...] hacemos un módulo de prevención de tabaco, alcohol y otras drogas...” (PCP4); - “...de forma sistemática desde hace cuatro o cinco años, se dan cuatro o cinco sesiones de prevención, este año, concretamente hemos trabajado percepción de riesgo y ha funcionado muy bien” (PCP6).
	VI.9.3. Programas preventivos (33,33%)	- “Pues con los alumnos esos mismos programas, porque tienen una parte de profesorado y otra con alumnos” (PCP3); - “En primaria, todos los centros que quieran [...] el programa de prevención de maduración psico-afectiva...” (PCP6).
	VI.9.4. Actividades de ocio y tiempo libre (16,66%)	- “y fuera las actividades de ocio y tiempo libre que se realizan directamente con los alumnos..” (PCP5).

Cuadro 87: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.10. Actuaciones con los empresarios	Sindicatos	Convenios de colaboración	Convenio de inserción laboral	Nada	Nada	Nada
	Asesoramiento	Asesoramiento	Prevención de tabaquismo			

VI.10.1 Nada (50%), “Nada, una información que nos viene de alguna subvención si contratan a personas, pero no” (PCP4); “nada...” (PCP5); “Con los empresarios no se ha hecho nada, es un tema que está por ahí pendiente” (PCP6).

VI.10.2. Convenios (33,33%), “Con los empresarios se realizan actuaciones muy concretas. Hay un programa que hacemos sobre el tema de alcohol...” (PCP2); “últimamente lo que se viene haciendo es [...] subvencionar a empresas que quieran contratar a toxicómano.” (PCP3).

VI.10.3. Asesoramiento (33,33%), “... trabajamos más en el mundo del trabajo, más por la vía de los sindicatos que de vez en cuando nos llaman” (PCP1); “y a nivel empresarial tenemos poca [...] intentamos realizar reuniones con médicos de empresas” (PCP2).

Cuadro 88: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.10. Actuaciones con los empresarios	VI.10.1 Nada (50%),	- “Nada, una información que nos viene de alguna subvención si contratan a personas, pero no” (PCP4); - “nada...” (PCP5); - “Con los empresarios no se ha hecho nada, es un tema que está por ahí pendiente” (PCP6).
	VI.10.2. Convenios (33,33%),	- “Con los empresarios se realizan actuaciones muy concretas. Hay un programa que hacemos sobre el tema de alcohol...” (PCP2); - “Últimamente lo que se viene haciendo es [...] subvencionar a empresas que quieran contratar a toxicómano.” (PCP3).
	I.10.3. Asesoramiento (33,33%),	- “... trabajamos más en el mundo del trabajo, más por la vía de los sindicatos que de vez en cuando nos llaman” (PCP1); - “y a nivel empresarial tenemos poca... intentamos realizar reuniones con médicos de empresas” (PCP2).

Cuadro 89: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.11. Actuaciones con los trabajadores	Prevención y tabaquismo	Formación	Prevención de tabaquismo	Formación a través de sindicatos	Nada	Nada

VI.11.1. Nada (33,33%), “nada...” (PCP5); “Tampoco se ha hecho nada” (PCP6).

VI.11.2. Formación (33,33%), “Se hizo un curso y estábamos viendo para hacer otro pero era muy caro y estamos organizándolo para el año que viene. Con CCOO hemos estado viendo” (PCP4); “Las iniciativas que conozco a nivel de sindicato, creo que es UGT hace sobre todo, cursos de formación con delegados sindicales...” (PCP2);

VI.11.3. Tabaquismo (33,33%), “tenemos el programa de tabaquismo que te he dicho que es asistencial directo...” (PCP1); “...hay un programa de prevención de tabaquismo en el ámbito laboral con los trabajadores del Ayuntamiento.” (PCP3).

Cuadro 90: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.11. Actuaciones con los trabajadores	VI.11.1. Nada (33,33%)	“nada...” (PCP5); “Tampoco se ha hecho nada” (PCP6).
	VI.11.2. Formación (33,33%)	“Se hizo un curso y estábamos viendo para hacer otro pero era muy caro y estamos organizándolo para el año que viene. Con CCOO hemos estado viendo” (PCP4); “Las iniciativas que conozco a nivel de sindicato, creo que es UGT hace sobre todo, cursos de formación con delegados sindicales...” (PCP2);
	VI.11.3. Tabaquismo (33,33%)	“Tenemos el programa de tabaquismo que te he dicho que es asistencial directo...” (PCP1); “...hay un programa de prevención de tabaquismo en el ámbito laboral con los trabajadores del Ayuntamiento.” (PCP3).

Cuadro 91: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.12. Actuaciones con los niños	Programas de apoyo a chicos con riesgo de exclusión	Escuelas de verano	Escuela de verano	Actividades Extraescolar APAS	Programas de ocio y tiempo libre	Ocio y tiempo libre
	Ocio y tiempo libre	Programas de apoyo a chicos con riesgo de exclusión	Programas de ocio y tiempo libre		Ludoteca	
					Escuela de verano	

VI.12.1. Ocio y tiempo libre (83,33%), “se trabaja fundamentalmente con áreas de educación y con áreas de servicios sociales, por ejemplo, el programa LOSPAI... actividades de ocio y tiempo libre” (PCP1); “...y en el ámbito comunitario hay un programa que se llama escuela de verano que tiene actividades de ocio y tiempo libre” (PCP3); “Actuaciones de ocio y tiempo libre, hay tres talleres, [...] la ludoteca, una Escuela de Verano” (PCP5) “... y en el ámbito extraescolar, los proyectos de ocio y tiempo libre” (PCP6).

VI.12.2. Programa con niños con riesgo de exclusión (33,33%), “se trabaja fundamentalmente con áreas de educación y con áreas de servicios sociales, por ejemplo, el programa LOSPAI... actividades de ocio y tiempo libre” (PCP1); “dentro del ámbito de población diana de menores en las zonas desfavorecidas” (PCP2).

VI.12.3. Escuelas de verano (33,33%), “...y en el ámbito comunitario hay un programa que se llama escuela de verano que tiene actividades de ocio y tiempo libre” (PCP3); “Actuaciones de ocio y tiempo libre, hay tres talleres, [...] la ludoteca, una Escuela de Verano” (PCP5)

VI.12.4. Actividades extraescolares (16,66%), “Las actividades extraescolares que en algunos barrios se realizan, ahora ya llevamos todo el año” (PCP4).

VI.12.5. Ludoteca (16,33%), “Actuaciones de ocio y tiempo libre, hay tres talleres, [...] la ludoteca, una Escuela de Verano” (PCP5)

Cuadro 92: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.12. Actuaciones con los niños	VI.12.1. Ocio y tiempo libre (83,33%)	<p>“se trabaja fundamentalmente con áreas de educación y con áreas de servicios sociales, por ejemplo, el programa LOSPAI... actividades de ocio y tiempo libre” (PCP1);</p> <p>“...y en el ámbito comunitario hay un programa que se llama escuela de verano que tiene actividades de ocio y tiempo libre” (PCP3);</p> <p>“Actuaciones de ocio y tiempo libre, hay tres talleres, [...] la ludoteca, una Escuela de Verano” (PCP5);</p> <p>“... y en el ámbito extraescolar, los proyectos de ocio y tiempo libre” (PCP6).</p>
	VI.12.2. Programa de chicos con riesgo de exclusión (50%),	<p>“se trabaja fundamentalmente con áreas de educación y con áreas de servicios sociales, por ejemplo, el programa LOSPAI... actividades de ocio y tiempo libre” (PCP1);</p> <p>“dentro del ámbito de población diana de menores en las zonas desfavorecidas” (PCP2).</p>
	VI.12.3. Escuelas de verano (33,33%)	<p>“...y en el ámbito comunitario hay un programa que se llama escuela de verano que tiene actividades de ocio y tiempo libre” (PCP3);</p> <p>“Actuaciones de ocio y tiempo libre, hay tres talleres, [...] la ludoteca, una Escuela de Verano” (PCP5)</p>
	VI.12.4. Actividades extraescolares (16,66%)	<p>“Las actividades extraescolares que en algunos barrios se realizan ahora, ya llevamos todo el año” (PCP4).</p>
	VI.12.5. Ludoteca (16,33%)	<p>“Actuaciones de ocio y tiempo libre, hay tres talleres, [...] la ludoteca, una Escuela de Verano” (PCP5)</p>

Cuadro 93: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.13. Actuaciones con los jóvenes	Programas escolares	Utilización saludable del tiempo de ocio	Campañas de prevención (Tiempo libre saludable)	Nada		Ocio saludable (Actividades de ocio y tiempo libre)
	Campañas					Actividades escolares

VI.13.1. Programas escolares (50%), “Con jóvenes se realiza la parte formal, que se está haciendo en los centros y ofertamos a todos los centros que están escolarizados” (PCP1); “nos quedamos en los 4º de la ESO” (PCP4) “Lo que se hace en los Institutos (PCP6).

VI.13.2. Ocio saludable (33,33%), “son más recursos para hacer actividades de tiempo libre y en principio... se trata de ocio saludable” (PCP2); "las convocatorias a subvenciones para asociaciones juveniles para que promuevan actividades de ocio y tiempo libre, y especialmente los fines de semana en los momentos y sitios de consumo” (PCP6)

VI.13.3. Campañas (33,33%), “y luego básicamente las campañas que yo te he dicho, de alcohol” (PCP1); “Con jóvenes llevamos varios años trabajando con el Consejo de la Juventud, haciendo campañas de prevención...” (PCP3).

VI.13.4. Nada (16,66%), “Nada, nos quedamos en los 4º de la ESO” (PCP4)

Cuadro 94: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.13. Actuaciones con los jóvenes	VI.13.1. Programas escolares (50%)	“Con jóvenes se realiza la parte formal, que se está haciendo en los centros y ofertamos a todos los centros que están escolarizados” (PCP1); “nos quedamos en los 4º de la ESO” (PCP4); “Lo que se hace en los Institutos (PCP6).
	VI.13.2. Ocio saludable (33,33%)	“son más recursos para hacer actividades de tiempo libre y en principio... se trata de ocio saludable” (PCP2); "las convocatorias a subvenciones para asociaciones juveniles para que promuevan actividades de ocio y tiempo libre, y especialmente los fines de semana en los momentos y sitios de consumo” (PCP6).
	VI.13.3. Campañas (33,33%)	“y luego básicamente las campañas que yo te he dicho de alcohol” (PCP1); “Con jóvenes llevamos varios años trabajando con el Consejo de la Juventud, haciendo campañas de prevención...” (PCP3).
	VI.13.4. Nada (16,66%)	“Nada, nos quedamos en los 4º de la ESO” (PCP4).

Cuadro 95: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.14. Actuaciones con otros colectivos	Directamente no	No, se realizan actividades puntuales desde el ámbito comunitario	Familias de barrios marginados	La prevención tiene un carácter universal	Carácter Universal	No

VI.14.1. No (50%), “Ahora mismo, prevención de drogas directamente no” (PCP1); “No, no hay una línea específica para trabajar con ellos.” (PCP2); “No, la gente de inmigración si que ha hecho, es decir, el servicio de inmigración si que ha hecho algo” (PCP6).

VI.14.2. La prevención tiene un carácter Universal (33,33%), “..., en uno de los barrios que trabajamos hay un colectivo bastante grande de inmigrantes que viene, se integran en las actividades que hay no hay actividades específicas para ellos...” (PCP4); “Bueno, como es prevención, y es prevención y es universal” (PCP5)

VI.14.3. Familias de barrios marginados (33,33%), “Actuaciones específicas para ellos no, con barrios marginales si, pero que ahí viven inmigrantes...” (PCP3); “...se escoge en el sentido de que son familias de barrios marginados [...] donde tienen algún familiar toxicómano, de familias desestructuradas” (PCP5).

Cuadro 96: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.14. Actuaciones con los otros colectivos	VI.14.1. No (50%)	“Ahora mismo, prevención de drogas directamente no” (PCP1); “No, no hay una línea específica para trabajar con ellos.” (PCP2); “No, la gente de inmigración si que ha hecho, es decir, el servicio de inmigración si que ha hecho algo” (PCP6).

	VI.14.2. La prevención tiene un carácter Universal (33,33%),	“..., en uno de los barrios que trabajamos hay un colectivo bastante grande de inmigrantes que viene, se integran en las actividades que hay no hay actividades específicas para ellos...” (PCP4); “Bueno, como es prevención, y es prevención y es universal” (PCP5)
	VI.14.3. Familias de barrios marginados (33,33%),	“Actuaciones específicas para ellos no, con barrios marginales si, pero que ahí viven inmigrantes...” (PCP3); “...se escoge en el sentido de que son familias de barrios marginados [...] donde tienen algún familiar toxicómano, de familias desestructuradas” (PCP5).

Cuadro 97: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.15. Satisfacción de los destinatarios	Alto	Alto	No se conoce	Bueno	Bueno	No se conoce

VI.15.1 Alto (33,33%), “El nivel de satisfacción suele ser en general alto” (PCP1); “Hombre en principio alto, la valoración que hace la gente que hace las actividades y eso, siempre valoran de forma muy positiva ...”(PCP2).

VI.15.2. Bueno (33,33%), “aunque la mayoría de las veces muy bien, muy bien” (PCP4); “más a nivel cualitativo y cuantitativo pues referente al número de personas era bueno” (PCP5).

VI.15.3. No se conoce (33,33%), “Así específicamente no lo conocemos” (PCP3); “ahora mismo no te puedo decir...” (PCP6).

Cuadro 98: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.15. Satisfacción de los destinatarios	VI.15.1 Alto (33,33%)	- “El nivel de satisfacción suele ser en general alto” (PCP1); - “Hombre en principio alto, la valoración que hace la gente que hace las actividades y eso, siempre valoran de forma muy positiva ...”(PCP2).
	VI.15.2. Bueno (33,33%)	- “aunque la mayoría de las veces muy bien, muy bien” (PCP4); - “más a nivel cualitativo y cuantitativo pues referente al número de personas era bueno” (PCP5).
	VI.15.3. No se conoce (33,33%)	- “Así específicamente no lo conocemos” (PCP3); “ahora mismo no te puedo decir...” (PCP6).

Cuadro 99: Categorización por CP-metacategoría VI

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VI.16. Respuesta de los usuarios ante el plan	Buena	Buena	Depende	Buena	Buena	Depende

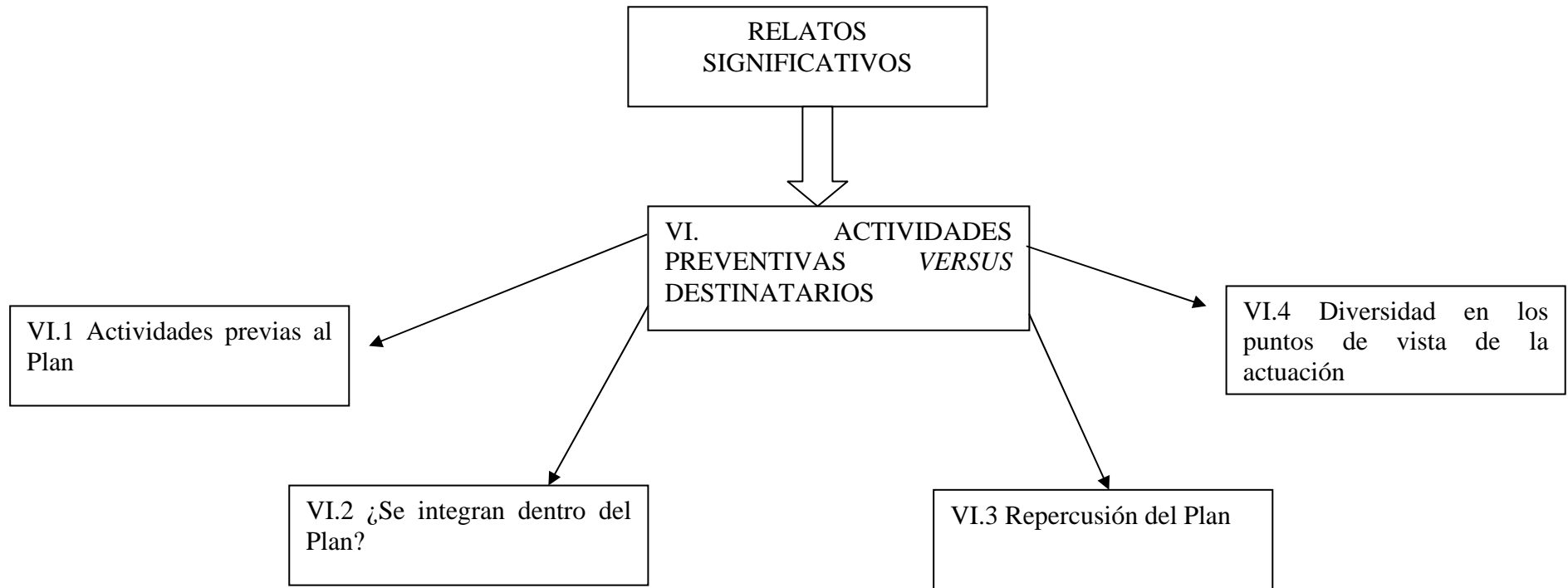
VI.16.1. Buena (66,66%), “La respuesta así en general es buena, yo diría que bien, tu piensa que lo que nosotros somos es un proveedor de recursos básicamente...”(PCP1); “Pues bien, supongo que bien, no ponen muchas pegs, vamos, no protestan mucho”.(PCP2); “Las actividades que ponemos en marcha la gente responde...” (PCP4); “...yo creo que bien en el sentido de la demanda que tenemos de los programas...” (PCP5).

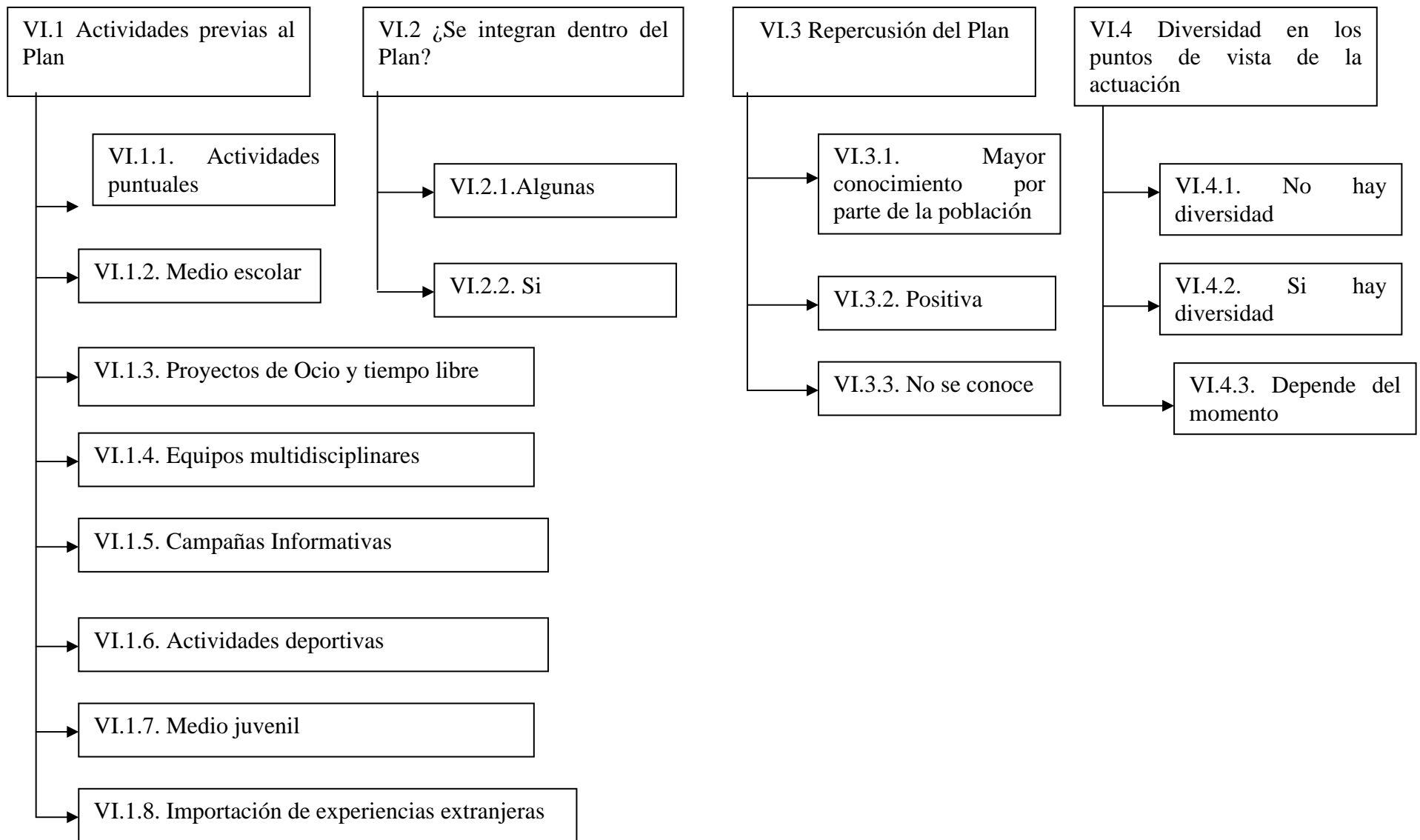
VI.16.2. Depende (33,33%), “Depende, hay actuaciones que tenemos una respuesta estupenda y otras que no funcionan...” (PCP3); “De forma dispar porque son tan dispares, pues es muy difícil” (PCP6).

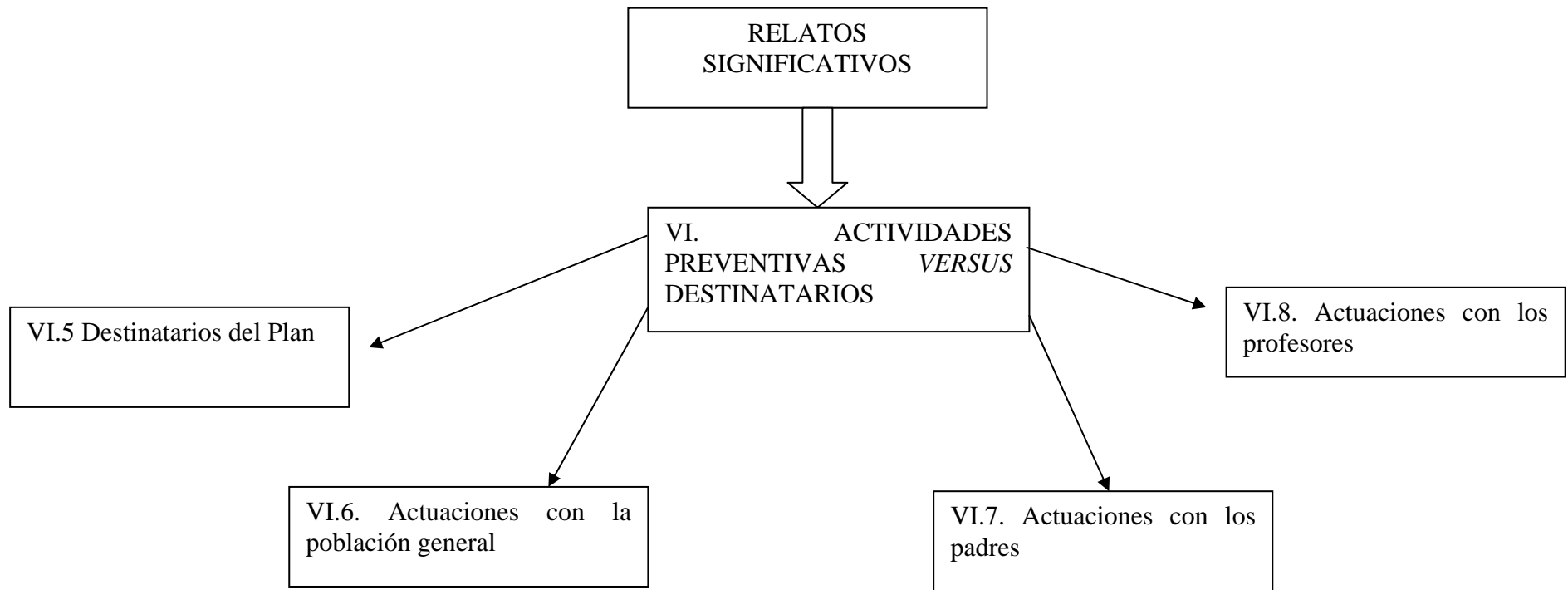
Cuadro 100: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VI

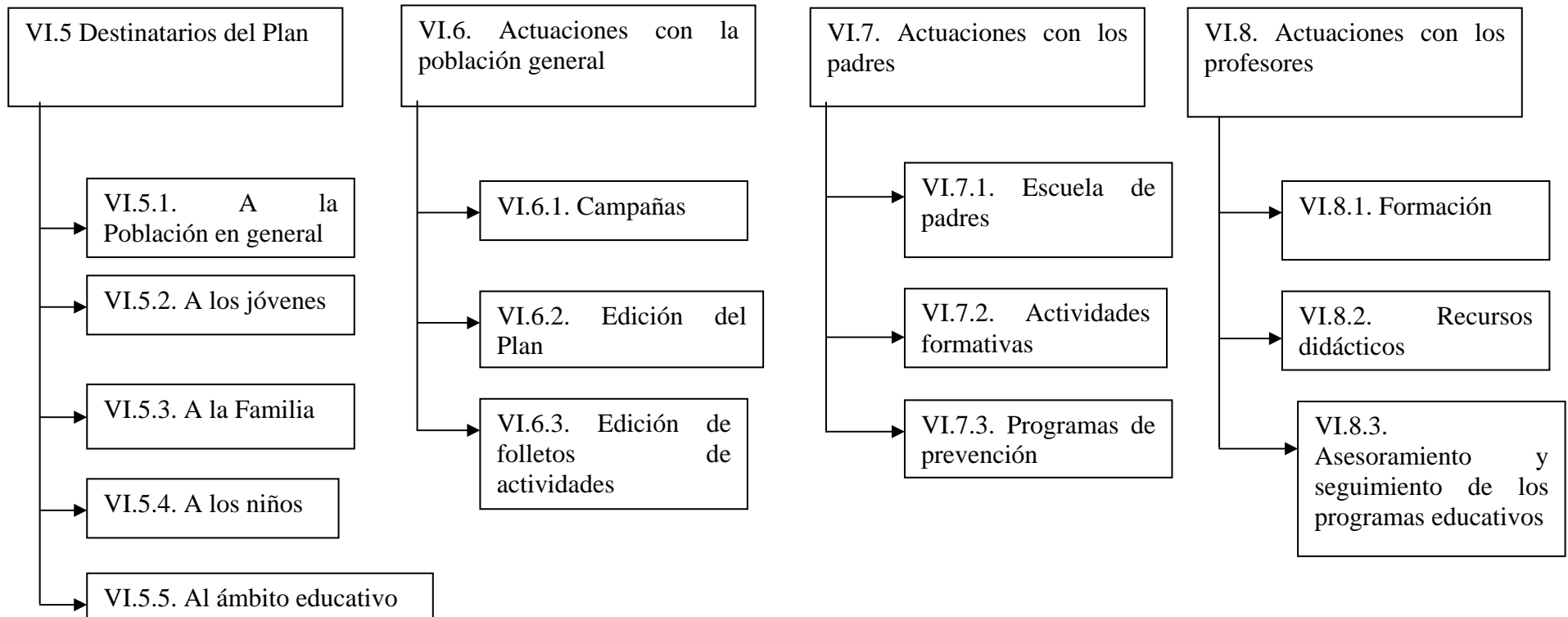
Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VI.16. Respuesta de los usuarios ante el plan	VI.16.1. Buena (66,66%)	“La respuesta así en general es buena, yo diría que bien, tu piensa que lo que nosotros somos es un proveedor de recursos básicamente...”(PCP1); “Pues bien, supongo que bien, no ponen muchas pegas, vamos, no protestan mucho”(PCP2); “Las actividades que ponemos en marcha la gente responde...” (PCP4); “...yo creo que bien en el sentido de la demanda que tenemos de los programas...” (PCP5).
	VI.16.2. Depende (33,33%)	“Depende, hay actuaciones que tenemos una respuesta estupenda y otras que no funcionan...” (PCP3); “De forma dispar porque son tan dispares, pues es muy difícil” (PCP6).

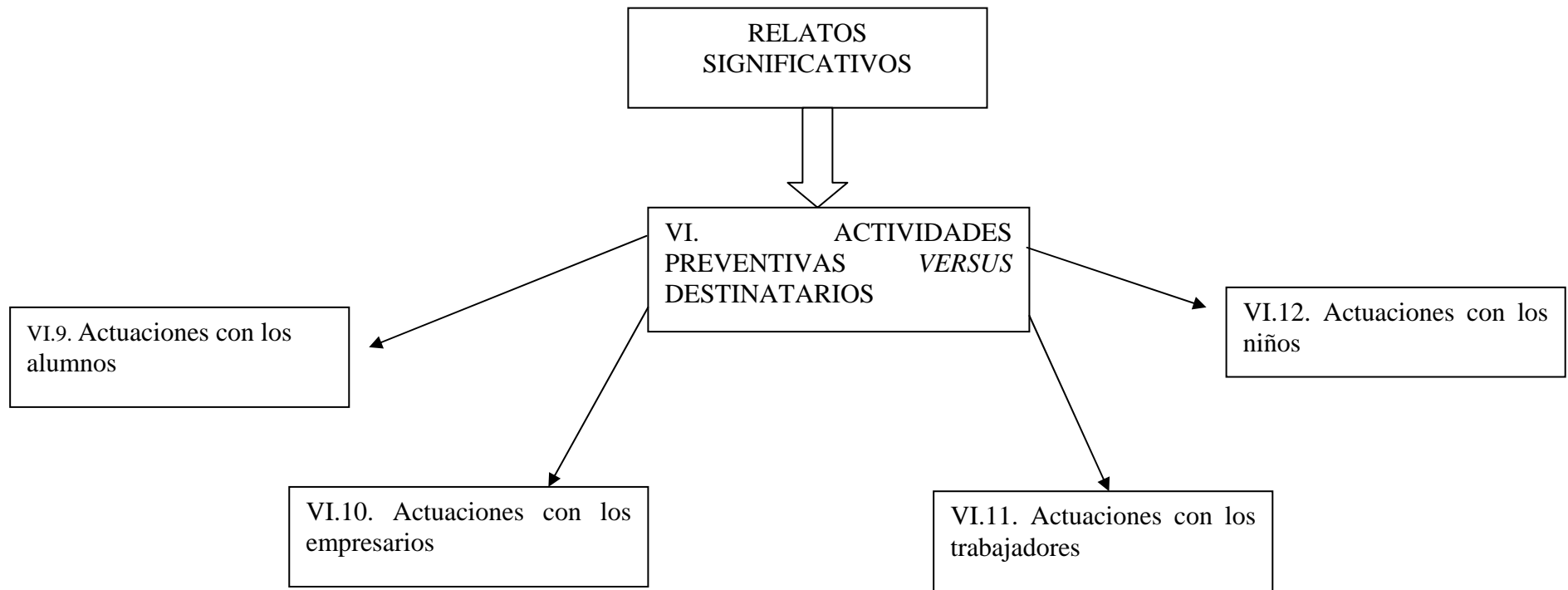
Mapa cognitivo 13: Metacategoría VI

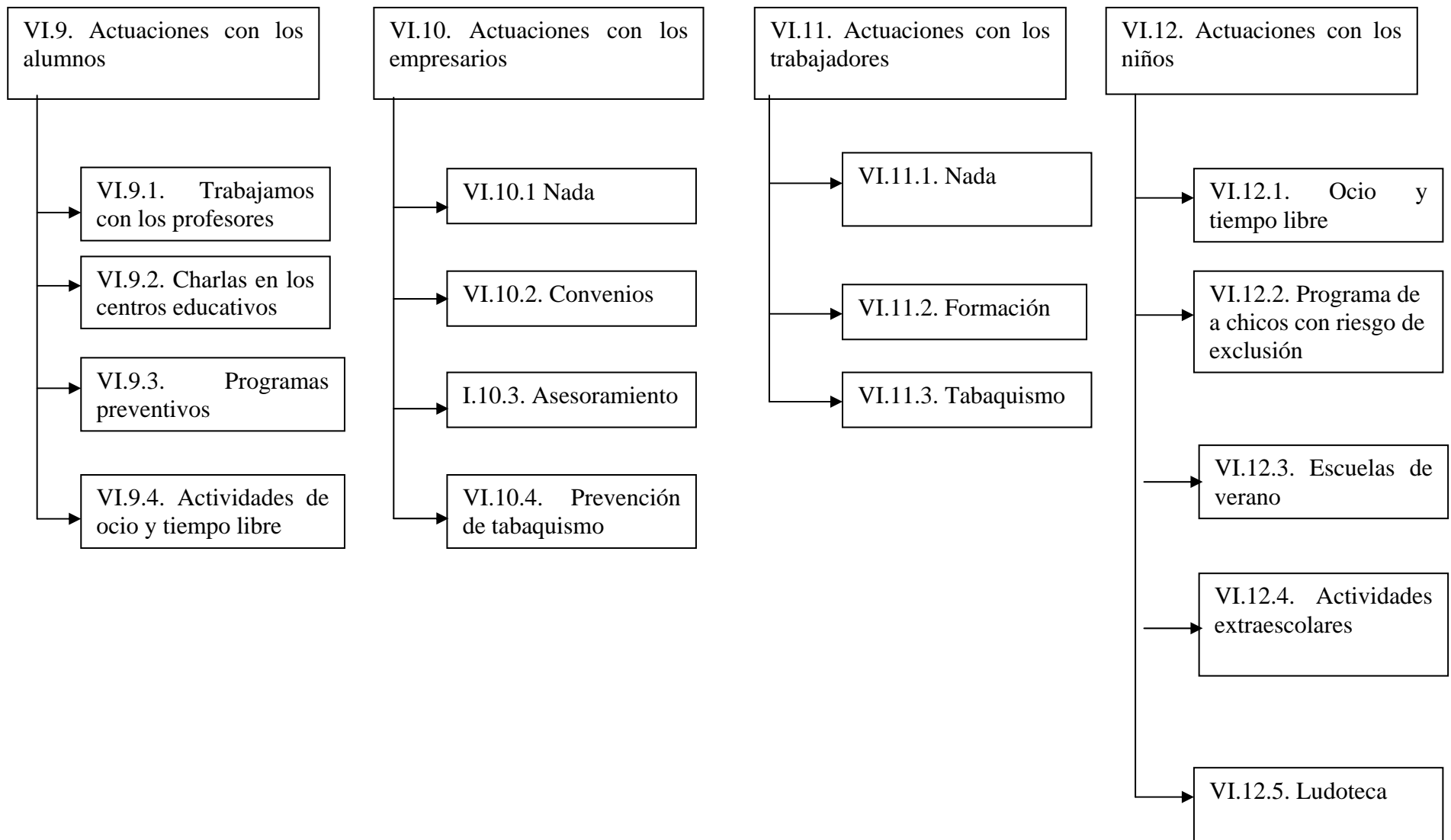


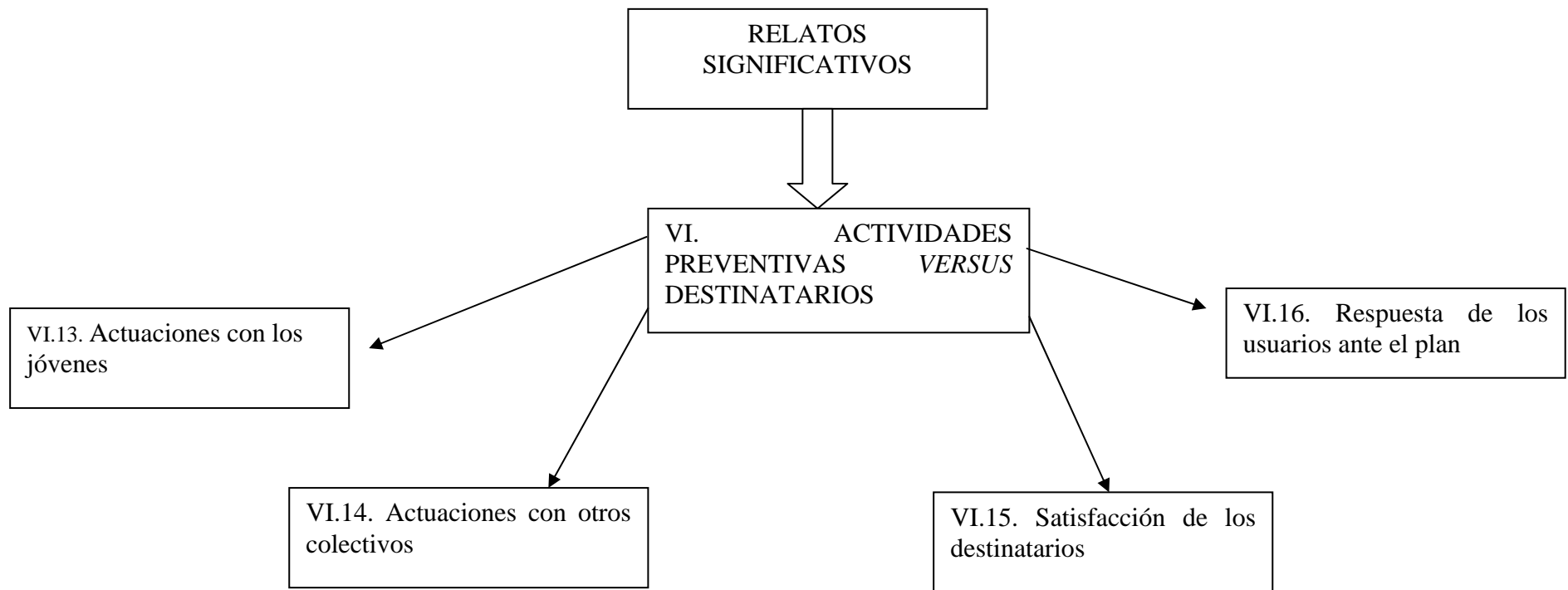


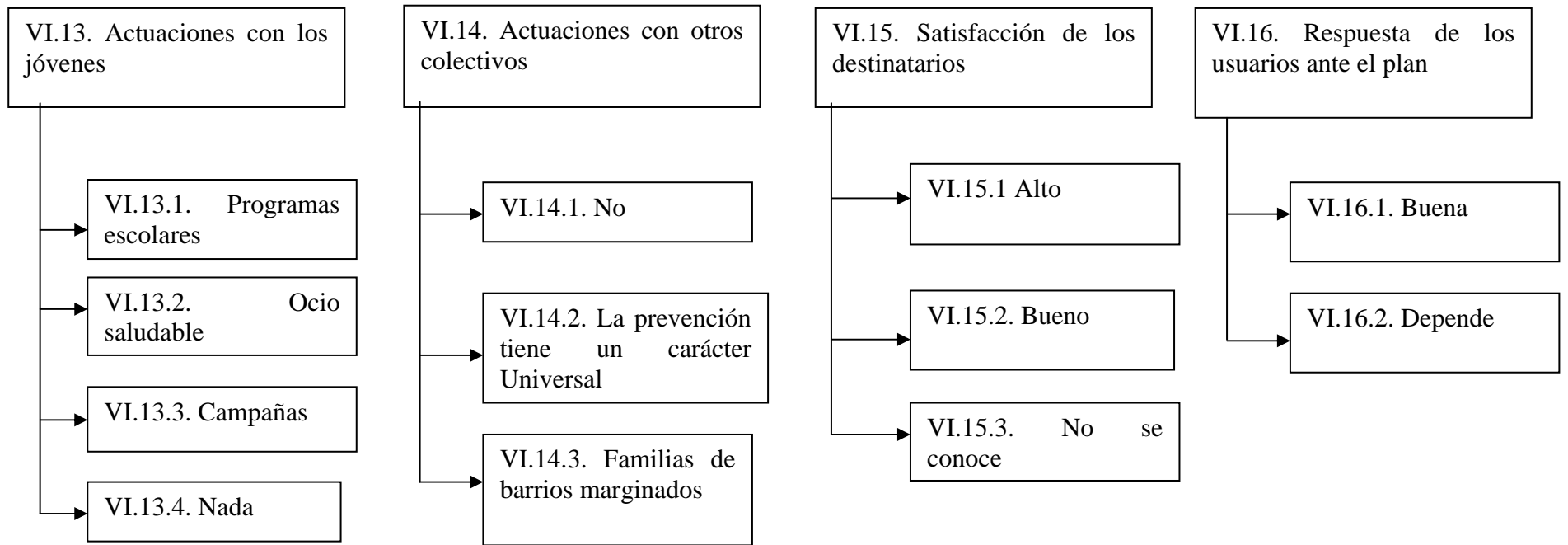












ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Actividades preventivas versus destinatarios*, agrupa las actividades que se realizan dentro de los planes municipales en función del grupo al que van dirigidas. Esta metacategoría se ha dividido en dieciséis categorías bajo los títulos de: *Actividades previas al Plan*, *¿Se integran dentro del Plan?*, *Repercusión del Plan*, *Diversidad en los puntos de vista de la actuación*, *Destinatarios del Plan*, *Actuaciones con la población general*, *Actuaciones con los padres*, *Actuaciones con los profesores*, *Actuaciones con los alumnos*, *Actuaciones con los empresarios*, *Actuaciones con los trabajadores*, *Actuaciones con los niños*, *Actuaciones con los jóvenes*, *Actuaciones con otros colectivos*, *Satisfacción de los destinatarios* y *Respuesta de los usuarios ante el Plan*. De esta forma identificamos el tipo de acciones que se llevan a cabo y la respuesta de los destinatarios ante las mismas.

La categoría *Actividades previas* se ha dividido en ocho subcategorías que han sido extraídas de las entrevistas realizadas a los técnicos municipales de los Planes municipales analizados y hace referencia a las actividades que se realizaban en materia de prevención de drogodependencias antes de que se implantaran los planes municipales. La subcategoría que hemos recogido en primer lugar, que se ha registrado en cinco de las seis entrevistas analizadas al igual que la segunda subcategoría, responde a *Actividades puntuales*, dentro de esta subcategoría se hace referencia al tipo de actividades que por su carácter específico, su corta duración y carácter aislado tenían un carácter puntual; ésta ha sido una de las características de las actividades en materia de drogodependencias anteriores a los planes municipales. En segundo lugar, hemos recogido la subcategoría que hace referencia al tipo de actividades que se realizan en el *Medio escolar*, las actividades que se realizaban tenían lugar fundamentalmente en los centros educativos y se desarrollaban a través de talleres o jornadas. En tercer lugar, hemos recogido la subcategoría *Proyectos de ocio y tiempo libre*, registrada en dos de las seis entrevistas realizadas, se hace referencia desde aquí a los talleres preventivos de ocio y tiempo libre dirigidos en ocasiones a menores en situación de riesgo. En cuarto lugar, hemos recogido la subcategoría *Equipos multidisciplinares*, registrada con la misma frecuencia que la subcategoría

anterior, que hace referencia a los grupos formados por diferentes profesionales implicados directa e indirectamente en el tema de las drogodependencias y que se plantean como objetivos responder a la problemática que planteaban las drogodependencias. En quinto lugar, hemos registrado la subcategoría *Campañas informativas*, recogida en dos entrevistas de las seis realizadas, se hace referencia aquí a las campañas informativas que se difundían a través de los medios de comunicación en favor de una sociedad libre de drogas, a través de las que se informaba de los perjuicios del consumo de drogas. En sexto lugar, hemos registrado la subcategoría *Actividades deportivas*, ésta ha aparecido en una de las seis entrevistas realizadas y hace referencia a las numerosas actividades deportivas que se realizaron a favor de la prevención de drogodependencias. En séptimo lugar, hemos registrado la subcategoría *Medio juvenil*, recogida en una de las seis entrevistas realizadas y en la que se hace referencia al grupo al que iban encaminadas algunas de las actividades previas a los planes municipales, por ser uno de los más afectados por el problema de las drogodependencias. En último lugar hemos recogido la subcategoría *Importación de experiencias extranjeras*, registrada en una de las seis entrevistas, y desde la que se afirma que alguna de las actividades que se ponían en marcha antes de los planes municipales eran importadas de experiencias realizadas en otros países.

La categoría *¿Se integran dentro del Plan?* nos informa sobre la continuidad o no de las actividades que se realizaban antes de implantar los planes municipales sobre drogodependencias, y se ha dividido en dos subcategorías ambas registradas con la misma frecuencia, recogidas en tres de las seis entrevistas realizadas, la que hemos registrado en primer lugar responde a *Algunas*, afirmando que sólo algunas de las actividades que se venían realizando continúan llevándose a cabo en los planes municipales, y estas han sido entre otras, las destinadas a los centros educativos, así como los talleres de ocio y tiempo libre, sin embargo aquellas actividades que tenían un carácter puntual fueron eliminadas o sustituidas por otras de mayor continuidad. En segundo lugar, la subcategoría registrada nos indica que *Sí*, las actividades que se venían realizando fueron asumidas por los planes municipales dándoles una visión más global y prolongada en el tiempo.

La categoría *Repercusión del Plan* nos da una idea del funcionamiento del plan, si los ciudadanos lo conocen y si su puesta en marcha se traduce posteriormente en cambios en la población, también se le considera a la hora de invertir en él y en la asignación de recursos para llevarlo a cabo. Esta categoría se ha dividido en cuatro subcategorías. La que hemos registrado con mayor frecuencia ha sido aquella que ha aludido a un *Mayor conocimiento por parte de la población*, recogida en cuatro de las seis entrevistas, se refiere a que la población empieza a ser consciente de que hay un plan que coordina las actuaciones en materia de drogodependencias y cuentan con él, aunque no conozcan su filosofía como se afirma en una de las entrevistas. La segunda subcategoría, recogida en dos de las seis entrevistas realizadas, hace referencia a que la repercusión es *Positiva*, va mejorando con el tiempo, se va afianzando y los ciudadanos lo apoyan. En tercer lugar hemos recogido la subcategoría *No se conoce*, registrada en una de las seis entrevistas, haciendo referencia a que hay planes municipales de los que no se sabe cuál es su repercusión, si es positiva o no, entre otras razones porque se afirma que no han sido evaluado el Plan. En cuarto y último lugar hemos recogido la subcategoría *Aumento de coberturas*, registrada en una de las seis entrevistas realizadas, y en la que se afirma que con el tiempo la dotación de coberturas a los planes municipales ha aumentado, así como las actuaciones que se llevan a cabo, por lo que deben de tener una buena repercusión.

La categoría *Diversidad en los puntos de vista de la actuación*, hace referencia a las diferentes filosofías desde las que se actúa en los planes municipales de drogodependencias, y que se intenta identificar a través de la información recogida en esta categoría. Se ha dividido en tres subcategorías, La primera de ellas, y registrada en tres de las seis entrevistas realizadas, se denomina *No hay diversidad*, recogiendo que hay consenso o acuerdo a la hora de realizar las actividades y plantear los objetivos, en ocasiones porque las directrices parten de las oficinas de los propios técnicos o coordinadores, o porque la vertiente desde la que se trabaja principalmente es la preventiva a través de la educación y en eso hay bastante consenso. En segundo lugar hemos recogido la subcategoría *Si hay diversidad*, registrada en dos de las seis entrevistas realizadas, en ella se afirma que hay diferentes puntos de vista, afirmando que no es un problema esta

diversidad, ya que cada situación requiere diferentes soluciones y que cada implicado lo ve a su manera. En tercer lugar se ha recogido la subcategoría *Dependen del momento*, registrada en una de las seis entrevistas realizadas, donde se afirma que todo el mundo entiende que la prevención es necesaria, pero que al final lo que más apremia es resolver los problemas, es decir, la asistencia, por lo tanto depende de las necesidades del momento y de las posibilidades del municipio.

La categoría *Destinatarios del Plan* responde a aquellas personas a las que van dirigidas principalmente las actuaciones del plan municipal, en este caso esta categoría se ha dividido en cinco subcategorías. La primera de ellas y registrada con mayor frecuencia hace referencia *A la población en general*, está recogida en cuatro de las seis entrevistas y nos confirma que, fundamentalmente, la población a la que van destinados los planes municipales son los ciudadanos, la población general, de ahí su carácter universal. En segundo lugar, hemos recogido la subcategoría que afirma que uno de los principales grupos destinatarios son *A los jóvenes*, registrada en dos de las seis entrevistas realizadas, afirma que este colectivo forma parte de la población diana. En tercer lugar hemos recogido *A la familia* como destinataria de los planes municipales, registrada en una entrevista de las seis realizadas; se afirma que, al ser el primer agente socializador, las actuaciones en materia de drogodependencias deben ir destinadas mayoritariamente a la familia. En cuarto lugar, hemos recogido la subcategoría *A los niños*, registrada en una de las seis entrevistas realizadas, se afirma que este colectivo forma parte de la población diana de las actuaciones de los planes municipales. Y en último y quinto lugar hemos recogido la subcategoría *Al ámbito educativo*, registrada en una de las seis entrevistas, desde la que se hace hincapié en la importancia de que las actuaciones preventivas vayan dirigidas a este ámbito.

La categoría *Actuaciones con la población general* recoge aquellas actividades que se realizan con la población general definida por los técnicos como población a la que mayoritariamente van dirigidas las intervenciones de los planes municipales. Se ha dividido en cuatro subcategorías, y la que se ha repetido en mayor frecuencia y referimos en primer lugar responde a *Campañas*, recogida

en cuatro de las seis entrevistas realizadas, responde a las campañas informativas, preventivas y de sensibilización que, recordemos, ya se venían realizando como actividades previas a los planes municipales. En segundo lugar y registrada en una entrevista de las seis realizadas, hemos recogido la subcategoría *Edición del Plan*, desde la que se afirma que una actividad dirigida a la población en general es que conozcan el plan a través de su edición escrita. En tercer lugar, hemos recogido la subcategoría *Edición de folletos de actividades*, registrada en una de las seis entrevistas realizadas, y se hace referencia a la edición de las actividades que se van a llevar a cabo desde el plan municipal para que los ciudadanos las conozcan y participen en ellas si lo consideran oportuno. En cuarto lugar, hemos recogido la subcategoría *Actuaciones comunitarias*, registrada al igual que la anterior subcategoría en una de las seis entrevistas, recogiendo de que las acciones comunitarias son las que van dirigidas a la población general.

La categoría *Actuaciones con los padres* hace referencia a aquellas acciones que se realizan desde los planes municipales con los padres y madres de los niños y jóvenes en edad escolar. Esta categoría se ha dividido en tres subcategorías. La primera de ellas y la que se ha registrado con mayor frecuencia responde a *Escuela de padres*, recogida en tres de las seis entrevistas realizadas y por la que se afirma la inversión que se hace desde los planes para trabajar a través de estas redes, como son las escuelas de padres. En segundo lugar, hemos recogido la subcategoría *Actividades formativas*, registrada en dos de las seis entrevistas realizadas, hace referencia a las diferentes actividades de formación, charlas-coloquio, talleres, que se realizan con los padres o bien en actividades extraescolares, o bien a través de las escuelas de padres. En tercer lugar, hemos recogido la subcategoría *Programas de prevención*. Esta subcategoría sostiene que los planes municipales invierten explícitamente en el carácter preventivo de los programas que realizan las asociaciones de padres y madres.

La categoría *Actuaciones con los profesores* hace referencia a aquellas actividades que se realizan con los profesores desde los planes municipales. Esta categoría se ha dividido en tres subcategorías, la primera de ellas, registrada en todas las entrevistas realizadas es la *Formación*; reflejan que se ofertan cursos de formación, en ocasiones y cada vez menos a los centros de profesores y recursos,

en otras son los propios técnicos de los planes municipales los que imparte esta formación que consiste a veces en la presentación y orientación para trabajar los materiales y programas de prevención de drogodependencias que se desarrollan en las aulas. En segundo lugar y con la misma frecuencia, se ha registrado la subcategoría *Recursos didácticos*, en la que se afirma que se reparte materiales didácticos para llevar a cabo los programas de prevención en drogodependencias en las aulas. En tercer lugar, la subcategoría registrada hace referencia al *Asesoramiento y seguimiento de los programas educativos*, que se ha recogido en tres de las seis entrevistas realizadas. En este apartado se habla de asesoramiento, seguimiento e incluso evaluación de los programas preventivos que los profesores ponen en marcha en sus aulas siguiendo las directrices y programas de los ayuntamientos.

La categoría *Actuaciones con los alumnos* remite a aquellas actuaciones que se realizan con los alumnos tanto de Educación primaria como secundaria; se ha dividido en cuatro subcategorías, y la que con mayor frecuencia se ha repetido responde a *Trabajamos con los profesores*: ha aparecido en tres de las seis entrevistas analizadas, y responde al planteamiento de que son los profesores los que tienen que trabajar en las aulas con los alumnos; las actividades preventivas que realizan profesores ajenos a los centros educativos tienen un carácter puntual y desligado de la vida diaria de los centros escolares, por ello se invierte también en formar a los profesores, para que sean ellos los que pongan en marcha las acciones preventivas como materia transversal en sus aulas. En segundo lugar, hemos registrado la subcategoría *Charlas en los Centros educativos*, recogida en dos entrevistas de las seis realizadas; hace alusión a las charlas que dan monitores o profesores ajenos a los centros contratados desde los planes municipales para trabajar con los alumnos. En tercer lugar, hemos registrado la subcategoría *Programas preventivos*, recogida en dos de las seis entrevistas realizadas, que hacen referencia a los programas preventivos que se llevan a cabo con los alumnos y que son impartidos por los profesores de los centros educativos. En cuarto y último lugar, hemos registrado la subcategoría *Actividades de ocio y tiempo libre*, subcategoría registrada en una de las seis entrevistas realizadas y que hace referencia a las actividades extraescolares de ocio y tiempo libre que se realizan directamente con los alumnos.

La categoría *Actuaciones con los empresarios*, hace referencia a las actividades que se realizan en el ámbito empresarial. Esta categoría se ha dividido en tres subcategorías, y la registrada con mayor frecuencia ha sido *Nada*, recogida en tres de las seis entrevistas realizadas, y por la que se indica que no se realiza ningún tipo de actividad con este sector, afirmado los entrevistados que este es un tema pendiente. En segundo lugar, hemos recogido la subcategoría *Convenios*, registrada en dos de las seis entrevistas realizadas, en ella se hace referencia a los convenios que se firman para contratar a personas drogodependientes para facilitar su integración social, así como a los programas que se llevan a cabo sobre prevención del alcohol. En tercer lugar y con la misma frecuencia que la anterior subcategoría, hemos recogido la que hace referencia al *Asesoramiento*, bien a través de los sindicatos cuando surge algún problema o detectan una nueva necesidad con respecto a este tema, bien a través de reuniones con médicos de empresas.

La categoría *Actuaciones con los trabajadores* hace referencia a aquellas actividades que se realizan con los trabajadores en el ámbito de las drogodependencias. Se ha dividido en tres subcategorías, registrando todas la misma frecuencia, están presentes en dos de las seis entrevistas realizadas. La primera de ellas ha sido la que hace referencia a que éste sigue siendo un colectivo pendiente de incluir dentro de los planes; así dos técnicos afirman que no se hace *Nada* con el colectivo de los trabajadores. En segundo lugar hemos recogido aquellas respuestas en las que se afirma que se realiza *Formación* con los trabajadores, sobre todo se trabaja a través de los sindicatos para ofertar cursos formativos. En tercer y último lugar, hemos recogido la subcategoría *Tabaquismo*, referida a los programas de prevención y atención de tabaquismo que se empiezan a realizar para los trabajadores de los ayuntamientos y que tímidamente se realizan para aquellos trabajadores del sector privado que los solicitan.

La categoría *Actuaciones con los niños* hace referencia a aquellas actividades que se realizan con los niños fuera del ámbito escolar. Esta categoría se ha dividido en cinco subcategorías. La subcategoría que se ha repetido con mayor frecuencia es la de *Ocio y tiempo libre*, recogida en cinco de las seis

entrevistas realizadas, se convierte en la actividad estrella dirigida a este colectivo. En segundo lugar, hemos registrado la subcategoría *Programas con niños con riesgo de exclusión*, registrada en tres de las seis entrevistas realizadas, hace alusión a aquellos programas realizados desde las áreas del ámbito educativo, o bien desde Servicios sociales, con la intención de favorecer la integración de estos niños. En tercer lugar, hemos recogido la subcategoría *Escuelas de verano*, registrada en dos de las seis entrevistas realizadas y desde las que se afirma que se realizan las actividades de ocio y tiempo libre definidas en la primera subcategoría. En cuarto lugar, hemos recogido la subcategoría *Actividades extraescolares*, que aparece recogida en una de las seis entrevistas realizadas, haciendo referencia a aquellas actividades que se realizan en algunos barrios, a veces a través de las AMPAS. En quinto y último lugar hemos recogido la subcategoría *Ludoteca*, registrada con la misma frecuencia que la subcategoría anterior, y que hace referencia este tipo de programas que se ponen en marcha con el objetivo de trabajar con niños en el ámbito de prevención de las drogodependencias.

La categoría *Actuaciones con los jóvenes* hace referencia a aquellas actividades que se realizan desde los planes municipales con los jóvenes. Esta categoría se ha dividido en cuatro subcategorías. Resaltar que a la pregunta que hace mención a esta categoría han contestado cinco de los seis técnicos. La primera subcategoría recogida es aquella que hace referencia a *Ocio saludable*, registrada en tres de las seis entrevistas realizadas, analizando los esfuerzos que se emplean desde los planes municipales para crear una alternativa de ocio saludable frente al ocio establecido, caracterizado por el consumo de alcohol. En segundo lugar hemos recogido la subcategoría *Programas escolares*, registrada en dos de las seis entrevistas realizadas, afirmando que se realizan aquellos programas preventivos que se llevan a cabo desde los centros educativos. En tercer lugar hemos recogido la subcategoría *Campañas*, registrada en dos de las seis entrevistas realizadas, se hace referencia a las campañas preventivas, en ocasiones sobre el tema del alcohol. En cuarto lugar hemos recogido la subcategoría *Nada*, haciendo referencia a que con los jóvenes no se realiza ningún tipo de actividad.

La categoría *Otros colectivos* hace referencia a los colectivos que no han sido mencionados en la entrevista y con los que también se han realizado actividades preventivas. Esta categoría se ha dividido en tres subcategorías, la primera de ellas recoge que *No* se ha trabajado con otros colectivos, registrada con una frecuencia de tres de las seis entrevistas realizadas. La segunda subcategoría, recogida en dos de las seis entrevistas realizadas, afirma que *La prevención tiene un carácter Universal*, razón por la que no se trabaja con ningún otro colectivo más específico como podría ser el inmigrante. La tercera y última subcategoría registrada afirma que se trabaja con *Familias de barrios marginados*, recogida en dos de las seis entrevistas realizadas.

La categoría *Satisfacción de los destinatarios* hace referencia al grado de satisfacción, confirmando o desmintiendo si se cumplen las expectativas de los destinatarios a los que van dirigidas las actividades preventivas. Esta categoría se ha dividido en tres subcategorías, y todas ellas aparecen con la misma frecuencia: aparecen en dos de las seis entrevistas realizadas. La primera de ellas afirma que el nivel de satisfacción es *Alto*, es decir, las actividades son valoradas positivamente. En segundo lugar, la subcategoría registrada hace referencia a que el grado de satisfacción de los destinatarios ha sido *Bueno*. Y en tercer y último lugar, es de destacar la subcategoría que hace referencia al desconocimiento de la satisfacción de los destinatarios de las actividades preventivas de los planes, denominada *No se conoce*, ya que o bien no han realizado todavía la evaluación de las actividades del plan, o bien no tienen instrumentos para medir la satisfacción de los destinatarios.

La categoría *Respuesta de los usuarios ante el Plan* se ha dividido en dos subcategorías. La primera de ellas, registrada en cuatro de las seis entrevistas realizadas, hace referencia a que la respuesta ha sido *Buena*, afirmando que desde los planes se responde a las demandas de los usuarios. De hecho, se pide que se siga trabajando en la misma línea. La segunda y última subcategoría, registrada en dos de las seis entrevistas realizadas, afirma que *Depende*, reconociendo que hay actividades que no funcionan, las demandas son muy dispares, y no siempre se puede dar respuesta desde los municipios a las necesidades que se plantean con los recursos de que disponen.

METACATEGORÍA

VII. RECURSOS

Cuadro 101: Categorización por CP-metacategoría VII

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VII.1. Duración del Plan	No caduca	2006	Está Caducado	4 años	3 años	4 años

VII.1.1. Cuatro años (33,33%), “Este para cuatro años y de momento pensamos seguir” (PCP4); “El plan tiene una previsión para cuatro años...” (PCP6)

VII.1.2. Tres años (16,66%), “Los planes municipales no se, éste es trienal” (PCP5).

VII.1.3. Hasta el 2006 (16,66%), “Este en concreto hasta el 2006” (PCP2).

VII.1.4. Está caducado (16,66%), “Este ya está caducado, aunque lo mantenemos en vigor...” (PCP3).

VII.1.5. No caduca (16,66%), “Salvo decisión política no tiene fin... no tiene fecha de caducidad hasta que se decida...” (PCP1).

Cuadro 102: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VII

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VII.1. Duración del Plan	VII.1.1. Cuatro años (33,33%)	“Éste para cuatro años y de momento pensamos seguir” (PCP4); “El plan tiene una previsión para cuatro años...” (PCP6)
	VII.1.2. Tres años (16,66%)	“Los planes municipales no se, éste es trienal” (PCP5).
	VII.1.3. Hasta el 2006 (16,66%)	“Este en concreto hasta el 2006” (PCP2).
	VII.1.4. Está caducado (16,66%),	“Este ya está caducado, aunque lo mantenemos en vigor...” (PCP3).
	VII.1.5. No caduca (16,66%),	“Salvo decisión política no tiene fin... no tiene fecha de caducidad hasta que se decida...” (PCP1).

Cuadro 103: Categorización por CP-metacategoría VII

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VII.2. Medios para difundir el Plan	Guía/boletín/Revista	Guía/boletín/Revista	Cartelería	Edición de Folletos	Edición de folletos	Edición de folletos
	Cartelería	Campañas	Campañas	Televisión/Radio /Prensa	Centros educativos	
	Medios de Comunicación	Medios de Comunicación	Ruedas de prensa			Medios de comunicación

VII.2.1. Medios de Comunicación (83,33%), “...luego los medios de comunicación que son fundamentales los utilizamos permanentemente” (PCP1); “... se utilizan la radio y la prensa cuando se presenta alguna actividad, y se utilizan muchos medios de comunicación” (PCP2); “...publicitamos las actuaciones que hacemos, a través de ruedas de prensa, de noticias de prensa...” (PCP3); “Radio, Prensa, periódicos, telecable, nos encantan, siempre estamos con los medios” (PCP4); “... entonces los medios son los medios de publicidad normales, material gráfico, emisoras de radio” (PCP6).

VII.2.2. Edición de Folletos (50%), “Los folletos, que anualmente se hacen a primeros de año con todas las actividades que se van a hacer” (PCP4); “... a veces también a través de folletos con las actividades del Plan, con las actividades de que disponemos...” (PCP5); Es que el Plan en global no se ha publicitado, lo que se publicita son las actuaciones puntuales” (PCP6).

VII.2.3. Campañas (33,33%), “... más todas las campañas...” (PCP1); y si son campañas, la cartelería o lo que lleve la campaña...” (PCP3).

VII.2.4. Guía/Boletín/Revistas (33,33%), “En nuestro caso fundamentalmente la guía, el boletín y la revista...” (PCP1); “... boletines, revistas...” (PCP2).

VII.2.5. Cartelería (16,66%), “que más que campaña son actuaciones como Cartagineses y Romanos se ponen publicidad en las calles” (PCP2).

VII.2.6. Centros Educativo (16,66%), “Pues, sobre todo, [...] lo hacemos a través de una oferta directa a los centros escolares...” (PCP5).

Cuadro 104: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VII

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VII.2. Medios para difundir el Plan	VII.2.1. Medios de Comunicación (83,33%).	- “...luego los medios de comunicación que son fundamentales los utilizamos permanentemente” (PCP1); - “... se utilizan la radio y la prensa cuando se presenta alguna actividad, y se utilizan muchos medios de comunicación” (PCP2); - “...publicitamos las actuaciones que hacemos, a través de ruedas de prensa, de noticias de prensa...” (PCP3); - “Radio, Prensa, periódicos, telecable, nos encantan, siempre estamos con los medios” (PCP4); - “... entonces los medios son los medios de publicidad normales, material gráfico, emisoras de radio” (PCP6).
	VII.2.2. Edición de Folletos (50%).	- “Los folletos, que anualmente se hacen a primeros de año con todas las actividades que se van a hacer” (PCP4); - “... a veces también a través de folletos con las actividades del Plan, con las actividades de que disponemos...” (PCP5); - Es que el Plan en global no se ha publicitado, lo que se publicita son las actuaciones puntuales” (PCP6).
	VII.2.3. Campañas (33,33%).	- “... más todas las campañas...” (PCP1); - “... y si son campañas, la cartelería o lo que lleve la campaña...” (PCP3).
	VII.2.4. Guía/Boletín/Revistas (33,33%).	- “En nuestro caso fundamentalmente la guía, el boletín y la revista...” (PCP1); - “... boletines, revistas,...” (PCP2).
	VII.2.5. Cartelería (16,66%).	- “que más que campaña son actuaciones como Cartagineses y Romanos se ponen publicidad en las calles” (PCP2).
	VII.2.6. Centros Educativo (16,66%).	- “Pues, sobre todo, [...] lo hacemos a través de una oferta directa a los centros escolares...” (PCP5).

Cuadro 105: Categorización por CP-metacategoría VII

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VII.3. Son suficientes los medios	Faltan recursos	Falta sobretodo humanos	Faltan recursos humanos	Faltan recursos humanos	Faltan Recursos Humanos	No
					Faltan recursos materiales	

VII.3.1. Faltan recursos humanos (66,66%), “No, recursos humanos siempre faltan. Hay mucho voluntario, falta gente preparada...” (PCP2); “Nunca, son suficientes para lo que hacemos, pero se podrían hacer más cosas claro. Y mejor, si tuviéramos más medios, es decir, más personal, pues cuantas más personas tengas mejor” (PCP3); “No, a veces las cosas se quedan muy cortas, poca gente para hacer actividades..., no te da tiempo y se queda a la voluntad de los profesionales” (PCP4); “No, humanos faltan más que materiales, hombre materiales también...” (PCP5).

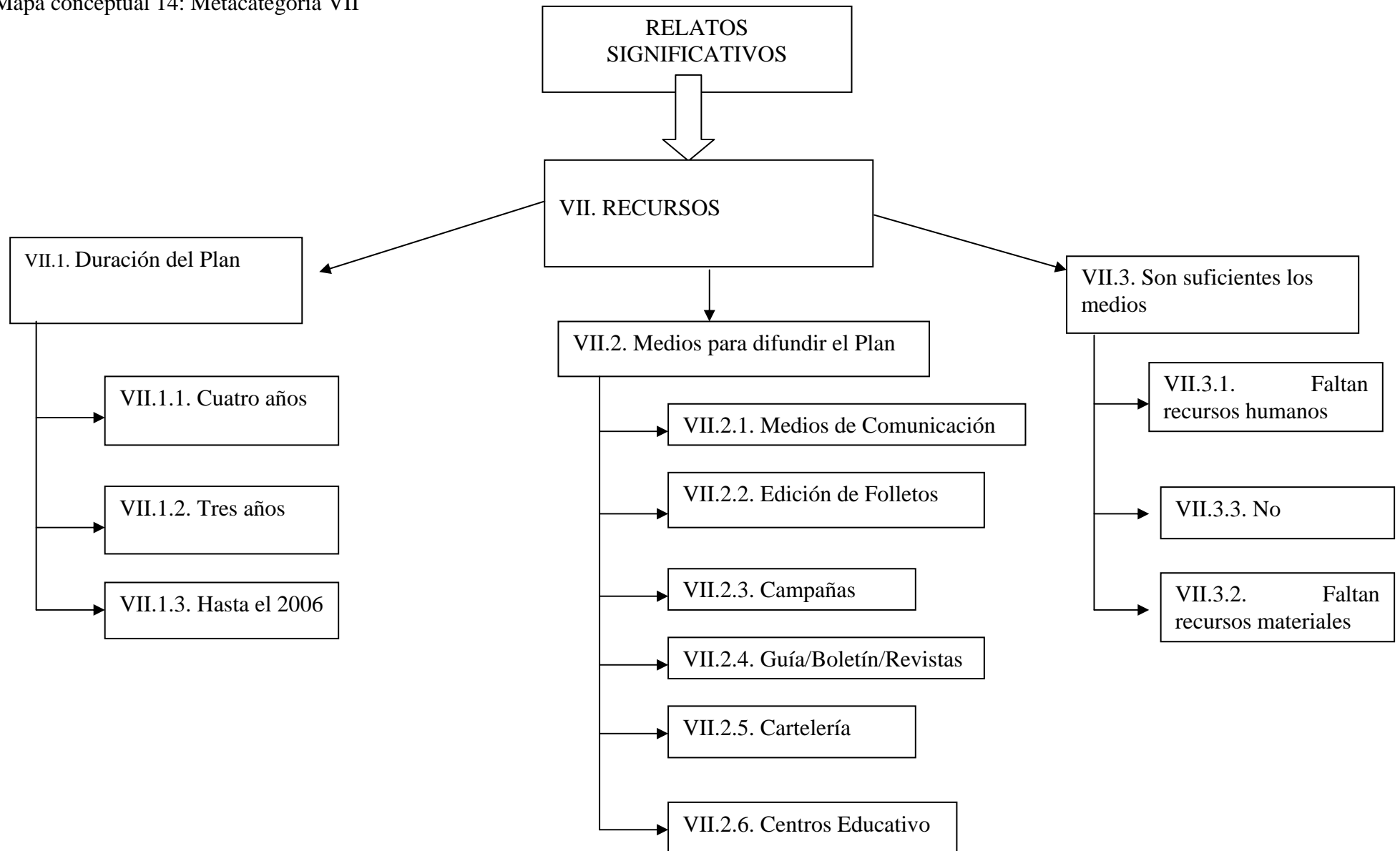
VII.3.2. No (33,33%), “Clarísimamente no, no para el plan...” (PCP1); “No en absoluto” (PCP6).

VII.3.3. Faltan recursos materiales (33,33%), “No, humanos faltan más que materiales, hombre materiales también...” (PCP5).

Cuadro 106: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VII

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VII.3. Son suficientes los medios	VII.3.1. Faltan recursos humanos (66,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “No, recursos humanos siempre faltan. Hay mucho voluntario, falta gente preparada...” (PCP2); - “Nunca, son suficientes para lo que hacemos, pero se podrían hacer más cosas claro. Y mejor, si tuviéramos más medios, es decir, más personal, pues cuantas más personas tengas mejor” (PCP3); - “No, a veces las cosas se quedan muy cortas, poca gente para hacer actividades..., no te da tiempo y se queda a la voluntad de los profesionales” (PCP4); - “No, humanos faltan más que materiales, hombre materiales también...” (PCP5).
	VII.3.2. No (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Clarísimamente no, no para el plan...” (PCP1); - “No en absoluto” (PCP6).
	VII.3.3. Faltan recursos materiales (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “No, humanos faltan más que materiales, hombre materiales también...” (PCP5).

Mapa conceptual 14: Metacategoría VII



ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Recursos*, agrupa aquellos recursos que se utilizan para difundir los planes y sobretodo se trata de conocer si estos recursos son suficientes para poder poner en marcha los planes municipales sin dificultades. Esta metacategoría se ha dividido en tres categorías bajo los títulos de: *Duración del Plan*, *Medios para difundir el Plan* y *Son suficientes los medios*. De esta forma intentamos saber si es necesario dotar a los planes de más recursos o si por el contrario funcionan correctamente con los que ya cuentan.

La categoría *Duración del Plan* se ha dividido en cinco subcategorías que han sido extraídas de las entrevistas realizadas y hace referencia a la duración que tienen los planes municipales, es decir, un plazo temporal. La subcategoría que hemos recogido en primer lugar, que se ha registrado en dos de las seis entrevistas analizadas, responde a *Cuatro años*, dentro de esta subcategoría se recogen aquellos planes que tienen una duración de cuatro años. En segundo lugar y con una frecuencia más baja, hemos recogido la subcategoría *Tres años*, recogida en una de las seis entrevistas realizadas, y que responde a aquellos planes que son trienales. En tercer lugar, hemos recogido en una de las seis entrevistas realizadas, la subcategoría *Hasta el 2006*, en la que se afirma que el plan tendrá vigencia hasta esa fecha, aunque no conocemos la duración total del plan. En cuarto lugar, hemos recogido en una de las seis entrevistas realizadas, la subcategoría *Está caducado*, en la que se afirma que el plan que todavía se está llevando a cabo es una prórroga del que ya ha caducado. En quinto y último lugar y con la misma frecuencia que las tres subcategorías anteriores, hemos recogido *No caduca*, afirmando que es continuado en el tiempo salvo que 'la política' que guía las acciones en materia de prevención de drogodependencias, tanto a nivel nacional como regional y municipal, afirmen lo contrario.

La categoría *Medios para difundir el Plan* hace alusión a aquellos medios a través de los que se da a conocer a los ciudadanos el Plan municipal de drogodependencias y se ha dividido en seis subcategorías. La primera de ellas y la que mayor frecuencia ha presentado, se ha registrado en cinco de las seis

entrevistas realizadas, es *Medios de comunicación*, radio, prensa, televisión son los medios utilizados para hacer que los ciudadanos conozcan los planes municipales. En segundo lugar, hemos recogido la subcategoría *Edición de folletos*, registrada en tres de las seis entrevistas realizadas, y en la que se hace alusión a las actividades que se editan en folletos para que los ciudadanos puedan conocerlas. En tercer lugar, recogida en dos de las seis entrevistas realizadas, se hace mención a las *Campañas*, es decir, aquellas actuaciones coordinadas que tratan de difundir a través de diferentes medios y actuaciones informaciones respecto a los planes municipales o sobre las drogodependencias en general. En cuarto lugar y recogida en dos de las seis entrevistas realizadas, se hace referencia a *Guía/Boletín/Revistas* utilizadas para hacer llegar a los ciudadanos la existencia de los planes, así como las actividades que realizan y su filosofía. En quinto lugar y registrada en una de las seis entrevistas realizadas hemos recogido la subcategoría *Cartelería*, ya que uno de los técnicos afirmaba que no son actuaciones que lleguen a ser campañas, se refería a estas actividades como publicidad que se pone en las calles, sin tener la intención de llegar a ser una campaña. En sexto y último lugar, recogida en una de las seis entrevistas realizadas tenemos la subcategoría *Centros educativos*, afirmando que el plan se da a conocer por la oferta de actividades y programas a los centros educativos.

La categoría *Son suficientes los medios*, nos informa sobre la necesidad o no de incorporar más recursos o no a los planes municipales, y conocer aquellos que más escasean si se da el caso. Esta categoría se ha dividido en tres subcategorías. La primera de ellas y recogida por cuatro entrevistas de las seis realizadas, afirma que *Faltan recursos humanos*, se afirma que hay mucho voluntario y que falta gente preparada para llevar a cabo las acciones propuestas en los planes. En segundo lugar, dos de las seis entrevistas realizadas recogen la subcategoría *No*, en la que se afirma que no son suficientes los recursos para llevar a cabo las acciones de los planes municipales, sin distinción entre recursos humanos y materiales, se reconoce que es necesaria una mayor inversión en este ámbito. En tercer lugar, en una de las seis entrevistas realizadas aparece la subcategoría *Faltan recursos materiales*, en la que se hace mención de que, además de la falta de recursos humanos, también escasean los recursos materiales;

ejemplo de esta carencia es el hecho de que, a veces, faltan programas para ofertar a los centros, etc.

METACATEGORÍA

VIII. EVALUACIÓN

Cuadro 107: Categorización por CP-metacategoría VIII

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VIII.1. Se realiza	Sí	Sí	Memoria anual de las actividades	Sí	Sí	Sí

VIII.1.1. Si (83,33%), “Sí, todos los años, hacemos una memoria anual” (PCP1); “No mucha, no es la práctica más habitual, la evaluación que hacemos en principio es a nivel de memoria...” (PCP2); “Sí, pero ahora cuando acabemos el plan haremos evaluación, cada año se hace pero eso, cuanta gente asiste a las actividades” (PCP4); “Sí” (PCP5); “Tenemos que realizar la evaluación del Plan ahora. Anualmente en el área de prevención sí” (PCP6).

VIII.1.2. Memoria anual de las actividades (16,66%), “Memoria final no hay, se hará al final [...], se han hecho memorias anuales de las actividades que se han diseñado para ese año, se prepara una memoria de evaluación...” (PCP3).

Cuadro 108: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VIII

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VIII.1. Se realiza	VIII.1.1. Sí (83,33%)	- “Sí, todos los años, hacemos una memoria anual” (PCP1); - “No mucha, no es la práctica más habitual, la evaluación que hacemos en principio es a nivel de memoria...” (PCP2); - “Sí, pero ahora cuando acabemos el plan haremos evaluación, cada año se hace pero eso, cuanta gente asiste a las actividades” (PCP4); - “Sí” (PCP5); - “Tenemos que realizar la evaluación del Plan ahora. Anualmente en el área de prevención sí” (PCP6).

	VIII.1.2. Memoria anual de las actividades (16,66%)	- “Memoria final no hay, se hará al final [...], se han hecho memorias anuales de las actividades que se han diseñado para ese año, se prepara una memoria de evaluación...” (PCP3).
--	---	--

Cuadro 109: Categorización por CP-metacategoría VIII

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VIII.2. Quién la realiza	Los técnicos	Los técnicos	El técnico de Servicios Sociales	El técnico de servicios sociales	El técnico	El técnico

VIII.2.1. El Técnico (100%), “Nosotros, los técnicos de aquí, los técnicos municipales” (PCP1); “Nosotros fundamentalmente, no hay evaluación externa” (PCP2); “Fundamentalmente yo, a través de las memorias que se elaboran todos los años.” (PCP3); “Generalmente yo..., con la evaluación tengo mis dudas, nos enseñan poco o no nos preocupamos y lo ponemos todo muy bonito.” (PCP4); “Pues la persona que en este caso lo gestione...” (PCP5); “La tenemos que hacer nosotros, el centro de servicios sociales, ...” (PCP6).

Cuadro 110: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VIII

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VIII.2. Quién la realiza	VIII.2.1. El Técnico (100%).	- “Nosotros, los técnicos de aquí, los técnicos municipales” (PCP1); - “Nosotros fundamentalmente, no hay evaluación externa” (PCP2); - “Fundamentalmente yo, a través de las memorias que se elaboran todos los años.” (PCP3); - “Generalmente yo..., con la evaluación tengo mis dudas, nos enseñan poco o no nos preocupamos y lo ponemos todo muy bonito.” (PCP4); - “Pues la persona que en este caso lo gestione, ...” (PCP5); - “La tenemos que hacer nosotros, el centro de servicios sociales, ...” (PCP6).

Cuadro 111: Categorización por CP-metacategoría VIII

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VIII.3. Instrumentos	Cuestionarios	Cuestionarios	Hojas de seguimiento	Cuestionarios	Cuestionarios	No tienen
		Entrevistas				
		Reuniones de trabajo				
		Hojas de seguimiento				

VIII.3.1. Cuestionarios (66,66%), “Que cuestionarios se han nadado, cuales tienen que recibir, se encargan de mandarlos, si no lo han mandado recogerlo...” (PCP1); “... cuestionarios, entrevistas, reuniones del grupo de trabajo, y hojas de seguimiento de las actividades” (PCP2); “Cuestionarios” (PCP4); “... el instrumento es el cuestionario que te proporciona el propio programa” (PCP5).

VIII.3.2. Hojas de seguimiento (33,33%), “... cuestionarios, entrevistas, reuniones del grupo de trabajo, y hojas de seguimiento de las actividades” (PCP2); “... a través de las hojas de seguimiento de las propias actividades” (PCP3).

VIII.3.3. Reuniones de trabajo y entrevistas (16,66%), “... cuestionarios, entrevistas, reuniones del grupo de trabajo, y hojas de seguimiento de las actividades” (PCP2).

VIII.3.4. No tienen (16,66%), “No tenemos todavía un instrumento elaborado” (PCP6).

Cuadro 112: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VIII

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VIII.3. Instrumentos de Evaluación	VIII.3.1. Cuestionarios (66,66%)	-“Que cuestionarios se han nadado, cuales tienen que recibir, se encargan de mandarlos, si no lo han mandado recogerlo...” (PCP1); -“... cuestionarios, entrevistas, reuniones del grupo de trabajo, y hojas de seguimiento de las actividades” (PCP2); -“Cuestionarios” (PCP4); -“... el instrumento es el cuestionario que te proporciona el propio programa” (PCP5).
	VIII.3.2. Hojas de seguimiento (33,33%)	-“... cuestionarios, entrevistas, reuniones del grupo de trabajo, y hojas de seguimiento de las actividades” (PCP2); -“... a través de las hojas de seguimiento de las propias actividades” (PCP3).
	VIII.3.3. Reuniones de trabajo y entrevistas (16,66%)	-“... cuestionarios, entrevistas, reuniones del grupo de trabajo, y hojas de seguimiento de las actividades” (PCP2).
	VIII.3.4. No tienen (16,66%)	-“No tenemos todavía un instrumento elaborado” (PCP6).

Cuadro 113: Categorización por CP-metacategoría VIII

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VIII.4. Periodo durante el que se realiza	Anual	Anual	Anual	Durante los 4 años (al final del Plan)	Trimestral	Al final del Plan

VIII.4.1. Anual (50%), “Si, todos los años, hacemos una memoria anual” (PCP1); “La memoria se suele hacer en el primer trimestre del año, al principio hacíamos memorias cuatrienales, pero luego las dejamos anuales” (PCP2); “Normalmente al final de la actividad, anual” (PCP3).

VIII.4.2. Al final del Plan (33,33%), “Durante los 4 años” (PCP4); “Al final del Plan” (PCP6).

VIII.4.3. Trimestral (16,66%), “Normalmente, cada dos o tres meses nos vamos viendo, para recoger también resultados,...” (PCP5).

Cuadro 114: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VIII

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VIII.4. Periodo durante el que se realiza	VIII.4.1. Anual (66,66%)	- “Si, todos los años, hacemos una memoria anual” (PCP1); - “La memoria se suele hacer en el primer trimestre del año, al principio hacíamos memorias cuatrienales, pero luego las dejamos anuales” (PCP2); - “Normalmente al final de la actividad, anual” (PCP3); - “Durante los 4 años, una al final de cada año” (PCP4).
	VIII.4.2. Al final del Plan (16,66%)	- “Al final del Plan” (PCP6).
	VIII.4.3. Trimestral (16,66%).	- “Normalmente, cada dos o tres meses nos vamos viendo, para recoger también resultados,...” (PCP5).

Cuadro 115: Categorización por CP-metacategoría VIII

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VIII.5. Tipo de evaluación	Continua	Continua y final	Final	Final	Continua	Evaluación de proceso (Continua)

VIII.5.1. Continua (66,66%), “...salvo la memoria esa que se hace a final de año, hay una evaluación continua básicamente” (PCP1); “Es una evaluación continua y final” (PCP2); “La evaluación es continua, justamente porque no hay personas trabajando en esto...” (PCP5); “En la evaluación del proceso lo único que se han hecho han sido reuniones para intercambiar impresiones” (PCP6).

VIII.5.2. Final (50%), “Es una evaluación continua y final” (PCP2); “Es una evaluación final normalmente, no se hacen evaluaciones continuas” (PCP3); “Una cada año” (PCP4).

Cuadro 116: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VIII

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VIII.5. Tipo de evaluación	VIII.5.1. Continua (66,66%)	- "...salvo la memoria esa que se hace a final de año, hay una evaluación continua básicamente" (PCP1); - "Es una evaluación continua y final" (PCP2); - "La evaluación es continua, justamente porque no hay personas trabajando en esto..." (PCP5); - "En la evaluación del proceso lo único que se han hecho han sido reuniones para intercambiar impresiones" (PCP6).
	VIII.5.2. Final (50%),	- "Es una evaluación continua y final" (PCP2); - "Es una evaluación final normalmente, no se hacen evaluaciones continuas" (PCP3); - "Una cada año" (PCP4).

Cuadro 117: Categorización por CP-metacategoría VIII

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VIII.6. Agente de evaluación	Interno	Interno	Interno	Interno	Interno	Interno
	Externo			Externo		

VIII.6.1. Interno (100%), "Los técnicos internos al plan, una parte..." (PCP1); "Es más que nada interna, soy yo y poco más" (PCP2); "La realizan técnicos internos del plan y técnicos de las entidades que participan, no hay un evaluador externo" (PCP3); "Los que vienen de fuera y de dentro" (PCP4); "La deberían realizar expertos externos al plan, pero no es así" (PCP5); "Internos" (PCP6).

VIII.6.2. Externo (33,33%), "luego todo lo que llevamos a la comunidad autónoma lo evalúa, porque entre otras cuestiones ellos deciden también en función de lo que queda..." (PCP1); "Los que vienen de fuera y de dentro" (PCP4).

Cuadro 118: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VIII

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VIII.6. Agente de evaluación	VIII.6.1. Interno (100%)	- “Los técnicos internos al plan, una parte...” (PCP1); - “Es más que nada interna, soy yo y poco más” (PCP2); - “La realizan técnicos internos del plan y técnicos de las entidades que participan, no hay un evaluador externo” (PCP3); - “Los que vienen de fuera y de dentro” (PCP4); - “La deberían realizar expertos externos al plan, pero no es así” (PCP5); - “Internos” (PCP6).
	VIII.6.2. Externo (33,33%)	- “luego todo lo que llevamos a la comunidad autónoma lo evalúa, porque entre otras cuestiones ellos deciden también en función de lo que queda...” (PCP1); - “Los que vienen de fuera y de dentro” (PCP4).

Cuadro 119: Categorización por CP-metacategoría VIII

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
VIII.7. Barreras	Saturación de los centros educativos	Falta de costumbre	El diseño del programa	Falta de formación	Falta de personal	No se pronuncia
	Parte burocrática	Falta de formación en evaluación	Las actuaciones comunitarias son difíciles de evaluar		Falta de formación	
			Falta de formación		Falta de evaluación externa	
			Falta de tradición			

VIII.7.1. Falta de Formación (66,66%), “... que no hay costumbre... la oficina en la que está el Plan se llama oficina técnica de apoyo y evaluación, y apoyo un poco, pero de evaluación nada, falta formación” (PCP2); “... También contaría aquí, la falta de preparación para realizar la evaluación y de tradición” (PCP3); “sí, la falta de formación” (PCP4); “El hecho de que la misma persona no puede ser la que hace absolutamente todo, ni por conocimientos de todo” (PCP5).

VIII.7.2. Falta de costumbre (33,33%), “... que no hay costumbre... la oficina en la que está el Plan se llama oficina técnica de apoyo y evaluación, y apoyo un poco, pero de evaluación nada, falta formación” (PCP2); “... También contaría aquí, la falta de preparación para realizar la evaluación y de tradición” (PCP3).

VIII.7.3. Falta de personal (16,66%), “El hecho de que la misma persona no puede ser la que hace absolutamente todo...” (PCP5).

VIII.7.4. Saturación de los centros escolares (16,66%), “el que a los centros escolares, que están saturados ...” (PCP1).

VIII.7.5. Diseño del programa (16,66%), “Primero que el diseño de evaluación previamente no está bien estructurado y luego, yo creo que dependen sobre todo del tipo de actuaciones [...], yo creo que las más difíciles de evaluar son las actuaciones de tipo comunitario...” (PCP3).

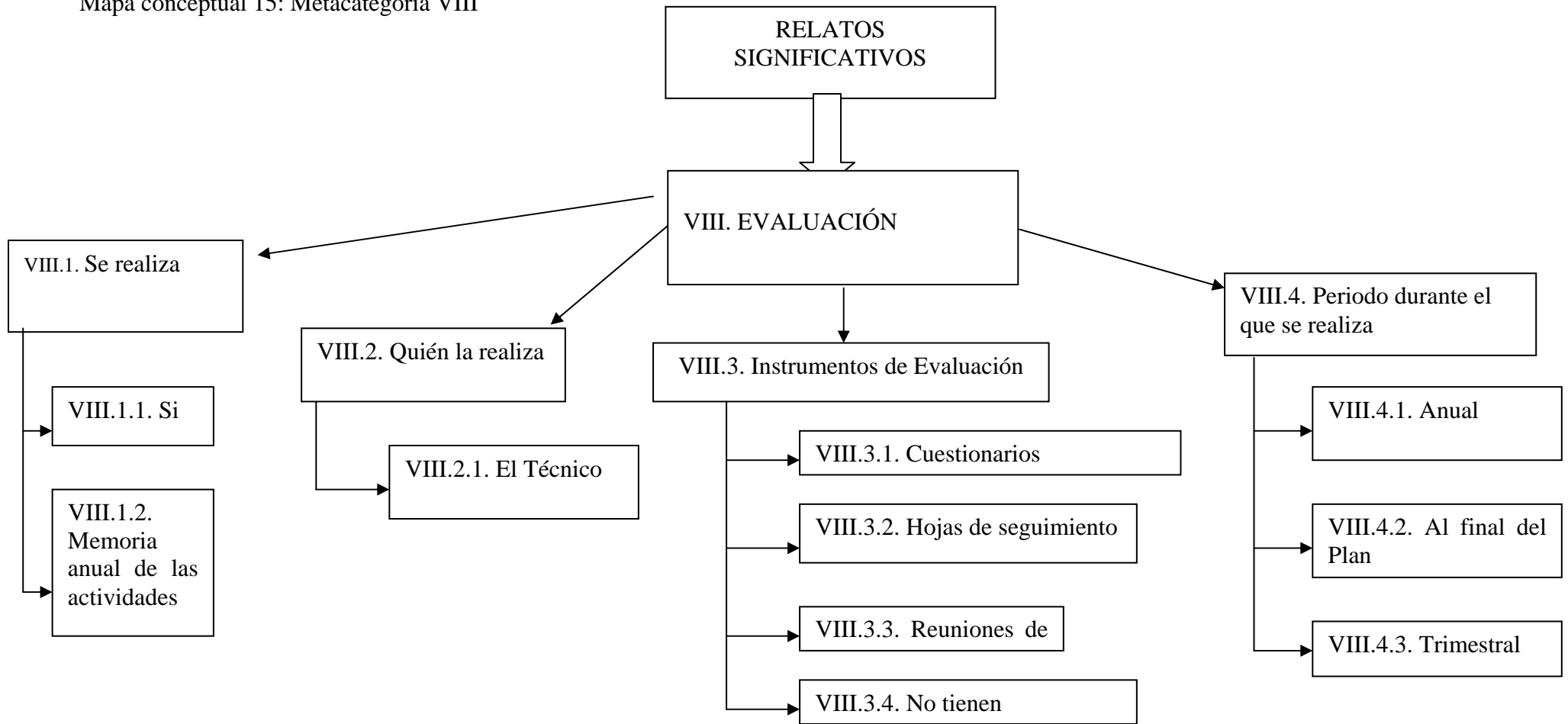
VIII.7.6. Gestión burocrática (16,66%), “El mayor freno de la evaluación es toda la parte burocrática” (PCP1).

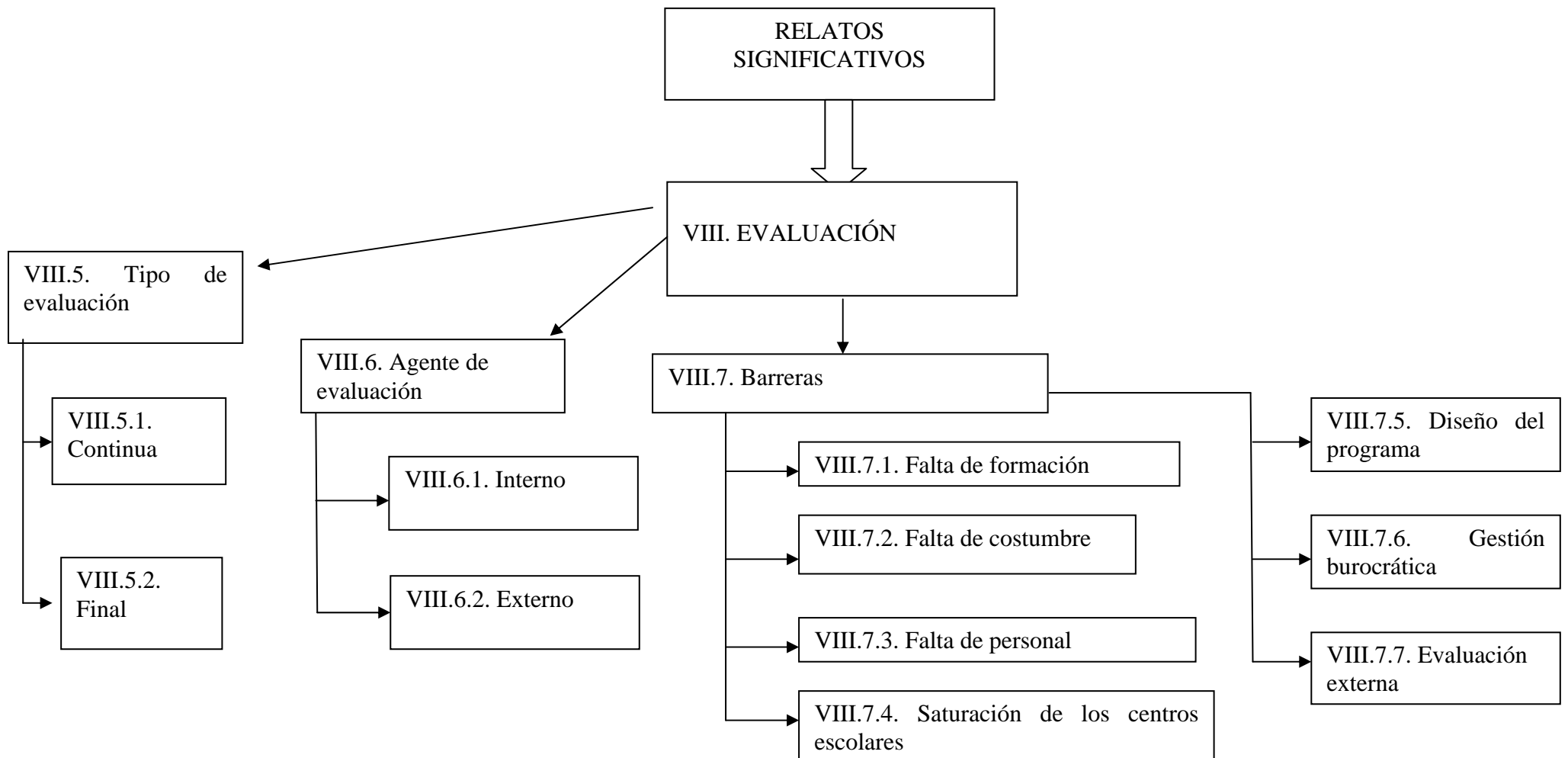
VIII.7.7. Evaluación externa (16,66%), “falta una evaluación externa más objetiva, que una evaluación interna” (PCP5).

Cuadro 120: Codificación de las unidades textuales-metacategoría VIII

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
VIII.7. Barreras	VIII.7.1. Falta de Formación (66,66%)	- “... que no hay costumbre... la oficina en la que está el Plan se llama oficina técnica de apoyo y evaluación, y apoyo un poco, pero de evaluación nada, falta formación” (PCP2); - “... También contaría aquí, la falta de preparación para realizar la evaluación y de tradición” (PCP3); - “Sí, la falta de formación” (PCP4); - “El hecho de que la misma persona no puede ser la que hace absolutamente todo, ni por conocimientos de todo” (PCP5).
	VIII.7.2. Falta de costumbre (33,33%)	- “... que no hay costumbre... la oficina en la que está el Plan se llama oficina técnica de apoyo y evaluación, y apoyo un poco, pero de evaluación nada, falta formación” (PCP2); - “... También contaría aquí, la falta de preparación para realizar la evaluación y de tradición” (PCP3).
	VIII.7.3. Falta de personal (16,66%)	- “El hecho de que la misma persona no puede ser la que hace absolutamente todo...” (PCP5).
	VIII.7.4. Saturación de los centros escolares (16,66%)	- “el que a los centros escolares, que están saturados ...” (PCP1).
	VIII.7.5. Diseño del programa (16,66%)	- “Primero que el diseño de evaluación previamente no está bien estructurado y luego, yo creo que dependen sobre todo del tipo de actuaciones [...] yo creo que las más difíciles de evaluar son las actuaciones de tipo comunitario...” (PCP3).
	VIII.7.6. Gestión burocrática (16,66%)	- “El mayor freno de la evaluación es toda la parte burocrática” (PCP1).
	VIII.7.7. Evaluación externa (16,66%)	- “falta una evaluación externa más objetiva, que una evaluación interna” (PCP5).

Mapa conceptual 15: Metacategoría VIII





ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN ANALIZADA

La metacategoría *Evaluación* agrupa aquellos aspectos referidos a la evaluación de los programas municipales, y hace referencia a aspectos tales como: si ésta se realiza, conocer las técnicas utilizadas para recoger los datos, cuándo se realiza, quién la realiza y qué barreras encuentra para llevarse a cabo. Esta metacategoría se ha dividido en siete categorías bajo los títulos de: *Se realiza*, *Quién la realiza*, *Instrumentos de evaluación*, *Período durante el que se realiza*, *Tipo de evaluación*, *Agente de evaluación* y *Barreras*. De esta forma intentamos conocer cómo se realiza la evaluación de los planes municipales sobre drogodependencias.

La categoría *Se realiza* se ha dividido en dos subcategorías que han sido extraídas de las entrevistas realizadas a los técnicos municipales de los Planes municipales analizadas y hace referencia a la confirmación de la realización de la evaluación de los planes municipales de drogodependencias. La primera subcategoría registrada recoge que *Sí*, registrada en cinco de las seis entrevistas realizadas, afirma que sí se realiza evaluación, aunque matiza que ésta no es una práctica habitual, o que sólo se recogen el número de participantes. En segundo lugar, registrada en una de las seis entrevistas realizadas, hemos recogido la subcategoría *Memoria anual de las actividades*, identificando que la evaluación realizada ha consistido en esta memoria de actividades realizadas, pues todavía no se ha realizado una evaluación completa del plan.

La categoría *Quién la realiza* hace alusión a las personas responsables de realizar esta evaluación. Aquí ha habido unanimidad en todas las entrevistas realizadas, y la única subcategoría recogida confirma que la evaluación la realiza *El técnico*, sin que haya una evaluación externa, y manifestando sus dudas con respecto a la preparación que cuentan éstos técnicos para realizar esta actividad.

La categoría *Instrumentos de evaluación* hace referencia a los instrumentos utilizados para recoger la información a evaluar posteriormente. Esta categoría se ha dividido en tres subcategorías; la primera de ellas y recogida en cuatro de las seis entrevistas realizadas, hace referencia los *Cuestionarios*, siendo

este tipo de instrumento el más utilizado para obtener los datos necesarios para realizar la evaluación de los planes. En segundo lugar y registrada en dos de las seis entrevistas realizadas, hemos recogido la subcategoría que hace referencia a las *Hojas de seguimiento* que se realizan sobre las actividades puestas en marcha en los programas de los planes que cuentan con estas hojas. En tercer lugar y recogida en una de las seis entrevistas realizadas, hemos registrado la subcategoría *Reuniones de trabajo y entrevistas*, identificando los grupos de trabajo como una técnica de evaluación utilizada para recoger la información y analizarla.

La categoría *Periodo durante el que se realiza* la evaluación del plan hace referencia a la periodicidad con la que se realiza la evaluación, sobre todo en lo referente a si se realiza al principio del plan, al final o de forma continua. Esta categoría se ha dividido en tres subcategorías, la primera de ellas y recogida en cuatro de las seis entrevistas realizadas, se denomina *Anual*, indicando que la evaluación que se realiza tiene una periodicidad anual. En segundo lugar, hemos recogido la subcategoría *Al final del Plan*, registrada en una de las seis entrevistas realizadas, indicando que se habla de una evaluación final. En tercer lugar, hemos recogido la subcategoría trimestral, registrada en una de las seis entrevistas realizadas, y por la que se afirma que la evaluación tiene un carácter más continuado, teniendo ésta una periodicidad de tres meses, evaluación que se caracteriza por la *Continuidad* y que nos permite ir haciendo modificaciones a lo largo del proceso de diseño e implementación del programa.

La categoría *Tipo de evaluación* hace mención explícitamente a si ésta es continúa o final, y las respuestas obtenidas se han clasificado en dos subcategorías. La primera de ellas y recogida en cuatro de las seis entrevistas realizadas afirma que la evaluación es *Continua*, pues a lo largo de todo el proceso se van intercambiando opiniones sobre aquellas actividades que se realizan: si funciona, si es preferible cambiarlas o simplemente modificarlas, y éste es un proceso continuo. La segunda subcategoría hace referencia al carácter *Final* que tienen las evaluaciones, registrada en tres de las seis entrevistas realizadas, afirman que al final de cada año se realiza una evaluación en la que se incluyen los cambios que se han ido produciendo a lo largo de los doce meses.

La categoría *Agente de evaluación* hace referencia a las características de las personas que realizan la evaluación, y aquí se distingue entre el carácter interno y externo a los planes de los sujetos que realizan la evaluación. En primer lugar hemos recogido la subcategoría *Interno*, registrada en todas las entrevistas y coincidiendo con la categoría que hacía referencia a la persona encargada de realizar la evaluación que, según nos han informado, son los técnicos municipales de los planes. Aunque también dos de las entrevistas realizadas han reconocido que la evaluación cuenta con agentes externos, por lo que, la segunda subcategoría recogida hace referencia a este asunto y se ha identificado como *Externo*, ya que la Comunidad autónoma también evalúa el plan, a través de la solicitud de un informe de evaluación a los municipios.

La categoría *Barreras* hace referencia a las dificultades con las que se encuentran los planes municipales de drogodependencias. Esta categoría se ha dividido en siete subcategorías, La primera de ellas, recogida por cuatro de las seis entrevistas realizadas, hace referencia a la *Falta de formación* que tienen los técnicos para realizar la evaluación. En segundo lugar, se ha identificado la *Falta de costumbre*, registrada en dos de las seis entrevistas realizadas, pues anteriormente no había tradición y cauces a través de los cuales realizar la evaluación. En tercer lugar, hemos recogido la subcategoría que hace referencia a la *Falta de personal*, registrada en una de las seis entrevistas realizadas, para poder realizar la evaluación, ya que una sola persona no puede realizarlo todo, manifestándose otra vez la ausencia de personal para llevar correctamente a cabo los planes municipales. En cuarto lugar y con la misma frecuencia que la anterior, hemos recogido la subcategoría *Saturación de los centros escolares*. Aquí se afirma que los centros educativos están saturados de actividades externas y que es difícil acceder a ellos, así como realizar la evaluación de las actividades que se llevan a cabo en estos centros. En quinto lugar, hemos recogido la subcategoría *Diseño del programa*, registrada en una de las seis entrevistas realizadas, se afirma que el diseño de evaluación estructurado en el programa no permite realizar una evaluación sencilla, además se hace referencia a la difícil evaluación de algunas actividades como pueden ser las comunitarias. En sexto lugar y con la misma frecuencia que las tres subcategorías anteriores hemos recogido la *Gestión burocrática*, como uno de los mayores frenos a la hora de realizar y facilitar la

evaluación. En séptimo y último lugar, registrada también en una de las seis entrevistas realizadas, hemos recogido la subcategoría *Evaluación externa*, afirmando desde aquí que es necesaria una evaluación externa al Plan, esto es, realizada desde fuera, que aporte otra visión a la hora de entender y analizar las actividades que se han realizado y el funcionamiento del plan a lo largo de todo el proceso.

METACATEGORÍA

IX. OPINIÓN PERSONAL SOBRE EL PLAN

Cuadro 121: Categorización por CP-metacategoría IX

Categoría	Subcategoría CP1	Subcategoría CP2	Subcategoría CP3	Subcategoría CP4	Subcategoría CP5	Subcategoría CP6
IX.1. Opinión personal	Implicación de la Consejería de Educación	Soledad	Falta de coordinación	Responder a las necesidades de los jóvenes	No hay recursos suficientes. Falta de personal	Soledad
	Cambio constante	Oferta y demanda no se ajusta a prevención	Falta de recursos			Muchos esfuerzos
	Incorporación de los programas al currículum escolar	Implicación de la Consejería de Educación				Cambio constante
		Incorporación de los programas al currículum escolar				Proceso lento
		Falta de recursos				

IX.1.1. Falta de recursos (50%), “si hay algún grado de satisfacción es en el ámbito educativo y con reservas,... porque no se dedican los medios, y realmente son actuaciones en las que vamos solos” (PCP2); y los recursos que siempre son necesarios, cuantos más mejor, hay actividades que son muy caras de poner en marcha, sobre todo las asistenciales, o de inserción, son los más complicados” (PCP3); “No puede ser, hay que dotar de más personal. Pende de un hilo...” (PCP5).

IX.1.2. Incorporación de los programas al currículum escolar (33,33%), “Lo ideal sería para nosotros que todos los centros escolares hicieran una actividad reglada todos los años...” (PCP1); “impulsar los programas educativos y luego a la hora de la verdad, han impulsado el construyendo salud y poco más...” (PCP2).

IX.1.3. Implicación de la Consejería de Educación (33,33%), “... sería conseguir que la consejería de educación previa valoración de ellos que son los destinatarios de alguna manera pusieran en serio el sello de programa preferente” (PCP1); “la Comunidad Autónoma el aspecto educativo lo tiene un poco..., no se si abandonado... pero es que esto lo debería estar haciendo la Comunidad Autónoma” (PCP2).

IX.1.4. Soledad (33,33%), “si hay algún grado de satisfacción es en el ámbito educativo y con reservas,... porque no se dedican los medios, y realmente son actuaciones en las que vamos solos” (PCP2); “Yo me siento muy sola” (PCP6).

IX.1.5. Cambio constante (33,33%), “Siempre tienes la idea de que esto es un continuo...” (PCP1); “Y luego la realidad va por otro lado, sigue otros derroteros, la sociedad va a una velocidad muchísimo más rápida, la realidad en cuanto a consumo, en cuanto a las necesidades...” (PCP6).

IX.1.6. Falta de coordinación (16,66%), “Se podría hacer más y sobre todo en la coordinación,...” (PCP3).

IX.1.7. Muchos esfuerzos (16,66%), “requiere mucho tiempo, mucha constancia,...” (PCP6).

IX.1.8. Oferta y demanda no se ajustan a prevención (16,66%), “...bueno, la parte que se dedica a la oferta de drogas va por su lado, y los de la demanda vamos por otro...” (PCP2).

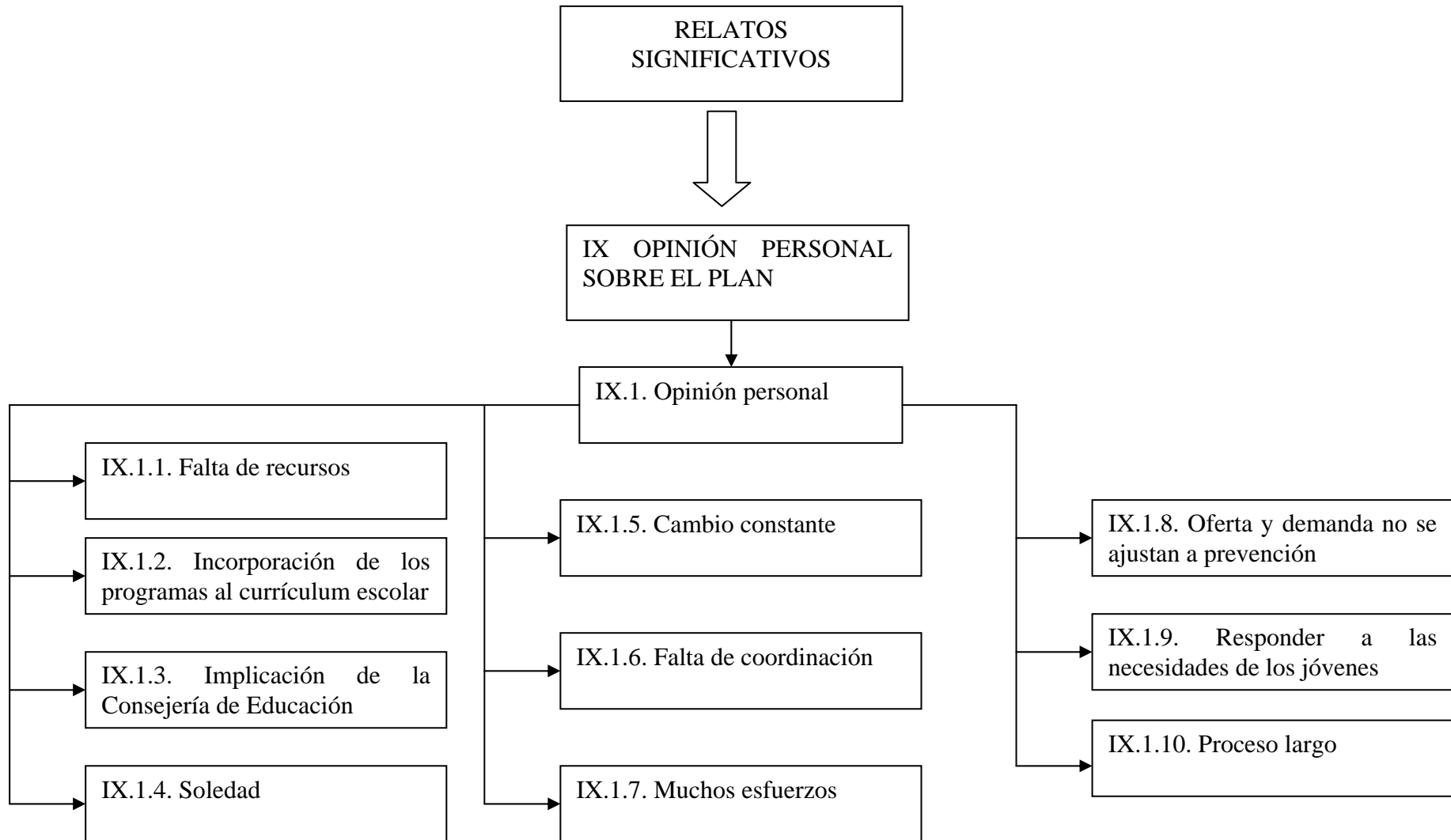
IX.1.9. Responder a las necesidades de los jóvenes (16,66%), “A los jóvenes me cuesta más llegar, me voy a acercar a ellos para ver cuáles son sus necesidades” (PCP4).

IX.1.10. Proceso largo (16,66%), “La sociedad va a una velocidad muchísimo más rápida, la realidad en cuanto a consumo, en cuanto a las necesidades... pues en este caso se necesita también de un proceso muy largo” (PCP6).

Cuadro 122: Codificación de las unidades textuales-metacategoría IX

Categoría	Subcategorías	Argumentos Entrevistados
IX.1. Opinión personal	IX.1.1. Falta de recursos (50%)	<ul style="list-style-type: none"> - “si hay algún grado de satisfacción es en el ámbito educativo y con reservas,... porque no se dedican los medios, y realmente son actuaciones en las que vamos solos” (PCP2); - “y los recursos que siempre son necesarios, cuantos más mejor, hay actividades que son muy caras de poner en marcha, sobre todo las asistenciales, o de inserción, son los más complicados” (PCP3); - “No puede ser, hay que dotar de más personal. Pende de un hilo...” (PCP5).
	IX.1.2. Incorporación de los programas al currículum escolar (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Lo ideal sería para nosotros que todos los centros escolares hicieran una actividad reglada todos los años...” (PCP1); - “impulsar los programas educativos y luego a la hora de la verdad, han impulsado el construyendo salud y poco más...” (PCP2).
	IX.1.3. Implicación de la Consejería de Educación (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “... sería conseguir que la consejería de educación previa valoración de ellos que son los destinatarios de alguna manera pusieran en serio el sello de programa preferente” (PCP1); - “la Comunidad Autónoma el aspecto educativo lo tiene un poco..., no se si abandonado... pero es que esto lo debería estar haciendo la Comunidad Autónoma” (PCP2).
	IX.1.4. Soledad (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “si hay algún grado de satisfacción es en el ámbito educativo y con reservas,... porque no se dedican los medios, y realmente son actuaciones en las que vamos solos” (PCP2); - “Yo me siento muy sola” (PCP6).
	IX.1.5. Cambio constante (33,33%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Siempre tienes la idea de que esto es un continuo...” (PCP1); - “Y luego la realidad va por otro lado, sigue otros derroteros, la sociedad va a una velocidad muchísimo más rápida, la realidad en cuanto a consumo, en cuanto a las necesidades...” (PCP6).
	IX.1.6. Falta de coordinación (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “Se podría hacer más y sobre todo en la coordinación,...” (PCP3).
	IX.1.7. Muchos esfuerzos (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “requiere mucho tiempo, mucha constancia,...” (PCP6).
	IX.1.8. Oferta y demanda no se ajustan a prevención (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “...bueno, la parte que se dedica a la oferta de drogas va por su lado, y los de la demanda vamos por otro...” (PCP2).
	IX.1.9. Responder a las necesidades de los jóvenes (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “A los jóvenes me cuesta más llegar, me voy a acercar a ellos para ver cuáles son sus necesidades” (PCP4).
	IX.1.10. Proceso largo (16,66%)	<ul style="list-style-type: none"> - “La sociedad va a una velocidad muchísimo más rápida, la realidad en cuanto a consumo, en cuanto a las necesidades... pues en este caso se necesita también de un proceso muy largo” (PCP6).

Mapa conceptual 16: Metacategoría IX



ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

La metacategoría *Opinión personal sobre el Plan*, agrupa aquellos aspectos referidos al funcionamiento general de los planes municipales a conocer, es decir, cómo lo viven y cómo se sienten los técnicos a la hora de planificar y llevar a cabo el Plan municipal de drogodependencias. Esta metacategoría ha agrupado una categoría denominada *Opinión personal*, en la que se hace un paréntesis para escuchar, después de haber realizado la entrevista qué es lo que piensan los técnicos de los planes municipales.

La categoría *Opinión personal* se ha dividido en diez subcategorías que han sido extraídas de las entrevistas realizadas. La primera de ellas y recogida en tres de las seis entrevistas realizadas, hace referencia a la *Falta de recursos*, afirmando que los planes necesitan más personal, en ocasiones dependen de la buena voluntad de los profesionales y así se pende de un hilo, no se puede trabajar con la profesionalidad ni con los medios necesarios para cumplir los objetivos propuestos. En segundo lugar y recogida por dos de las seis entrevistas realizadas, se hace referencia a la necesidad de *Incorporación de los programas al currículum escolar*, afirmando que para el mejor funcionamiento de los planes sería necesario que los programas preventivos que se destinan a los centros educativos se incorporaran dentro de los currículum escolares. En tercer lugar y registrada en dos entrevistas de las seis realizadas, se hace referencia a la necesidad de *Implicación de la Consejería de Educación* para conseguir una mejora en el funcionamiento de los planes municipales en el ámbito educativo, puesto que es más fácil y compete a las responsabilidades de este ámbito coordinar y promocionar programas de prevención en los centros educativos. En cuarto lugar, se ha registrado la subcategoría *Soledad*, recogida en dos de las seis entrevistas realizadas, reflejando que los técnicos se sienten solos ante la aplicación de los planes. En quinto lugar, se ha registrado en dos de las entrevistas realizadas la subcategoría *Cambio constante*, que constata la dificultad de adaptarse a las nuevas necesidades que van surgiendo: la realidad cambia más rápido que los planes y, a veces, se tiene la sensación de que no se está respondiendo al problema, ya que sus dimensiones han cambiado. En sexto lugar, se ha registrado en una de las seis entrevistas realizadas la subcategoría *Falta de*

coordinación, afirmando que es necesario que se destinen más esfuerzos a coordinar los planes para conseguir que funcionen mejor. En séptimo lugar, registrada en una de las seis entrevistas realizadas hemos recogido la subcategoría *Oferta y demanda no se ajustan a prevención*, es decir, la parte social en la que se trabaja con la oferta de drogas va por un lado, y no se ajusta a la demanda, de modo que las actividades preventivas van por otro lado, con lo que es difícil de responder a la realidad social. En noveno lugar, hemos recogido la subcategoría *Responder a las necesidades de los jóvenes*, registrada en una de las seis entrevistas realizadas y en la que se afirma que cuesta llegar a este colectivo ya que es muy difícil conocer sus necesidades reales. En décimo y último lugar, hemos recogido en una de las seis entrevistas realizadas la subcategoría *Proceso largo*, aludiendo a que la implantación de los planes y sus efectos en la población requieren de un proceso largo para que se consigan alcanzar los objetivos, por lo que no se puede esperar conocer los cambios al instante, porque estos se producen lentamente

4.4. ANÁLISIS DE LAS MEMORIAS DE LOS PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS

4.4.1. Reducción y tratamiento de la información obtenida

las memorias de los PMD, recogen información relevante respecto a los distintos programas que se realizan desde los Planes, es la información que queda reflejada y que nos permite analizar el funcionamiento de los mismos. Hemos recogido seis memorias del año 2004, pero no todas están completas, caso de la memoria recogida de la Corporación Pública de Murcia, de la que tenemos información referente al apartado de Programas Escolares, y aunque se ha intentado recoger el resto, el servicio se encontraba de vacaciones en el momento en que se hizo la demanda de la información completa de la memoria, así que sólo hemos podido analizar la información de la que disponíamos en un principio.

Se ha intentado establecer unidades de análisis que nos permitieran hacer una descripción y comparación conjunta de la información de todas las memorias recogidas, así como realizar también una comparación con las unidades de análisis de los diferentes datos obtenidos a lo largo de todo el proceso investigador. No obstante, la naturaleza diferenciada y no estandarizada institucionalmente de las memorias ha hecho que en algunas de las unidades de análisis establecidas no las hayamos podido encontrar por ausencia de éstas en las memorias. De acuerdo con los objetivos y el contexto de la presente investigación, en algunos casos, haremos una reflexión acerca de tales ausencias de información.

Es por ello, que, tras un primer análisis de la información de estas memorias creamos un sistema de unidades, que tras diversas lecturas analíticas quedó finalmente establecido de la siguiente forma y que representamos en el esquema 3:

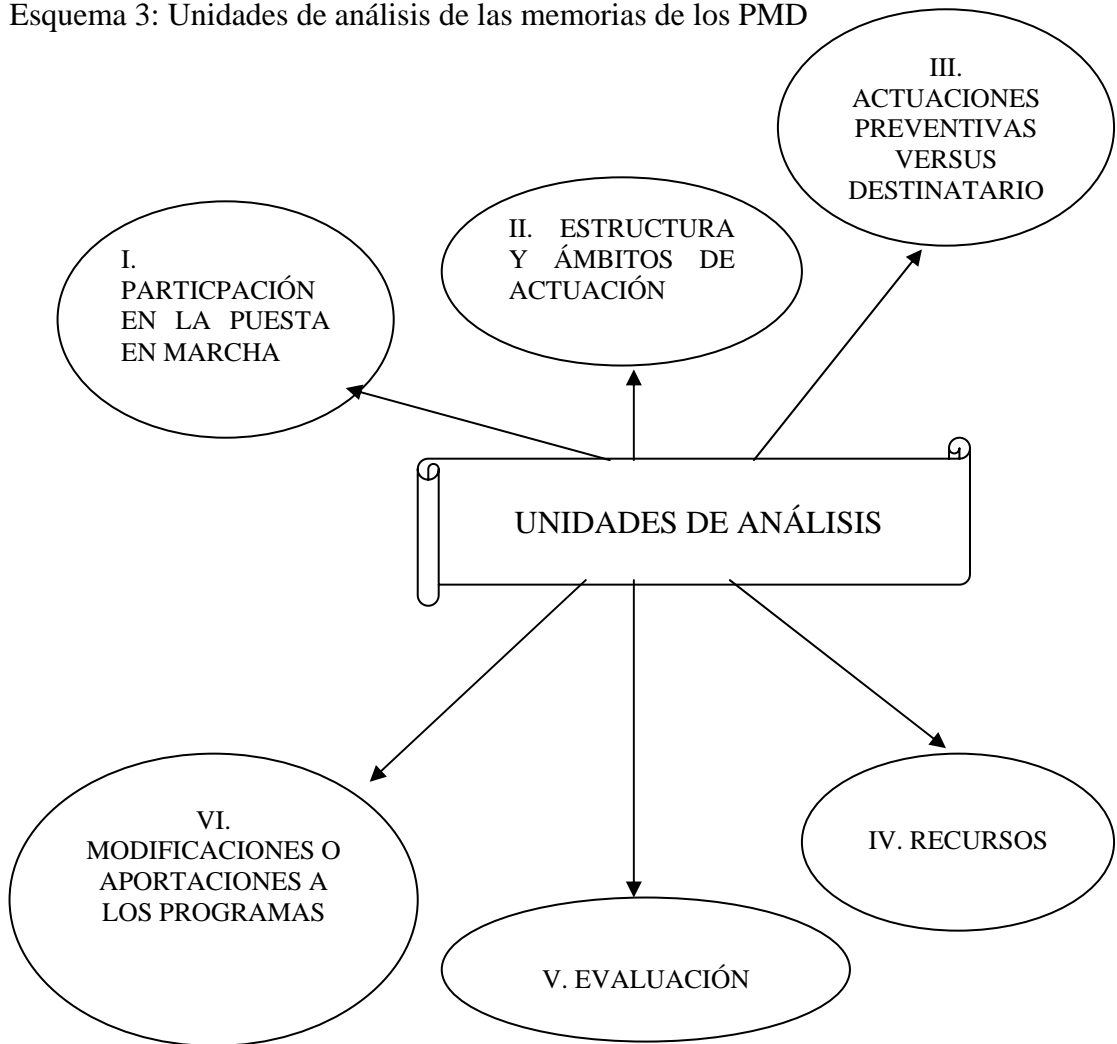
- PARTICIPACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA: en este apartado nos referimos a las entidades e instituciones que participan en la planificación y en la puesta en marcha de las

actividades que agrupan los diferentes programas de los Planes Municipales.

- ESTRUCTURA Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN: son aquellos sectores en los que se interviene y donde se trabaja que se trabaja para poder alcanzar los objetivos que proponen los Planes Municipales de Drogodependencias.
- ACTUACIONES PREVENTIVAS *VERSUS* DESTINATARIOS: son aquellas actividades preventivas que se ponen en marcha por los diferentes programas organizadas en función de los destinatarios a los que se destinan.
- RECURSOS: aquellos requisitos, fundamentalmente económicos necesarios para llevar a cabo los programas preventivos.
- EVALUACIÓN: son aquellos elementos que nos informan sobre qué es lo que se ha realizado, su adaptación al contexto y sus efectos, así como la consecución o no de los objetivos propuestos en la planificación.

MODIFICACIONES O APORTACIONES A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS: son aquellos aspectos propuestos para incluir dentro del programa para mejorarlo.

Esquema 3: Unidades de análisis de las memorias de los PMD



A continuación vamos a proceder al análisis de la información desde el punto de vista eminentemente cualitativo destacando la presencia o no presencia de determinados aspectos o dimensiones de las unidades de análisis. Este análisis lo hemos enriquecido haciendo una cuantificación de la información obtenida, entendiéndolo tal cuantificación como “intensificación” en la medida de que nos puede ofrecer un indicador de la “importancia” o “peso específico” de determinadas unidades de análisis.

En un principio esta información va a estar analizada de forma general, ya que en las memorias se recoge información de este tipo y se pueden agrupar los datos para compararlos. Posteriormente hemos realizado un análisis más pormenorizado estudiando las diferentes unidades de análisis dentro de cada uno de los programas preventivos realizados por las Corporaciones Públicas en los planes municipales de drogodependencias.

UNIDAD DE ANÁLISIS

I. PARTICIPACIÓN EN LA PUESTA EN MARCHA

A continuación vamos a describir las entidades que participan en la puesta en marcha de los programas de prevención de drogodependencias

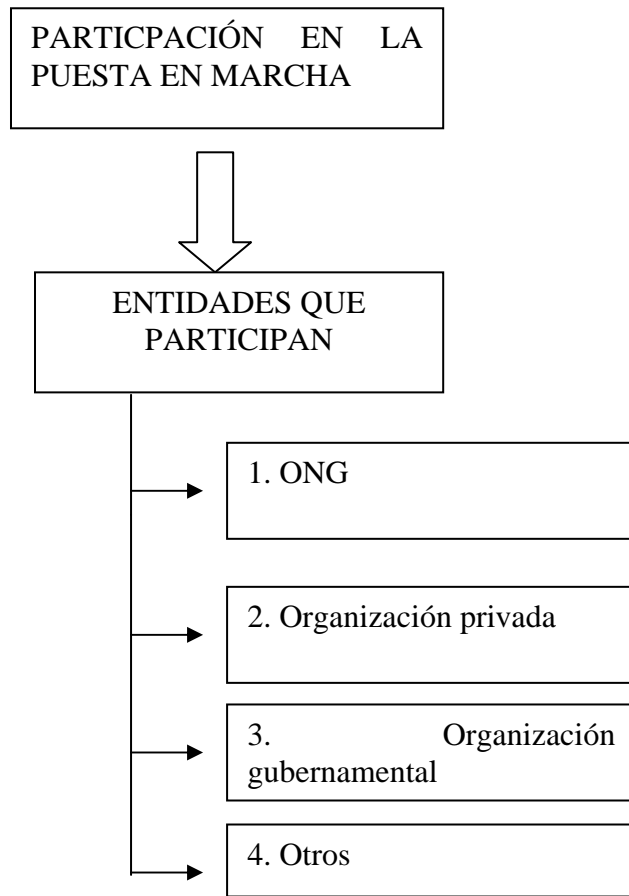
Tabla 97: Entidades que participan

Nombre de otras organizaciones implicadas		CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	%
	ONG			X	X	X		X
Organización gubernamental				X			X	40%
Organización internacional								0%
Organización privada			X	X	X	X		80%
Otros			X			X		40%

Como se puede desprender de los datos de la tabla 97, las entidades que más implicación tienen en la puesta en marcha de los programas preventivos en los planes municipales de drogodependencias son las ONGs, y las organizaciones privadas, que suelen ser contratadas o financiadas por las organizaciones gubernamentales para realizar las actividades propuestas en los programas preventivos.

Destacamos que no son los centros Educativos, ni los servicios institucionales de los municipios los que destacan por su participación en los programas. La información nos avisa sobre dos aspectos a tener en cuenta, el primero de ellos de la escasa implicación de los servicios de la comunidad, de los municipios, y el segundo, que si son los programas de prevención escolar, sobre los que mayores esfuerzos se realiza, y no son los centros escolares instituciones implicadas en su desarrollo, y en su lugar lo hacen asociaciones sin ánimo de lucro, son las que desde fuera de la comunidad educativa se acercan a los Centros Educativos, lo que nos hace pensar que todavía a la fecha de hoy los programas escolares de prevención están dominados por un carácter puntual y ajeno a la cultura educativa, información que además también hemos recogido del análisis de las encuestas realizadas a los alumnos destinatarios de estos programas y que abordaremos más adelante. En el mapa conceptual nº 18 sintetizamos las entidades que participan en la puesta en marcha de estos programas ordenadas por frecuencia de mayor a menor.

Mapa conceptual 18: Unidad de análisis I



UNIDAD DE ANÁLISIS

II. ESTRUCTURA Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Por el tipo de actividades que se recogen en las memorias y que analizaremos en la unidad de análisis *Actuaciones preventivas versus destinatarios*, el tipo de estructura predominante es la preventiva, así como los ámbitos de intervención más destacados son: educativo, ocio y tiempo libre comunitario y menores de riesgo y, en menor proporción laboral, sensibilización social y publicaciones, información que se desprende de los programas que se llevan a cabo desde los Planes Municipales, recogidos en las memorias analizadas.

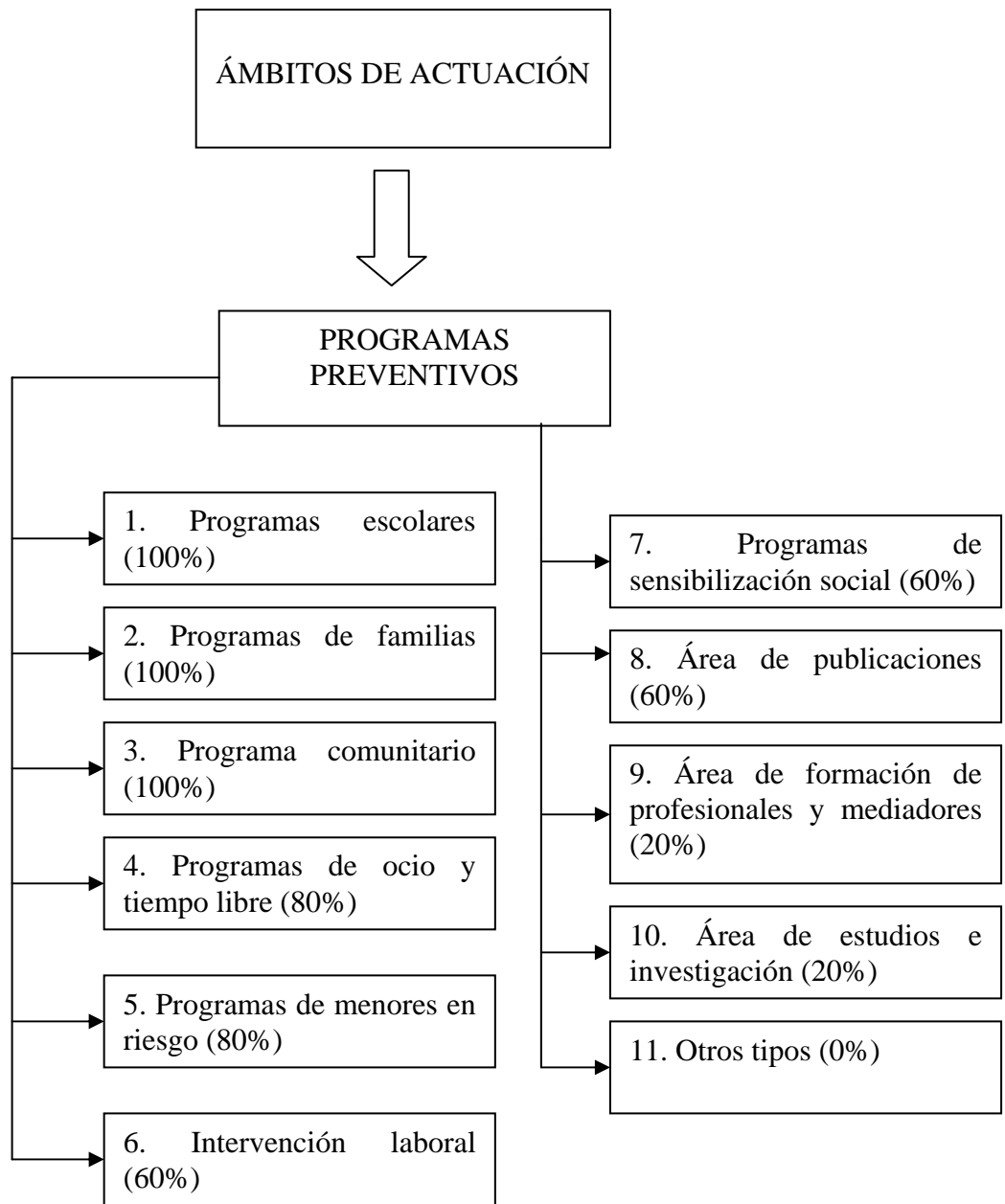
Tabla 98: Ámbitos trabajados

		CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	%
Tipo/s de programa/s realizado/s	Programas escolares	X	X	X	X	X	X	100%
	Programas de familias	X	X		X	X	X	100%
	Programa comunitario	X	X	X	X	X	X	100%
	Programas de ocio y tiempo libre	X	X	X	X	X		80%
	Programas de menores en riesgo	X	X	X	X	X	X	80%
	Intervención laboral	X		X	X	X		60%
	Programas de sensibilización social. Medios de comunicación social	X	X	X				60%
	Área de formación de profesionales y mediadores		X					20%
	Área de estudios e investigación	X						20%
	Área de publicaciones	X	X				X	60%
	Otros tipos							0%

Como se puede apreciar, la mayor inversión se realiza en Programas escolares, de familia y comunitarios, estando presentes en todas las memorias de los planes municipales. Se manifiesta de nuevo un dato que venimos destacando como aspectos fuertes de los planes municipales, reflejados como podemos ver, en el análisis de los documentos que recogen los planes municipales de drogodependencias y en las entrevistas realizadas a las técnicas de los planes municipales. Son aquellos aspectos tratados con carácter prioritario y que se encuentran presentes en todos los planes municipales analizados,

independientemente de los recursos con los que cuenten. En segundo lugar podríamos destacar aquellas intervenciones dirigidas al sector laboral, a los programas de sensibilización social, a través de los medios de comunicación social y al área de publicaciones. Este aspecto tampoco despierta contradicciones con la información obtenida en las entrevistas y en los planes municipales analizados, ya que uno de los esfuerzos pendientes es trabajar con el sector laboral, agrupando aquí acciones dirigidas, tanto a trabajadores como a empresarios, sectores poco “trillados” por los planes municipales, y de considerable importancia, entre otras razones, como factor importante entre el consumo de drogas y los accidentes laborales, así como con las condiciones de trabajo (horarias, de rendimiento) que en ocasiones, para superar las limitaciones físicas y aguantar y “rendir un poquito más” llevan al consumo de determinadas drogas (Míguez, 2000). Tampoco nos sorprende el hecho de que los programas de sensibilización social no estén presentes en todas las memorias recogidas de los planes municipales, dato que hemos destacado en las entrevistas y que hemos observado se reflejaba en bastante de los planes municipales analizados, no es de extrañar que al preguntar a los alumnos por el conocimiento de los planes municipales, estos contestaran predominantemente, que desconocían la existencia de éstos y es más, afirmaban no haber oído hablar de ellos en una frecuencia bastante mayor a los que afirmaban haber oído algo al respecto. Tales informaciones nos hacen ver la urgencia de dar a conocer los planes municipales a través de campañas en los medios de comunicación, donde se pueda entender a la población en general que las diversas actuaciones que realizan en el ámbito de las drogodependencias estas coordinadas desde un organismo local que permite recoger las demandas y necesidades de la población para dar respuestas a las problemáticas surgidas en materia de drogodependencias. Dentro de este segundo bloque de programas también ha quedado reflejada el débil esfuerzo realizado en el área de publicaciones, muy relacionado con la difusión y conocimiento de los planes municipales y que posiblemente esté muy relacionado con la disponibilidad de recursos para poder invertir en este aspecto. En un tercer y último bloque hemos recogido las actuaciones de formación de los profesionales en este ámbito, información que sí que sorprende, pues son los profesionales que trabajan en el ámbito local los que deberían de estar preparados para abordar el tema de las drogodependencias, ya que son ellos los que están más cercanos a la realidad social de la población y pueden ayudar a los ciudadanos a identificar sus necesidades, y si no se invierte en su formación, difícilmente pueden realizar la tarea de apoyo social. Dentro de este mismo grupo hemos incluido el área de estudios e investigación, al que también se destinan pocos recursos y que tan sólo está presente en una de las seis Corporaciones Locales analizadas, datos que también nos lleva a plantearnos que la acción por la acción no conduce al dominio de una situación para su mejorar, si esta acción no se acompaña de un conocimiento de la realidad social con la que se quiere trabajar es posible que realicemos acciones preventivas que en poco nos ayuden a mejorar la realidad social en el ámbito de las drogodependencias, cuando no contribuyan a empeorar la situación. A continuación en el mapa conceptual nº 18 reflejamos los distintos ámbitos de actuación.

Mapa conceptual 18: Unidad de análisis II



UNIDAD DE ANÁLISIS

III. ACTUACIONES PREVENTIVAS *VERSUS* DESTINATARIOS

En cuanto a esta unidad de análisis no hemos recogido información de forma global, de forma específica a través de cada uno de los programas, además, esta unidad de análisis se ha reflejado en todos los programas, dato significativo, ya que es la única que está presente en todos ellos. Por tanto, esta unidad de análisis se aborda de forma específica en cada programa que analizamos en las memorias.

UNIDAD DE ANÁLISIS

IV. RECURSOS

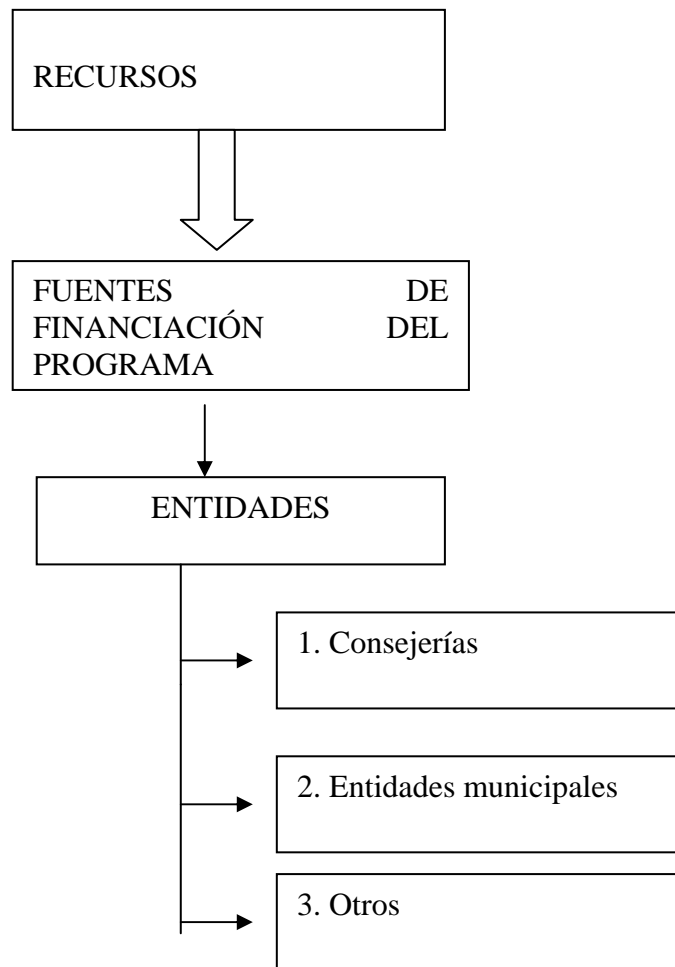
IV.1 Fuentes de financiación del programa

Tabla 99: Financiación de los Planes Municipales de drogodependencias

Entidades	CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	Media
Entidades municipales		84,6	33%	47,84%	48,30%	34,22%	49,59%
Consejerías		12' 6 %	67%	52,15%	51,69%	65,78%	49,84%
Gobierno nacional:							
ONGs:							
Fondos privados:							
Cuotas de los participantes							
Comisión Europea:							
Otros		2' 8 %					0,56%
Presupuesto		430.257	18.906,13 €	25.885,68 €	45.657€	17.891€	

Como se puede ver en la tabla 99 los recursos económicos varían según los municipios, sobre todo en lo referente a la cuantía, ésta variación está relacionada con la mayor aportación económica de las entidades municipales, caso de la Corporación Pública 2. En el resto de corporaciones públicas destaca una mayor aportación económica por parte de la Consejería de Sanidad, aunque seguida muy de cerca por las corporaciones públicas. Estas diferencias de presupuesto se van a reflejar en la mayor inversión en actividades y programas preventivos que se ponen en marcha en aquellas corporaciones donde la inversión económica es mayor. Reflejando que la dotación presupuestaria de cada municipio depende de su riqueza, pues las mayores inversiones se realizan por las Corporaciones Públicas de Murcia y Cartagena, que además, son aquellas que mayor desarrollo económico experimentan, desigualdad que va a reflejarse en el resto de localidades, ya que una reducción de los recursos económicos también refleja una reducción de las actividades que se realizan a través de los Planes. A continuación presentamos en el mapa conceptual nº 19, las diferentes entidades que financian los PMD, numeradas de mayor a menor frecuencia.

Mapa conceptual 19: Unidad de análisis IV



UNIDAD DE ANÁLISIS

V. EVALUACIÓN

En lo que a la evaluación general se refiere, no se hace mención a los planes municipales de drogodependencias en las memorias analizadas, pero como después observaremos, esta unidad de análisis sí es abordada en cada uno de los programas desarrollados por los Planes Municipales, información que nos indica la ausencia de una evaluación global, este hecho nos confirma que no se recoge una evaluación final de los efectos de estos programas en las memorias. Por lo que queda claro que no se reflejan los resultados de las acciones emprendidas por los Planes Municipales de drogodependencias.

UNIDAD DE ANÁLISIS

VI. MODIFICACIONES O APORTACIONES A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

Consideramos importante recopilar la información reflejada en las memorias de los PMD en la que se incluyen las modificaciones a realizar en el desarrollo general de los Planes. En la tabla nº 100 presentamos las aportaciones realizadas de forma genérica por las diferentes memorias analizadas

Tabla 100: Modificaciones generales a realizar en los programas

Cambios realizados en la programación, si los hubiera, y motivos de los mismos	
CP1	
CP2	No se especifica
CP3	No se especifica
CP4	No han habido cambios importantes, a lo sumo el cambio de alguna fecha para realizar actividades y/o el lugar donde realizarlas, por fallos de previsión a la hora de programar.
CP5	Se ha aplazado la realización de la "Jornada de Formación sobre Programas de Educación para la Salud en la Escuela", dirigido a profesores, programada para este año, al próximo año 2005.
CP6	En el Programa escolar, de talleres de prevención de drogas en jóvenes, se reduce las horas de su desarrollo.

Los cambios producidos que nos han llamado la atención, corresponden a aquellos municipios que han hecho referencia a aplazamientos en cuanto a la realización de actividades de formación y a la reducción de horas para el desarrollo de talleres de prevención, cambios que no consideramos beneficios para la puesta en marcha de los Planes Municipales de Drogodependencias pues tratan de reducir las actividades a realizar y dificultan la consecución de los objetivos de los Planes.

A continuación vamos a presentar la información obtenida por las diferentes unidades de análisis definidas de cada uno de los programas que se incluyen dentro de las memorias y que corresponden a:

Programas escolares
Programas de familia
Programas de Ocio y Tiempo libre
Programas de menores en riesgo
Programas de ámbito laboral
Programas de sensibilización social
Programas del área de formación
Programas del área de publicaciones

DATOS BÁSICOS DE LOS PROGRAMAS ESCOLARES

Si se destaca la importancia de la escuela en la adquisición de estilos de vida es, entre otras razones, por el tiempo que el niño pasa en ese espacio, y porque además esta escuela está integrada en el sistema social, de forma que las propuestas educativas están continuamente influyendo en la sociedad y ésta, en su transformación, incide de forma renovadora en el sistema educativo. Es lógico que un problema social, como las drogodependencias, se transforme también en un problema educativo.

La escuela, por su estructura y características, se convierte en la institución idónea en la que el niño puede adquirir valores, destrezas, habilidades, conocimientos, etc., que configuren estilos de vida saludables que le hagan más autónomo y resistente a la presión al consumo de drogas y a otras conductas de riesgo para su salud.

DATOS BASICOS DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

A continuación presentamos una tabla en la que aparecen los nombres de los diferentes programas preventivos desarrollados en los centros educativos de las diferentes Corporaciones Públicas (CP) analizadas.

Como se puede observar en esta tabla nº 101, hemos identificado 20 programas educativos de prevención en drogodependencias, realizados durante el año 2004 en los Centros Escolares de los diferentes municipios seleccionados para realizar la investigación, de todos éstos cuatro programas son los más utilizados por los centros escolares de diferentes localidades y corresponden a:

En la huerta con mis amigos
La Aventura de la vida
Construyendo salud
Cine y Educación en valores

La información referente a estos programas ha sido recogida en el anexo IV donde pueden ser consultados.

Tabla nº 101: Nombre de los diferentes programas educativos

CP	Nombre del Programa
CP1; CP2; CP6	En la huerta con mis amigos
CP1	Revista escolar de prevención de drogodependencias “ELASTICAS”
CP1; CP2; CP6	La Aventura de la vida
CP1	Tengo mi lugar en la sociedad ¡Quiero ser útil!
CP1	Talleres de prevención del consumo de drogas
CP1	Clases sin humo
CP1	¿De qué van las drogas? ¿De qué van los jóvenes?
CP1	Otra mirada de los jóvenes

CP1; CP2; CP5	Construyendo salud
CP1	Prevención de drogodependencias en jóvenes desempleados adscritos a programas de formación para el empleo
CP2	Sesiones compartidas de tutoría “Bebe salud” de prevención del abuso de alcohol
CP2	Sesiones compartidas de tutoría “Salud y prevención de tabaquismo”
CP2	Unidad didáctica sobre tabaco
CP2	¡ÓRDAGO!
CP2	Unidad didáctica jóvenes y drogas
CP4	Taller de prevención de tabaco, alcohol y otras drogas con adolescentes
CP5; CP6	Cine y Educación en valores
CP5	Los valores en la literatura
CP5	Tutorías compartidas
CP6	Taller de prevención de drogas en jóvenes

A continuación vamos a analizar la información obtenida de los programas escolares.

UNIDADES DE ANÁLISIS

I. ENTIDADES IMPLICADAS EN LA PLANIFICACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA DE LOS PROGRAMAS

En este sentido no aparece información reflejada en las memorias que indique que entidades o instituciones son las responsables de planificar los programas escolares que se llevan a cabo en las escuelas, así como tampoco se especifica nada sobre quiénes son las entidades u organizaciones encargadas de poner en marcha.

II. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

No se indica nada al respecto en las memorias, pero está claro que el ámbito de actuación de estos programas escolares, como su nombre indica es el ámbito escolar, puesto que estos programas se desarrollan en los centros educativos.

III. ACTUACIONES PREVENTIVAS *VERSUS* DESTINATARIOS

III.1. Destinatarios

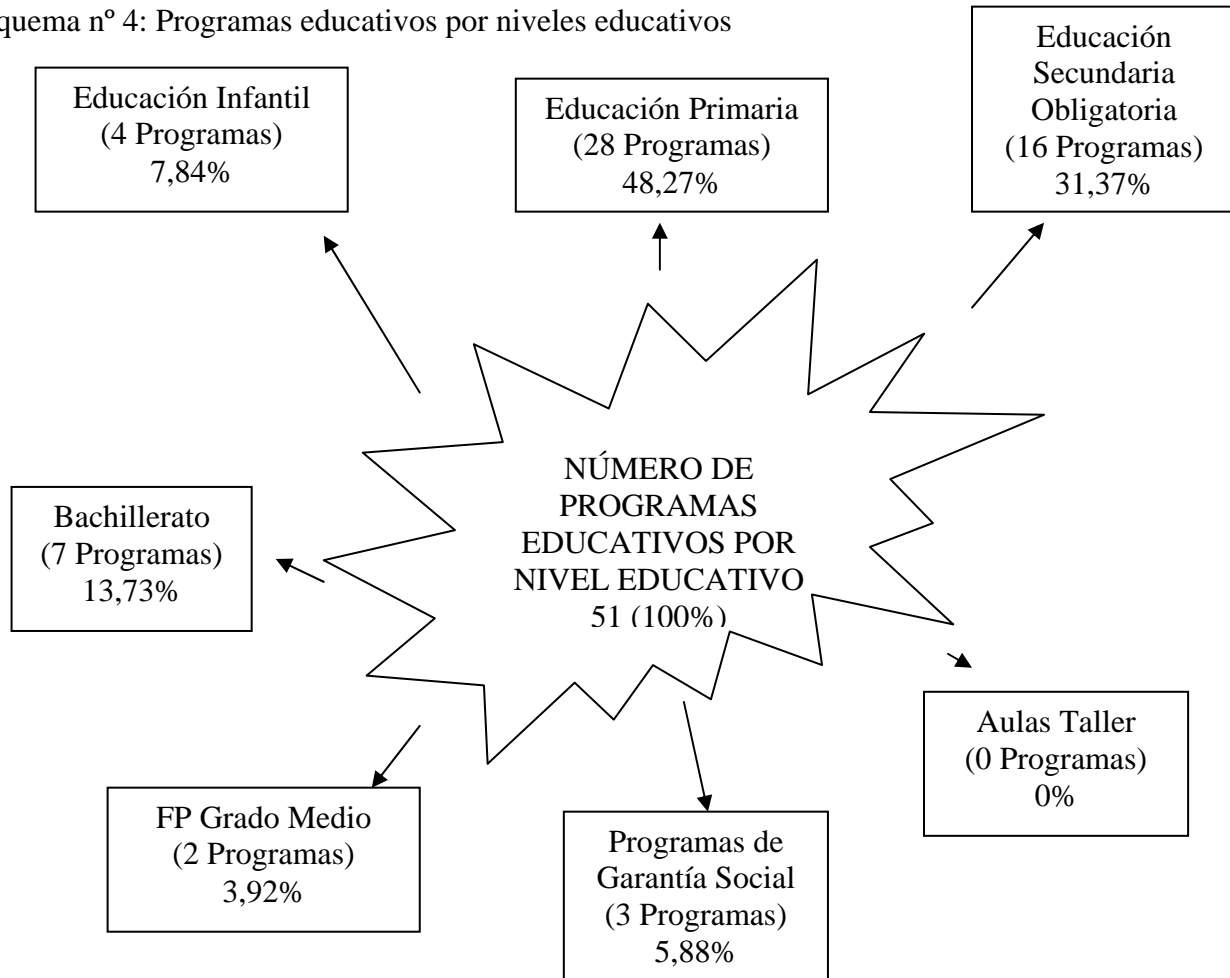
A continuación representamos en la tabla nº 102, los destinatarios de los programas educativos de prevención en drogodependencias por niveles educativos.

Tabla 102: Destinatarios agrupados por municipios

		CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	Total PCP
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)	1	1			1	1	4
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)	3	1			1	3	8
	2º Ciclo (8 – 9 años)	7	1	1		2		11
	3º Ciclo (10 – 11 años)	6	1	1		1		9
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)	2	5		1	3		11
	2º Ciclo (14 – 15 años)		3		1	2		6
Bachillerato	(16 – 18 años)		1					1
FP grado medio	(16 – 18 años)	1	1					2
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)	1	1		1			3
Aulas Taller								
Otros								

Como se puede desprender de la información de la tabla: Destinatarios agrupados por municipios, el mayor grueso de programas preventivos destinados al ámbito escolar, van dirigidos a chavales con edades comprendidas entre seis y quince años, antes de que se produzcan los primeros contactos con las drogas, haciendo alusión a su carácter preventivo, pues es en estas edades donde se debe de invertir para que el contacto con las drogas, que está registrado en grupos de edades mayores, no se produzca (en el caso de que tenga lugar) de forma problemática, y en edades en las que se producen esos primeros contactos, proporcionando la información suficiente para poder tener las herramientas necesarias que les permita en el caso de decidir consumir drogas que éstas les afecten lo menos posible negativamente. De los 51 programas totales que se realizan en los municipios seleccionados y que recogen las memorias de los planes municipales, 42 programas se dirigen al colectivo de edad señalado, un número bastante elevado. Este tabla y su análisis, también nos informa de que los chavales a los que se les ha realizado el cuestionario no reflejaran, en su mayoría, trabajar la prevención de drogodependencias a través de programas de prevención incluidos en las áreas de formación escolares, y sí a través de programas realizados por formadores ajenos a los centros escolares. Información que se ha extraído minuciosamente del análisis del tipo de programas escolares realizados en los centros educativos y que se presenta en el anexo IV, como ya hemos advertido.

Esquema nº 4: Programas educativos por niveles educativos

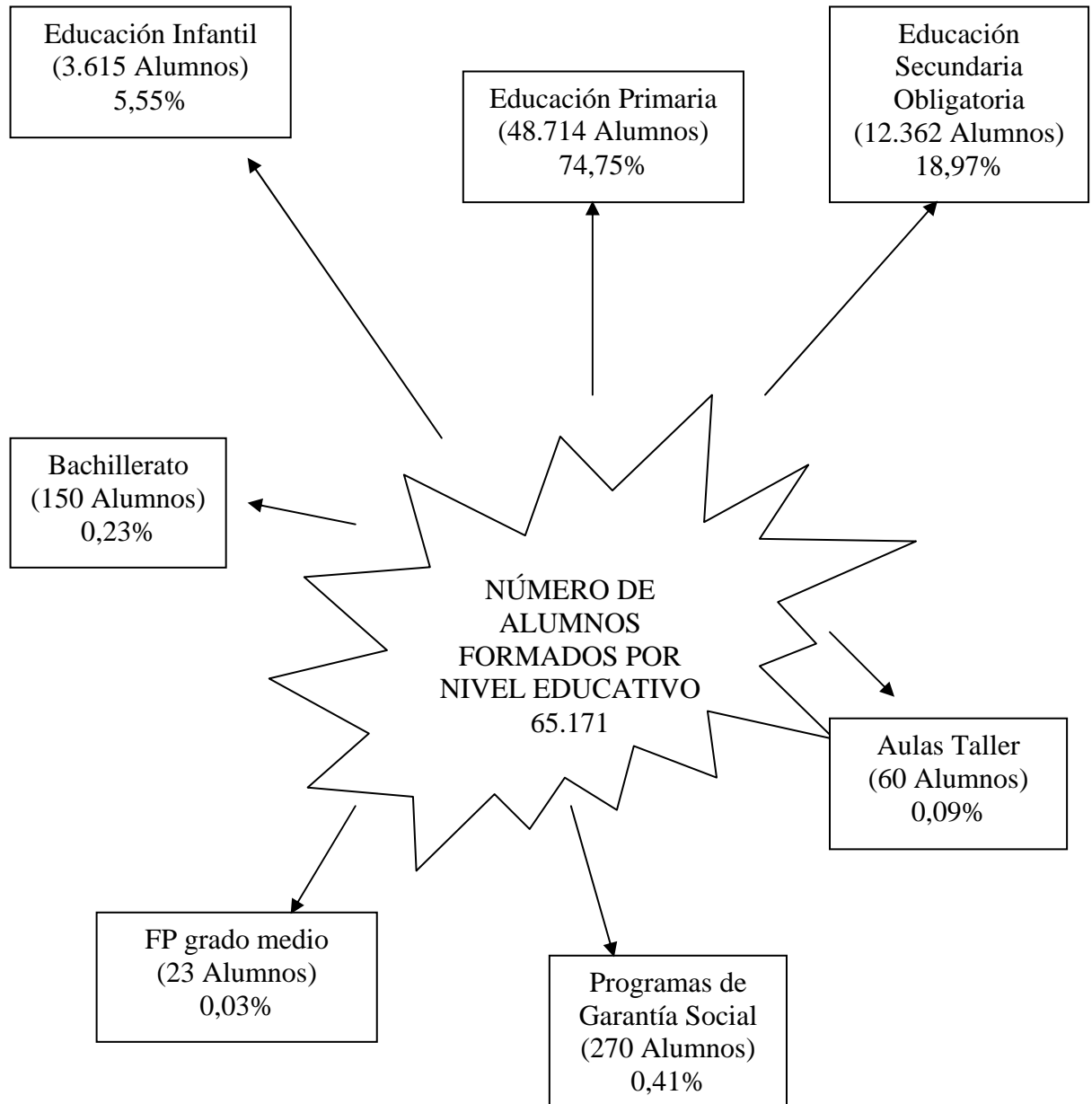


A continuación en la tabla n° 103 hemos recogido el número de alumnos por niveles educativos que han recibido formación sobre prevención de las drogodependencias, y de en la que observamos que los ciclos educativos donde más programas de prevención escolar se realizan corresponden a Educación Primaria, seguidos de los programas aplicados en Educación Secundaria. Esta distribución de los programas se centra en edades anteriores al inicio del consumo de drogas y a edades en las que se produce los primeros contactos con las sustancias psicoactivas, trabajar con estos segmentos de edad (6-15 años) permite formar a los alumnos desde los postulados de la educación para la salud.

Tabla resumen total alumnos formados en los seis municipios analizados

		CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	Total
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)	2.851	30	0	0	275	459	3.615
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)	19.155	425	0	0	475	525	20.580
	2º Ciclo (8 – 9 años)	18.667	1.223	200	0	650	450	21.190
	3º Ciclo (10 – 11 años)	4.206	1.438	175	0	875	250	6.944
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)	4.764	2.100	0	359	900	351	8.474
	2º Ciclo (14 – 15 años)	0	2.185	0	280	975	448	3.888
Bachillerato	(16 – 18 años)	0	127	0	0		0	127
FP grado medio	(16 – 18 años)	0	0	0	23		0	23
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)	165	0	0	55	50	0	270
Aulas Taller		60	0	0	0	0	0	60
Otros		0	0	0	0	0	0	0
		49.868	7.528	375	717	4.200	2.483	65.171

Esquema nº 5: Número de alumnos formados por nivel educativo



III.2 Profesorado

III. 2.1. Formación del profesorado

Tabla nº 109: Formación del profesorado de las diferentes CPs

¿Contempla el programa formación del profesorado?							
	CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	Media de porcentajes
Si	90%	87,5%	100%		100%	66,66%	74,13%
No	1%	12,5%		100%		33,33%	24,47%

Gráfico nº 1: Formación del profesorado de los diferentes programas de las CPs

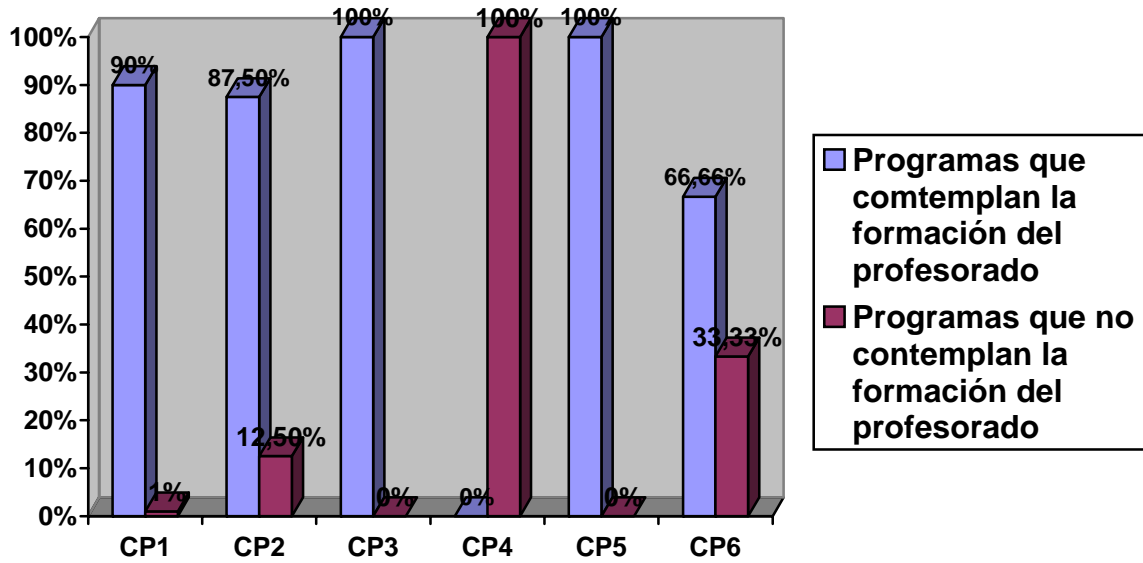
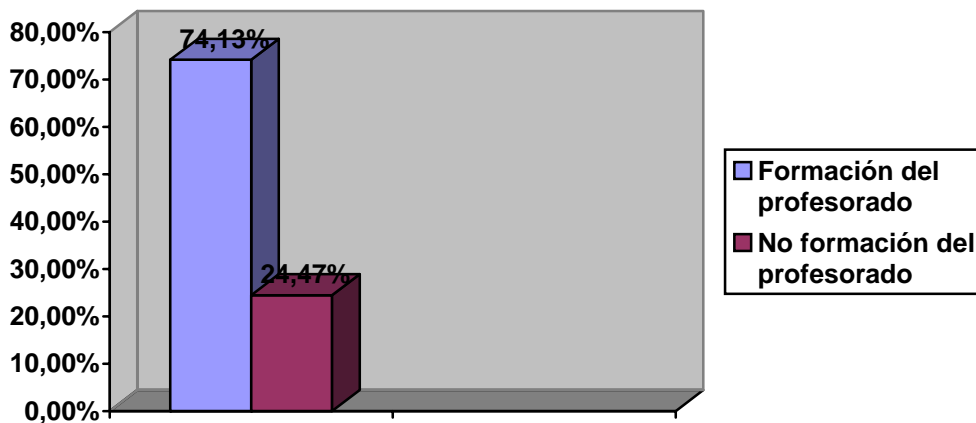


Gráfico nº 2: Porcentaje medio de los programas que contemplan la formación del profesorado

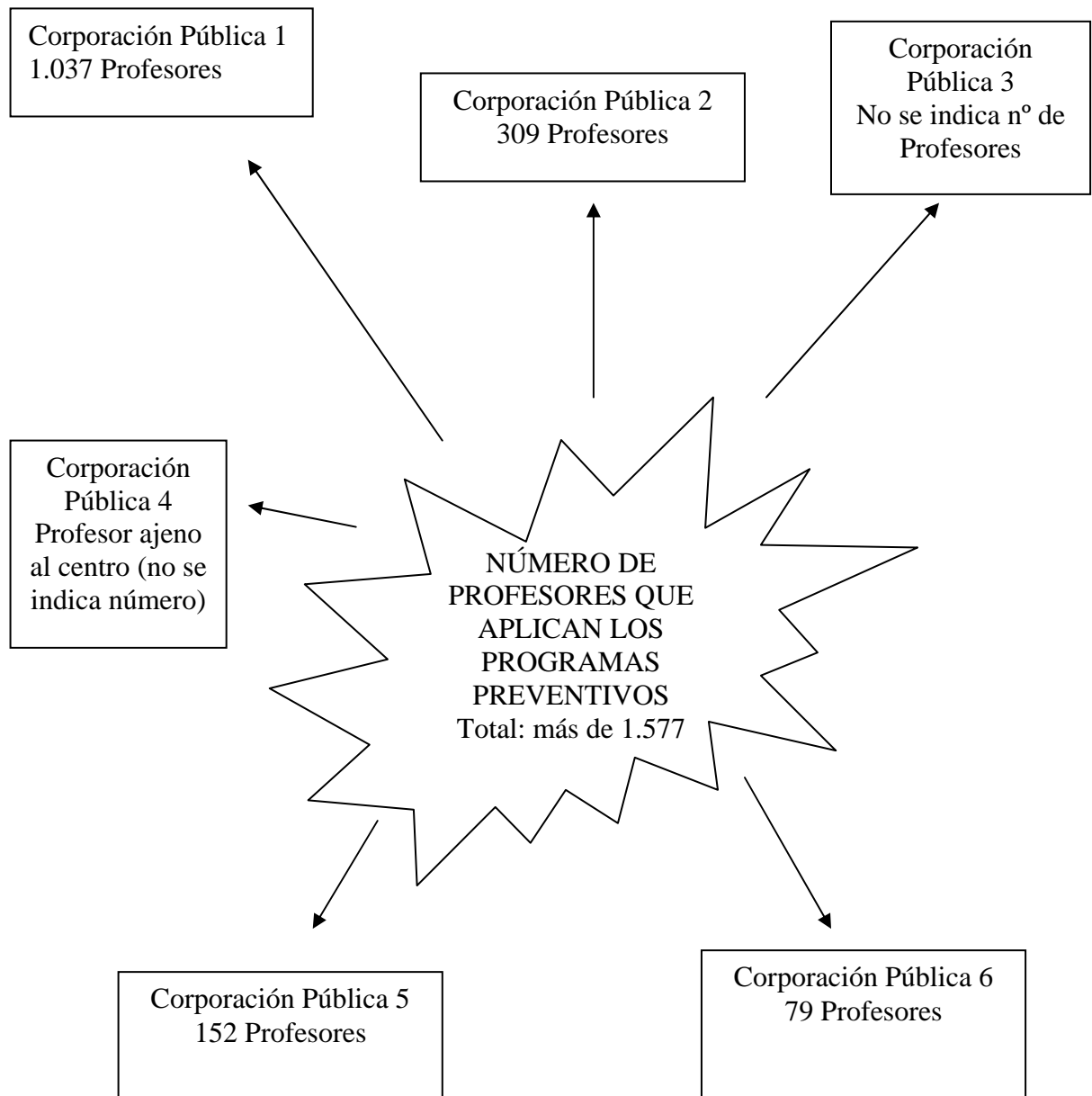


III. 2.2. Número de profesores que aplican el programa

Tabla nº 110: Número de profesores que aplican los programas preventivos

Nº de profesores que aplican el programa						
CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	
1.037	309	No se indica	Personal ajeno al centro (no se indica número)	152	79	Más de 1.577

Esquema nº 6: Número de profesores que aplican los programas preventivos



III.2.3. Número de profesores formados en educación para la salud

Tabla n° 111: Profesores formados

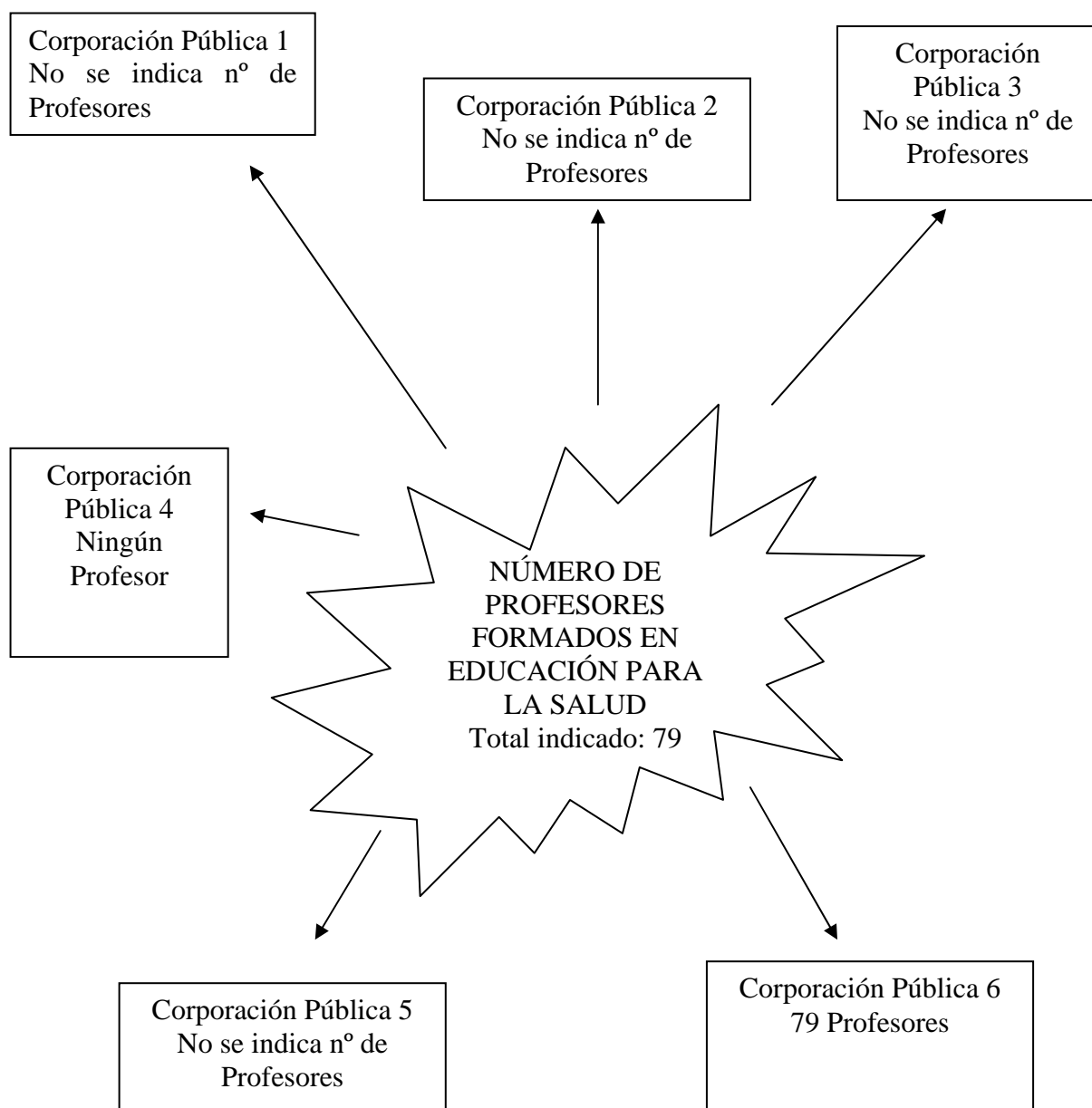
Número de profesores formados en educación para la salud y/o prevención de las drogodependencias en el Municipio						
CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	Totales
No se indica	No se indica	No se indica	0	No se indica	79	79

Observamos que no en todos los programas se contempla la formación del profesorado, aunque la mayoría de ellos si que los hacen (representan el 74,13% del total de los programas) información que nos llama la atención, pues si uno de los objetivos del PNSD para el 2000-2008 (1999), era formar al profesorado en programas preventivos basados en la educación para la salud, si no se ofrece dicha posibilidad en los programas preventivos se está dificultando que se produzca esta formación del profesorado, es lógico en este sentido, que este objetivo en concreto no se haya alcanzado en la evaluación realizada hasta el 2003 (PNSD, 2005).

Las diferencias entre municipios son considerables, ya que abarcan un gran abanico de posibilidades, pasando por aquellas que ofrecen formación en todos los programas, hasta aquellas que no se contempla la formación en ninguno de sus programas. Esta situación puede ser debida, entre otras razones, a que esta formación depende de la voluntariedad de los técnicos de los programas, que son los que asesoran y forman a los profesores del funcionamiento de los mismos. Sería necesario unificar este apartado, y formar a todo el profesorado, si se quiere que sean éstos los que desarrollen los programas preventivos en sus aulas, tendrán que saber cómo hacerlo. Si no, ocurrirá lo que actualmente sucede, y que reflejamos en la tabla n° 110, es decir, que el número de profesores que aplica los programas preventivos es todavía muy bajo, y en algunas localidades son profesores ajenos al centro los que desarrollan los programas preventivos.

Sobre los datos aportados referentes al número de profesores formados en Educación para la salud, destacar que son muy pocos los municipios que dan información al respecto, tan sólo dos han informado de este dato, no sabemos si este silencio se debe a que no se han formado profesores en estos municipios o a otras razones. Pero si se manifiesta a través de esta información que todavía es necesario realizar un esfuerzo mayor si se quiere cumplir los objetivos que marca la Estrategia Nacional sobre drogodependencias (2000-2008) (PND, 2000), en la que se afirmaba que para el 2003 ya deberían estar formados un 80% de los profesores en el ámbito de la prevención de drogodependencias, datos que no se confirma en la información analizada.

Esquema nº 6: Número de profesores formados en educación para la salud



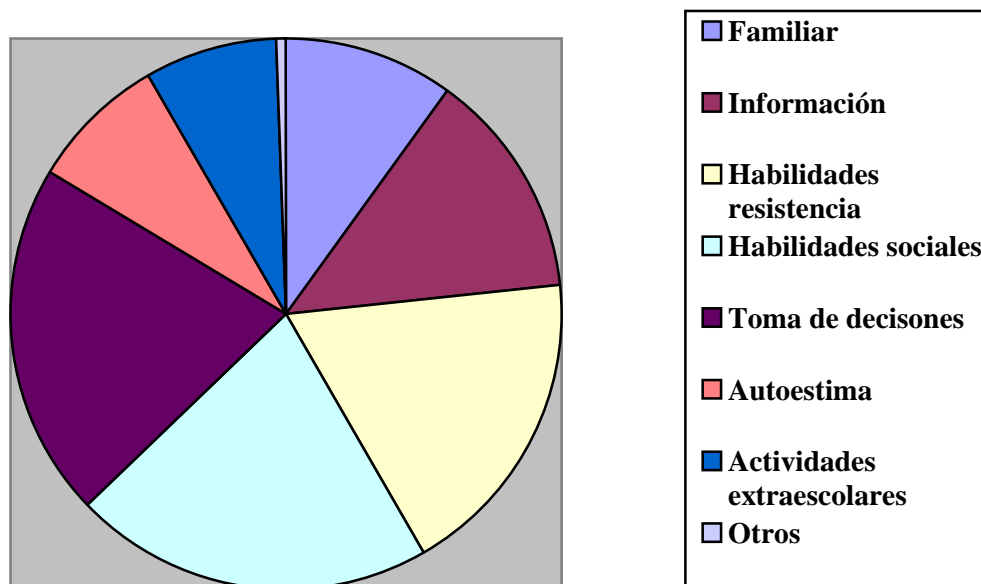
III.3. Programas

III.3.1. Contenidos formativos de los programas educativos

Tabla n° 12: Componentes formativos de los diferentes programas educativos de las distintas CPs

Componentes del programa: (posibilidad de respuesta múltiple)		CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	Media%
	Familiar	60%	25%	0%	100%	20%	33,33%	39,72%
	Información	60%	100%	0%	100%	20%	33,33%	52,22%
	Habilidades Resistencia	90%	12,5%	100%	100%	100%	33,33%	72,39%
	Habilidades Sociales	90%	37,5%	100%	100%	100%	66,66%	82,36%
	Toma de Decisiones	50%	75%	100%	100%	100%	66,66%	81,94%
	Autoestima	90%	0%	100%	100%	100%	0%	31,66%
	Actividades extra-escolares	70%	0%	0%	100%	20%	0%	31,66%
	Otros (especificar)	10%	0%	0%	0%	0%		1,66%

Gráfico n° 3: Componentes formativos de los diferentes programas educativos de las distintas CPs



En cuanto a los contenidos que se trabajan en los distintos programas educativos han destacado aquellos que tienen que ver con las habilidades sociales, la toma de decisiones, las habilidades de resistencia y la información sobre las distintas sustancias, estos se presentan como los grandes bloques de contenido que se abordan. Destacamos que es evidente dentro de este grupo de contenidos la

influencia de las teorías que basan la prevención en el manejo de las habilidades sociales y la toma de decisiones, aunque resaltamos que si éstas están orientadas a la resistencia al consumo de drogas, no se puede decir que respondan a los postulados de capacitación y desarrollo autónomo de la persona, bases necesarias para crear una sociedad libre de drogodependencias.

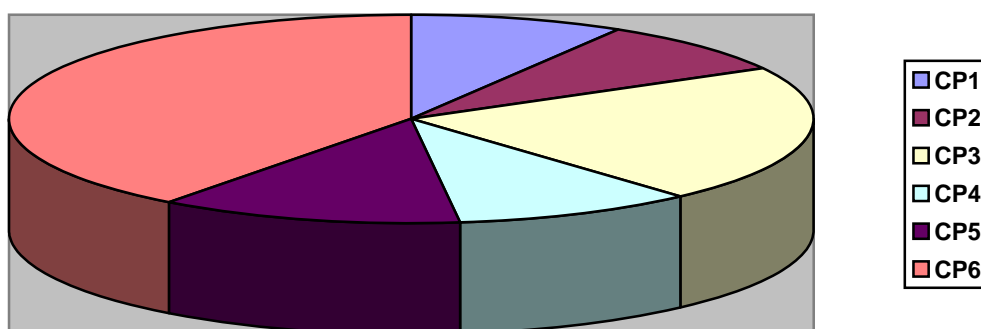
III.3.1.2. Número de horas promedio por programa

Tabla n° 113: Número de horas promedio de aplicación de los programas de las diferentes CPs

Número de horas promedio de aplicación del programa						
CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	
6h	6h	15h	7h	8,6h	28h	

Como observamos en la tabla n° 113 y en el gráfico n° 4, el número de horas promedio por programa es un indicador de la puntualidad de estos programas por las pocas horas de desarrollo que tienen.

Gráfico n° 4: Número de horas promedio de aplicación de los programas de los diferentes CPS



III. 4. Centros educativos

III. 4.1. Número de Centros Educativos informados de los programas de prevención escolar

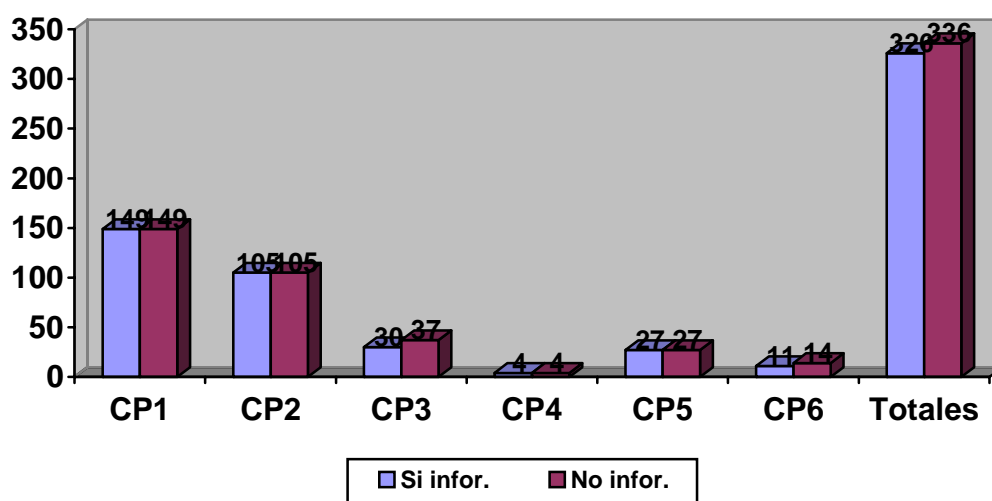
Como se puede ver en la tabla n° 114 y en el gráfico n° 5, el número de centros educativos informados sobre prevención de drogodependencias en los municipios se aproxima a la totalidad de los centros educativos que han identificado los técnicos en sus municipios. Esta información nos permite conocer que la mayoría de los centros educativos tienen conocimiento de la realización de actividades de prevención en drogodependencias que pueden realizar en las aulas con los alumnos, esfuerzo que hay que agradecer a los técnicos de los planes municipales que emplean bastantes esfuerzos en llegar a los Centros Educativos, llegando a afirmar en las entrevistas realizadas a los mismos “que venden sus

programas, pues la competencia y la falta de implicación por parte de la Consejería de Educación no dejan muchas más opciones para que éstos programas sean los elegidos por los profesores para realizar durante el curso escolar.

Tabla Número de centros educativos que reciben información

Número de centros educativos que reciben información sobre prevención del Municipio/número total de centros educativos del Municipio						
CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	Totales
149	105	30	4	27	11	326
149	105	37	4	27	14	336

Gráfico nº5: Número de centros educativos que reciben información por CPs.



IV. RECURSOS

No se indica nada al respecto en las memorias, es necesario que se haga referencia a este aspecto en futuras memorias, ya que este es uno de los ejes que debería abordarse para conocer las limitaciones en cuestión de recursos, tanto materiales como humanos.

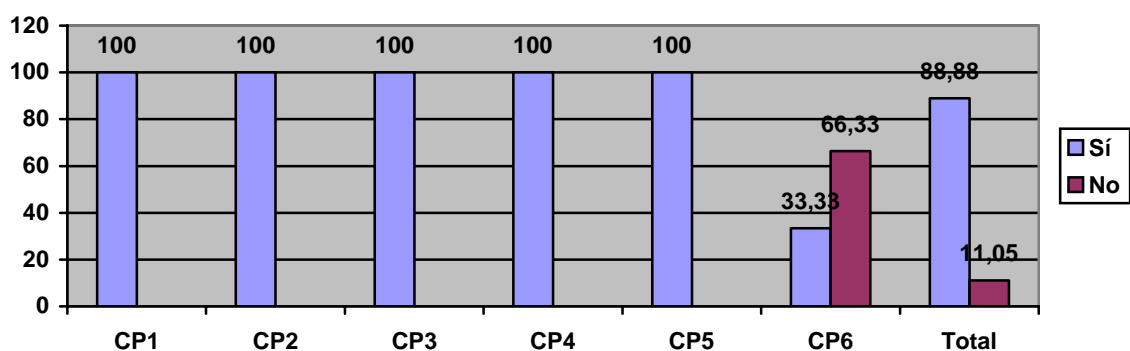
V. EVALUACIÓN

V.1. Realización de la evaluación de los programas

Tabla nº 116: Realización de la evaluación

El programa ¿ha sido evaluado?		CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	%Media
		Si	100%	100%	100%	100%	100%	33,3%
	No						66,33%	11,055%

Gráfico nº 6: Realización de la evaluación de los programas de las diferentes planes de las distintas CPs

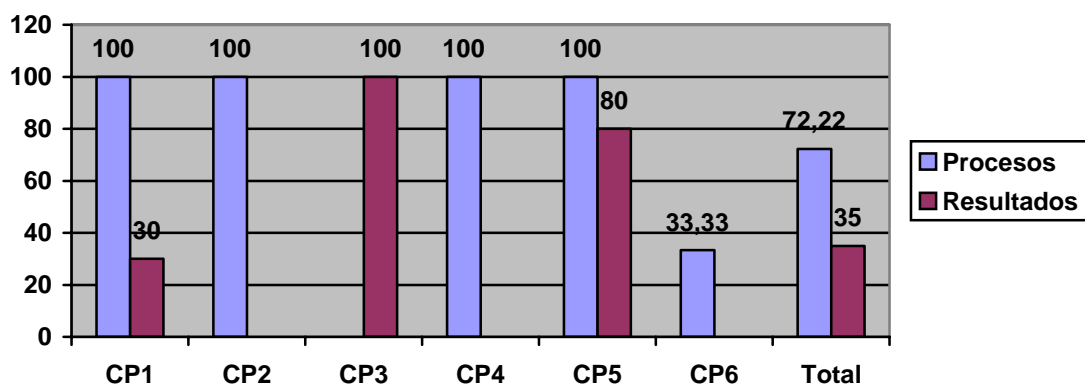


V.2. Tipo de evaluación que se lleva a cabo

Tabla n° 17 resumen Tipo de evaluación de las CPs

¿Qué tipo de evaluación ha sido llevada a cabo?		CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	% Medio
		Proceso	100%	100%	0%	100%	100%	33,33%
	Resultados	30%	0%	100%	0%	80%	0%	35%

Gráfico n° 7 resumen del tipo de evaluación de las CPs sobre los programas escolares de los Planes Municipales



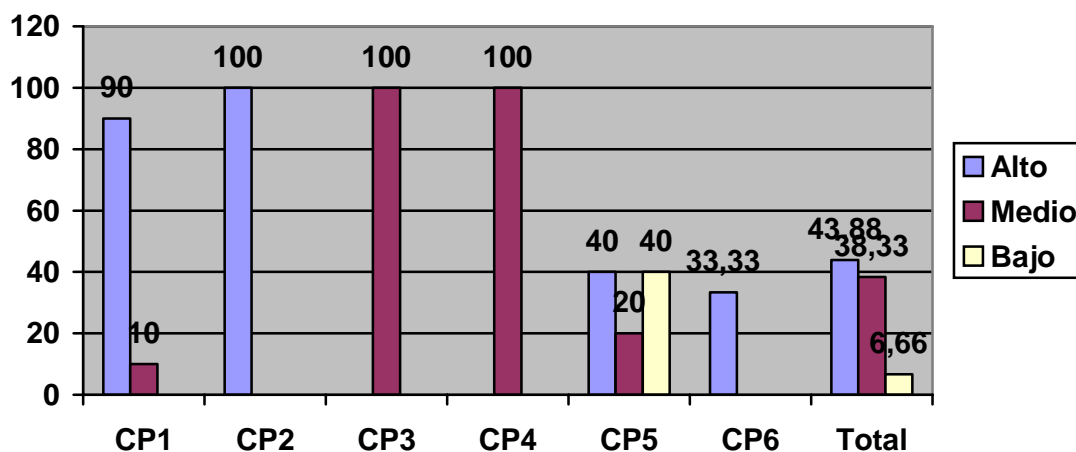
V.3. Grado de consecución de los objetivos

Tabla n° 118: Grado de consecución de los objetivos

Grado de consecución	Alto	CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	% Medio
		90%	100%	0%	0%	40%	33,33%	43,88%

Medio	10%	0%	100%	100%	20%	0%	38,33%
Bajo	0%	0%	0%	0%	40%	0%	6,66%

Gráfico n° 8: Grado de consecución de los objetivos

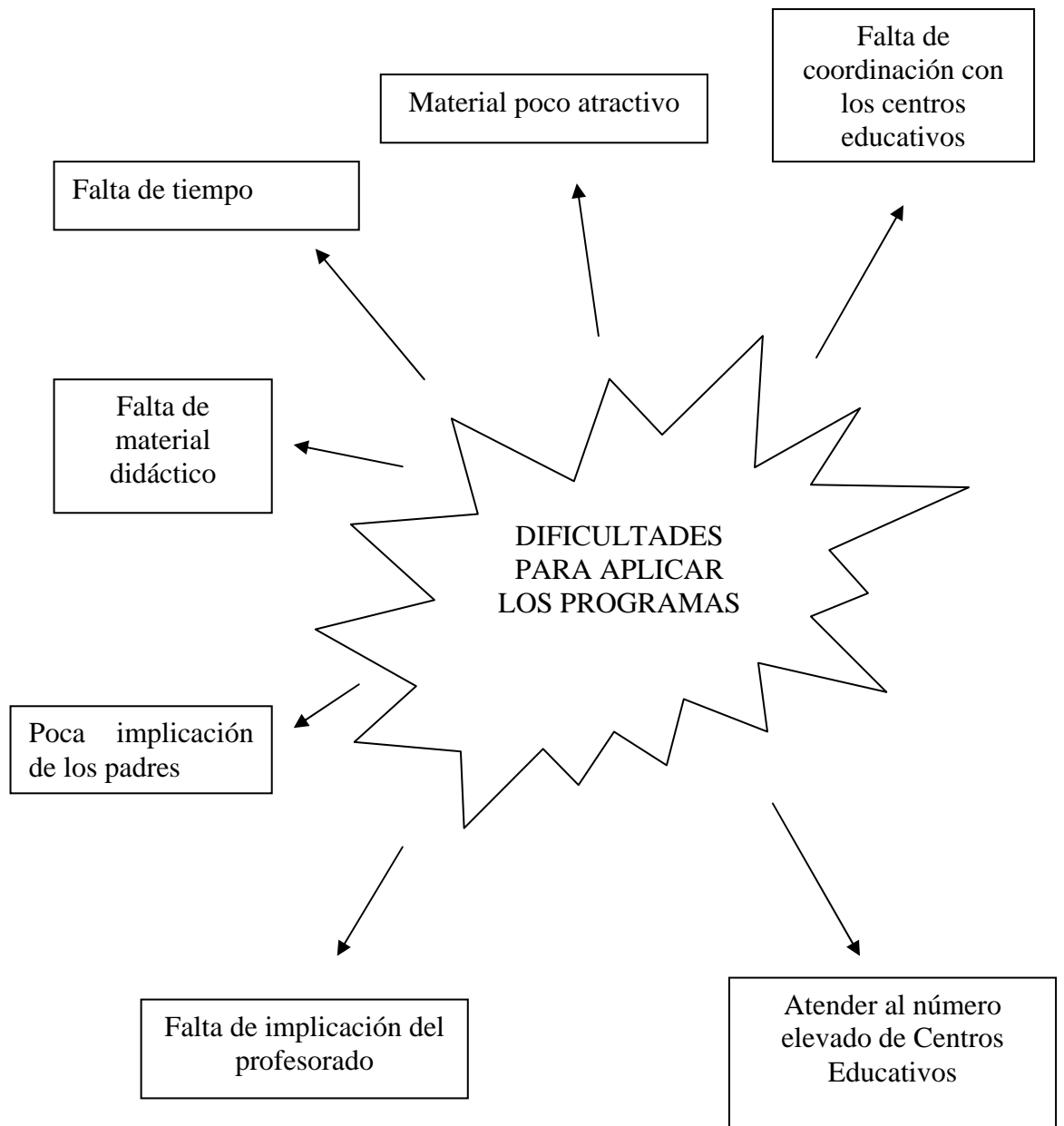


V.4. Dificultades para aplicar los programas

Tabla n° 119: Dificultades para cumplir los objetivos

	Enumere las principales dificultades encontradas para aplicar y cumplir los objetivos del programa
CP1	Falta de tiempo/ Material poco atractivo
CP2	No se indica
CP3	Material poco atractivo
CP4	Falta de material didáctico/ Falta de coordinación con los centros educativos (horarios)
CP5	Falta de implicación del profesorado/ Poca implicación de los padres/ Atender al número elevado de centros educativos (se necesitan más recursos económicos/técnicos/personales y materiales)
CP6	Falta de tiempo

Esquema nº 7: Dificultades para aplicar los programas

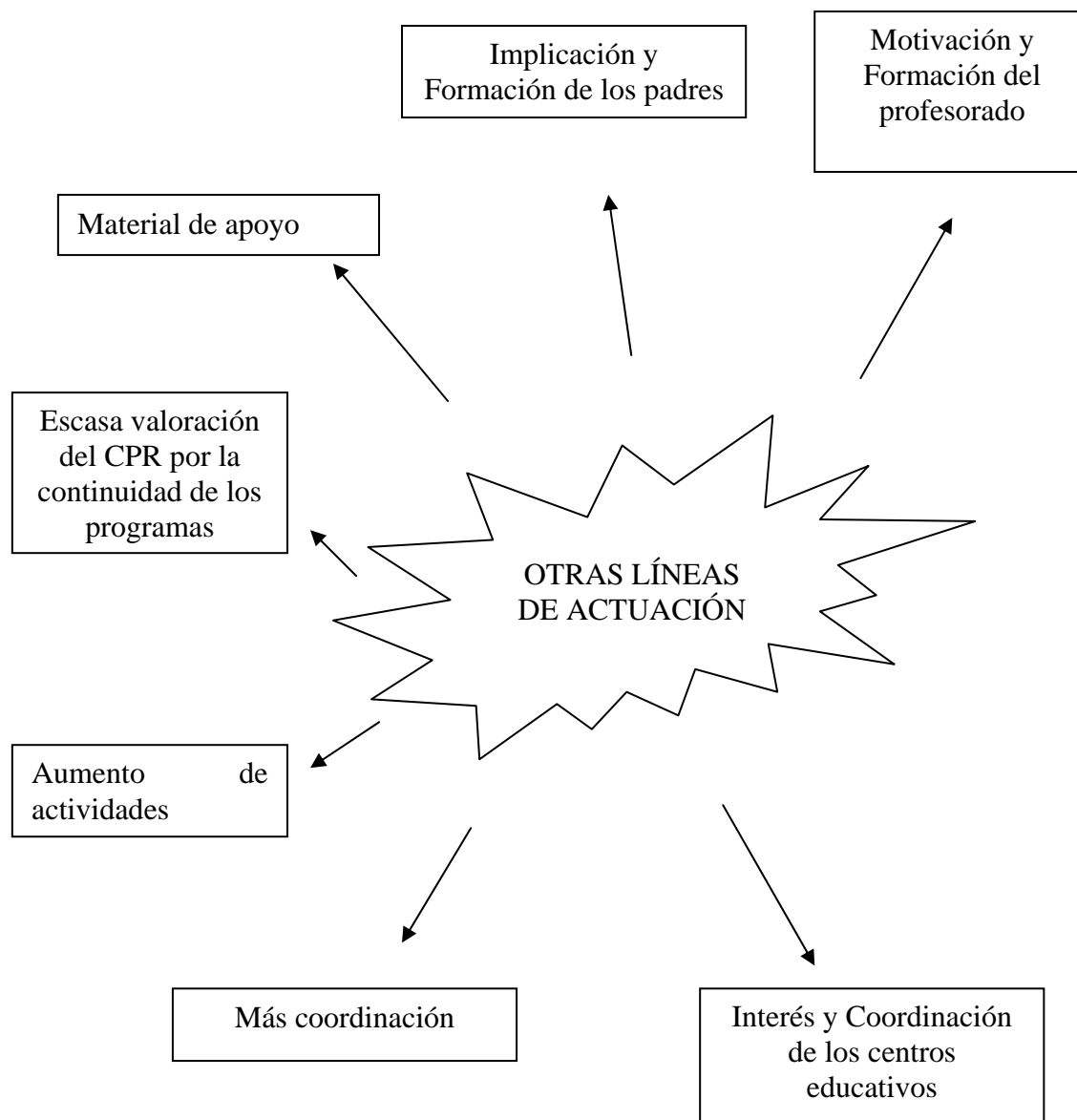


V.5. Otras líneas de actuación

Tabla nº 120: Otras líneas de actuación

Tras la evaluación del programa, ¿qué otras nuevas líneas de actuación ve usted importante desarrollar para mejorar los programas de prevención con menores en riesgo?	
CP1	Material de apoyo/ Elaboración de materiales didácticos/ Implicación e intervención educativa con los padres/ Motivación y formación del profesorado.
CP2	Actividades de apoyo a los programas/ Aumento de actividades “bebidas saludables” en secundaria/ Material de apoyo visual
CP3	Escasa valoración del CPR por la continuidad de este programa
CP4	Interés de los centros educativos/ Más coordinación
CP5	Implicación y coordinación de los profesores/ Formación del profesorado
CP6	No se indica

Esquema nº 8: Otras líneas de actuación

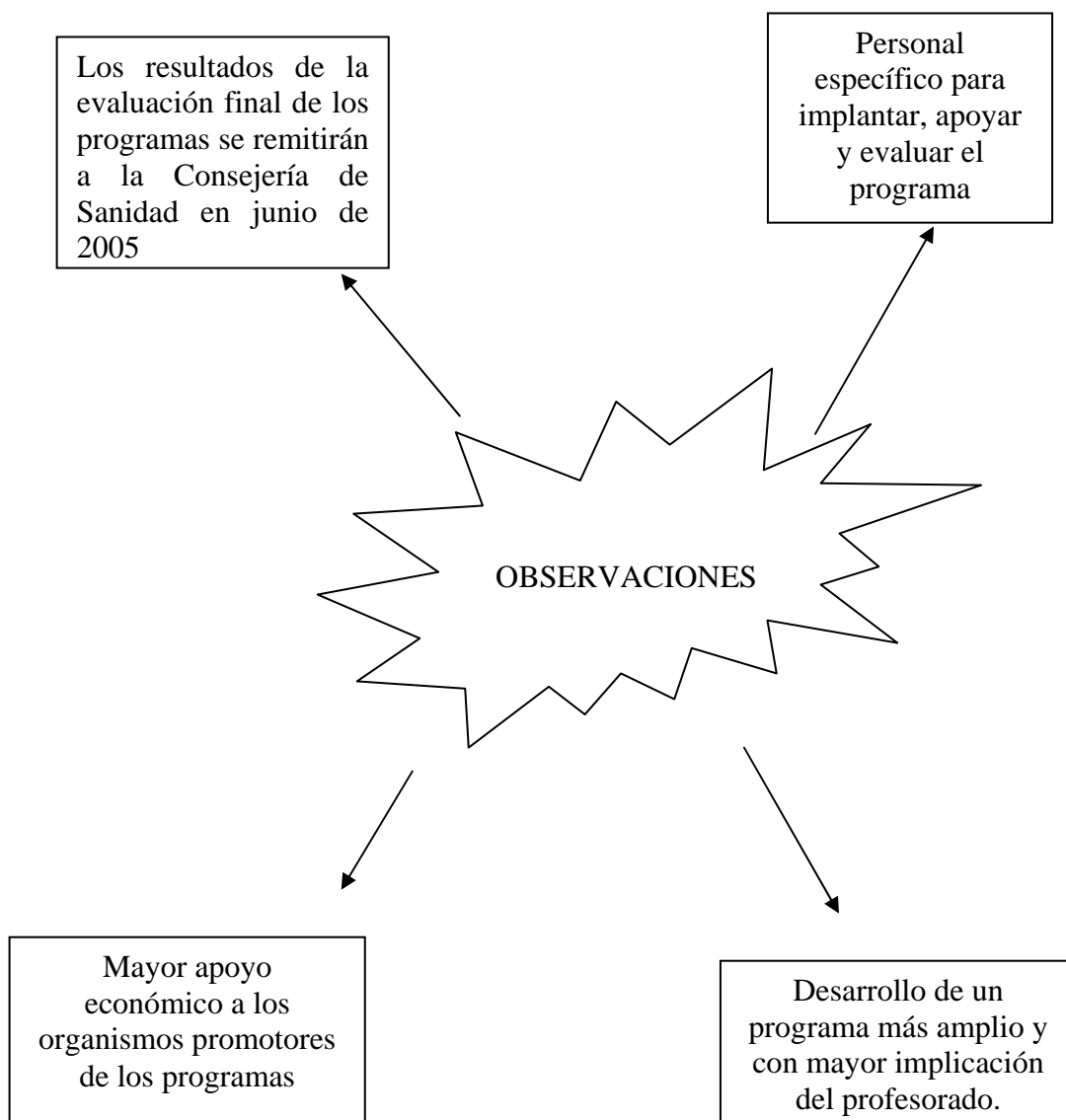


V.6. Observaciones

Tabla nº 121: Observaciones

	Observaciones
CP1	No se indican
CP2	No se indican
CP3	No se indican
CP4	No se indican
CP5	Mayor apoyo económico a los organismos promotores de los programas/ Personal específico para implantar, apoyar y evaluar el programa
CP6	Los resultados de la evaluación final de los programas se remitirán a la Consejería de Sanidad en junio de 2005/ Desarrollo de un programa más amplio y con mayor implicación del profesorado.

Esquema nº 9: Observaciones



A través de esta información observamos que la mayoría de estos programas se evalúan, sobre todo en aquellos aspectos referidos a la evaluación de procesos, y en menor medida a los resultados. Sin embargo, todavía aparecen programas que no son evaluados, datos que nos informa sobre la necesidad de seguir haciendo hincapié en el apartado de evaluación de los programas. En los que en el caso en que se realice algún tipo de evaluación, esta la evaluación de procesos la más afortunada. La evaluación de resultados se realiza, según se refleja en las memorias en un porcentaje muy bajo y la evaluación de necesidades ni se plantea. Bajo este panorama nos sorprende el hecho de que aparezca un apartado que refleje la consecución de los objetivos, y que se afirme que se alcanzan en una graduación de alto, medio y bajo, con la mayor graduación, es decir, tienen un nivel de consecución alto. Este tipo de información nos parece una especie de sondeo de opinión, pero no un indicador contrastado con la aplicación y desarrollo de los programas preventivos.

En el esquema nº 7, hemos señalado las dificultades para llevar a cabo estos programas en las entre las que destacamos la falta de tiempo para desarrollar las actividades, la falta de material didáctico, la falta de implicación del profesorado y de los padres, así como la falta de coordinación, aspectos que habría que atender en el desarrollo de futuros PMD.

En cuanto a otras líneas de actuación reflejadas en la tabla 120 y en el esquema nº 8, destacamos que vuelvan a plantearse la dotación de material didáctico, el aumento de las actividades, la motivación de los profesores y los padres por el desarrollo de estos programas, así como una mayor coordinación.

Finalmente observamos en la tabla nº 121 y en el gráfico nº 9 que todavía quedan programas escolares, de una de las corporaciones analizadas, pendientes de evaluar. Se demanda personal específico formando en apoyo, asesoramiento, implementación y evaluación de estos programas, ya que los técnicos están saturados, así como la necesidad de un mayor apoyo económico y el desarrollo de programas continuados y más amplios en los que está implicado el profesorado.

DATOS BASICOS DE LOS PROGRAMAS DE FAMILIA

La familia posee un potencial insustituible en prevención, pues son los primeros agentes socializadores del niño/a. Es en este marco donde el/la niño/a comenzará aprendiendo destrezas, normas, actitudes, valores y modelos de comportamiento, que le irán acompañando a lo largo de su desarrollo. En este ámbito, la intervención va dirigida a sensibilizar y formar a los padres y madres sobre el papel que desempeñan en prevención.

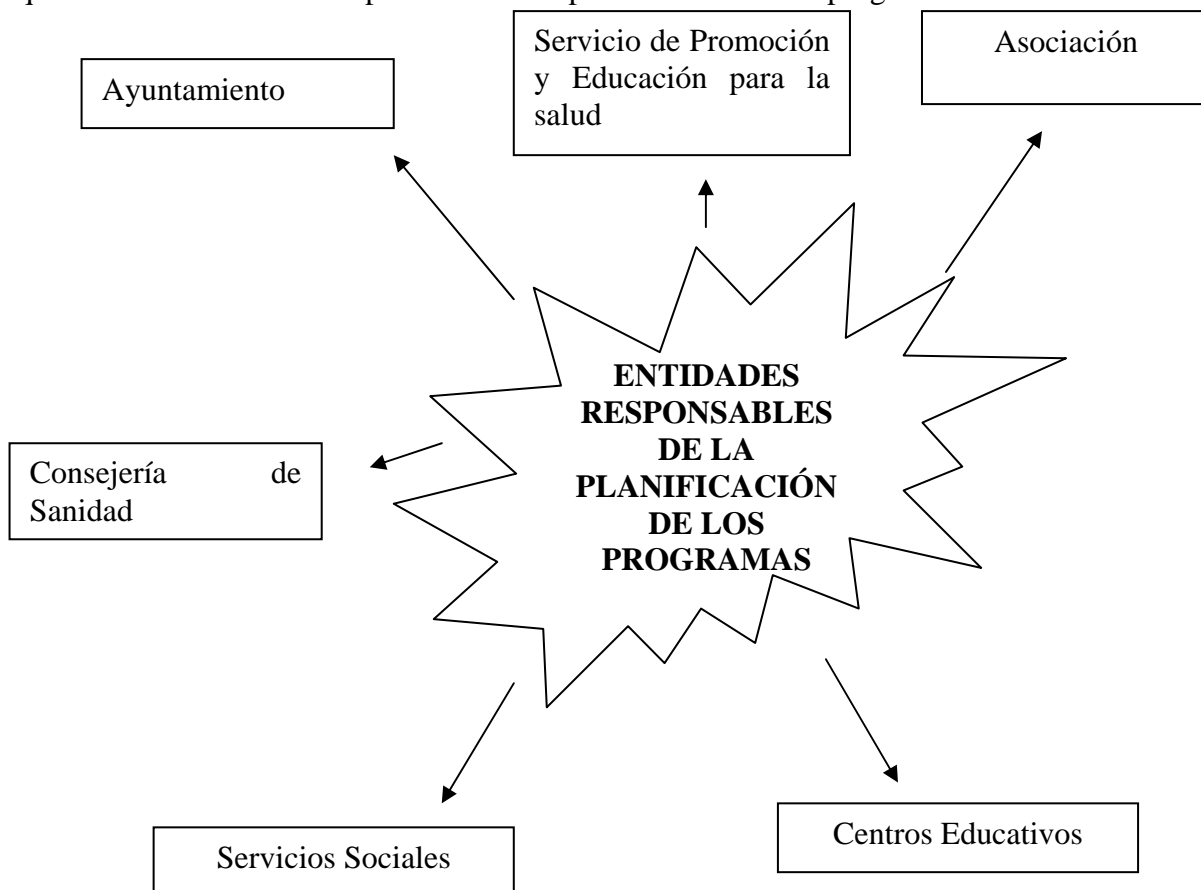
I. PARTICIPACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA DE LOS PROGRAMAS

I.1. Entidades responsables de la planificación de los programas

Tabla nº 122: Entidades promotoras de la planificación

	Entidades promotoras de la planificación
CP2	Asociación Acción Familiar
CP4	Ayuntamiento
CP5	Servicio de Promoción y Educación para la salud. Consejería de Sanidad
	Servicios Sociales y Centros Educativos
CP6	Ayuntamiento

Esquema nº 10: Entidades responsables de la planificación de los programas

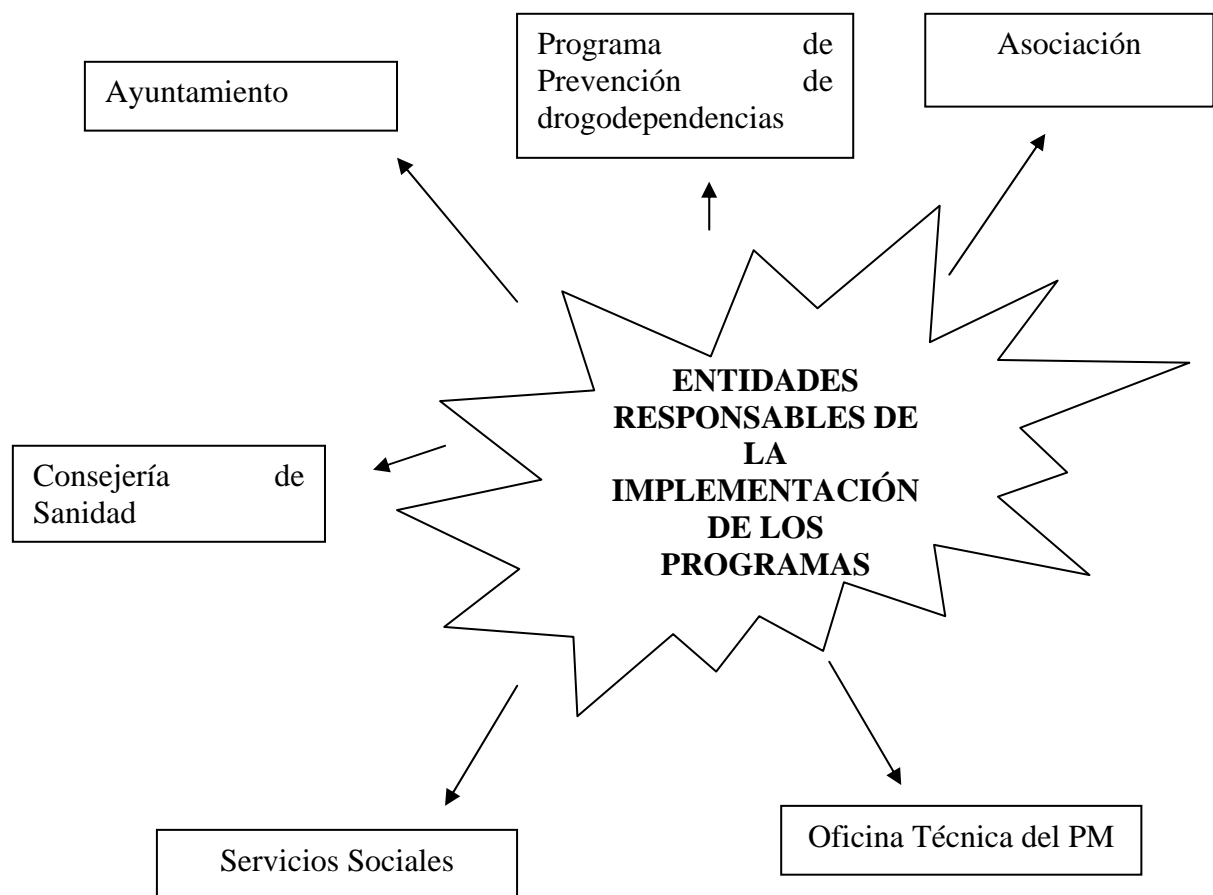


I.2. Entidades responsables de la implantación del programa

Tabla nº 123: Entidad Responsable de la implantación del programa

	Entidad Responsable de la implantación del programa (Entidades encargadas de desarrollar el programa):
CP2	Oficina Técnica del PM- Asociación Acción familiar
CP4	Centro de Servicios Sociales. Programa de Prevención de drogodependencias
CP5	Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales y Servicios Sociales
	Servicios Sociales
CP6	Servicios Sociales y Ayuntamiento

Esquema nº 11: Entidades responsables de la implementación de los programas



II. ESTRUCTURA Y ÁMBITO DE ACTUACIÓN

No se dice nada al respecto de los ámbitos de actuación en los programas de intervención familiar. Aunque suponemos se trabaja principalmente a través de las AMPAS, por el tipo de actividades que se describen.

III. ACTUACIONES PREVENTIVAS VERSUS DESTINATARIOS

III.1. Destinatarios

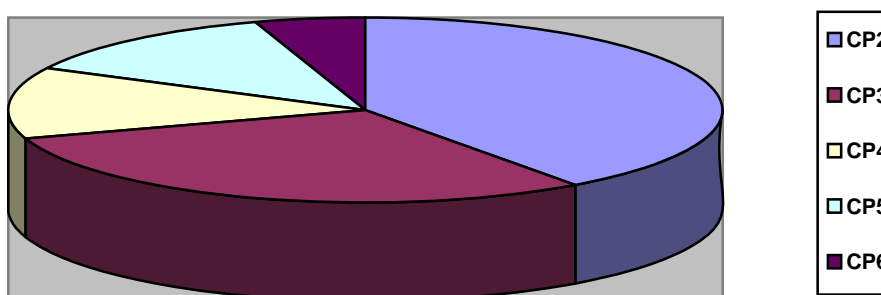
Tabla nº 124: Destinatarios del programa

Con quién se interviene		CP2	CP4	CP5		CP6	
		Solamente con padres / madres	X	X	X	X	X
Con padres / madres e hijos							

Tabla nº 125: Número de participantes

Nº de padres / madres participantes					
CP2	CP4	CP5		CP6	Total
80	60	25	25	10	200

Gráfico nº 9 número de participantes



III. 2. Actividades del programa

Tabla nº 126: Actividades

Actividades		CP2	CP4	CP5	CP6	
	Programas de televisión					
Campañas en medios de comunicación						
Elaboración de material						
Charlas	3	1		1		
Distribución de material		2	2			
Cursos de formación (mas de 5 horas). Especificar el número de horas de formación y en cual de las siguientes modalidades:			1		X	
Presencial ... n° de horas:			X 6h		X 9h	
A distancia n° de horas:						
Parte presencial y parte a distancia n° de horas presenciales: n° de horas a distancia						
Actividades para casa		3	3			
Vídeo forum	2			2		
Encuentros padres-hijos						
Programas de radio						
Servicio de orientación y asesoramiento directo		4				
Sesiones de video	1					
Otros (especificar)						

Esquema nº 12: Actividades del programa

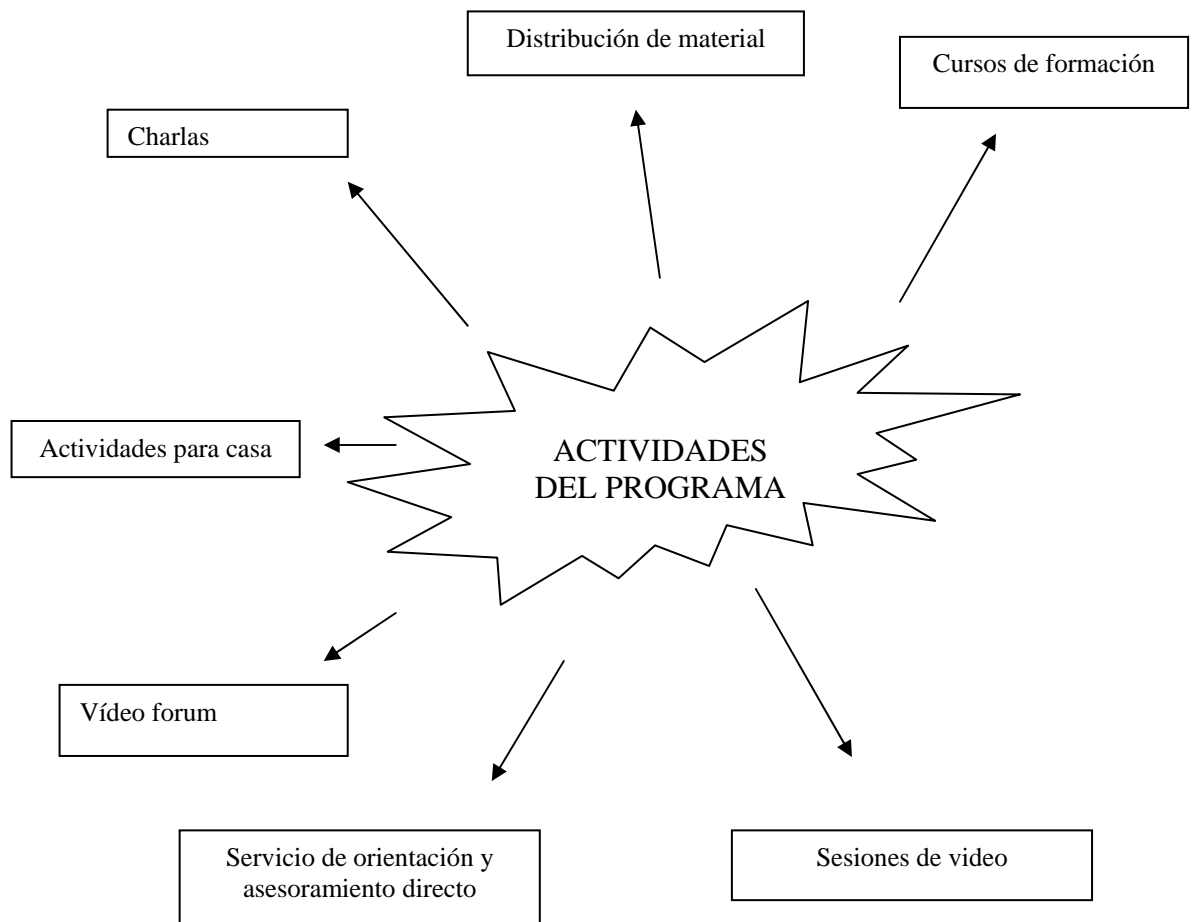
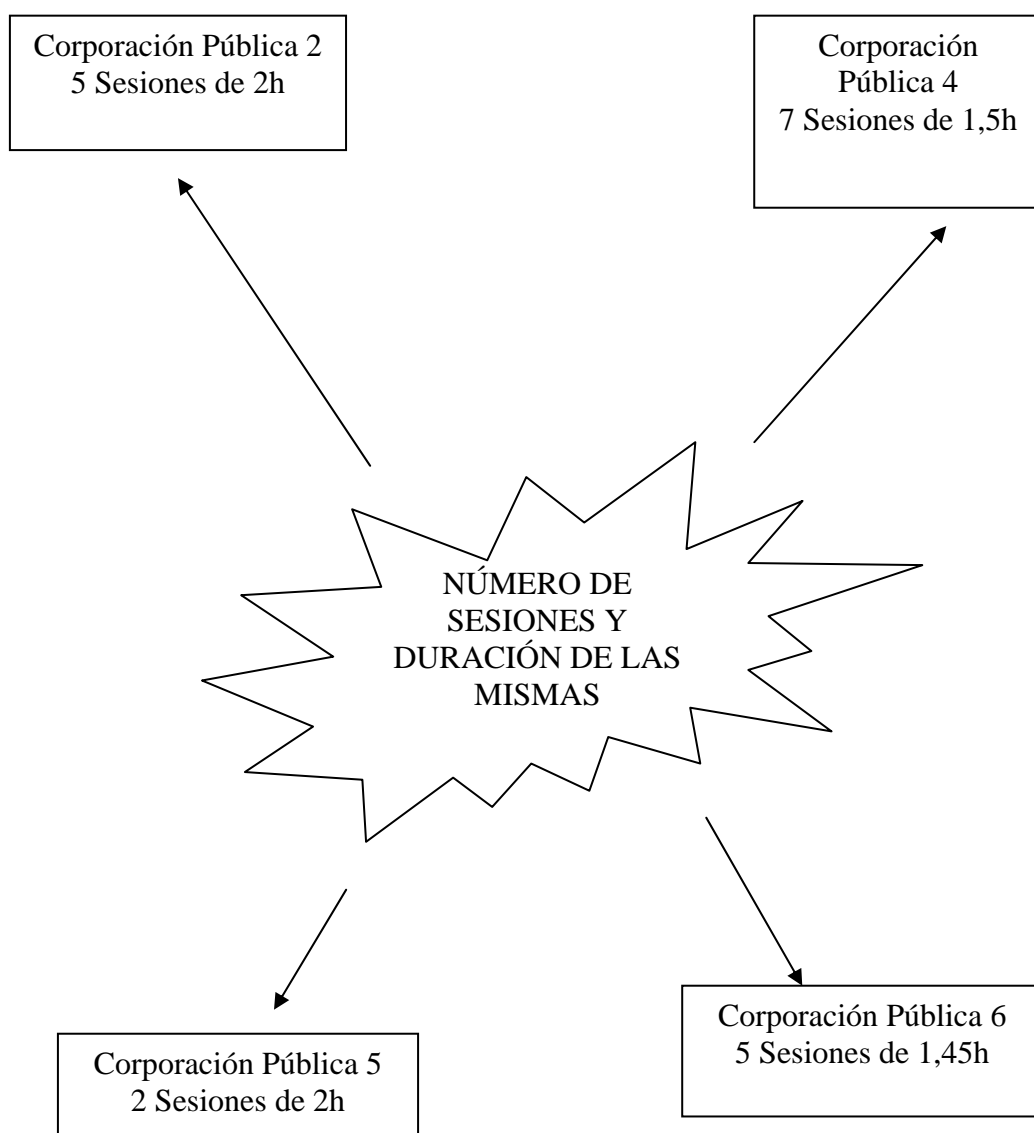


Tabla nº 127: Sesiones y duración de las mismas

CP2	CP4	CP5	CP6
5 sesiones de 2 horas de duración (10h)	7 sesiones de 1,5 horas cada una con siete grupos (73,5h)	No se indica	2 sesiones de 2 horas cada una (4h)
			5 sesiones de 1,45 h (9h)

Esquema nº 13: Número de sesiones y duración de las mismas

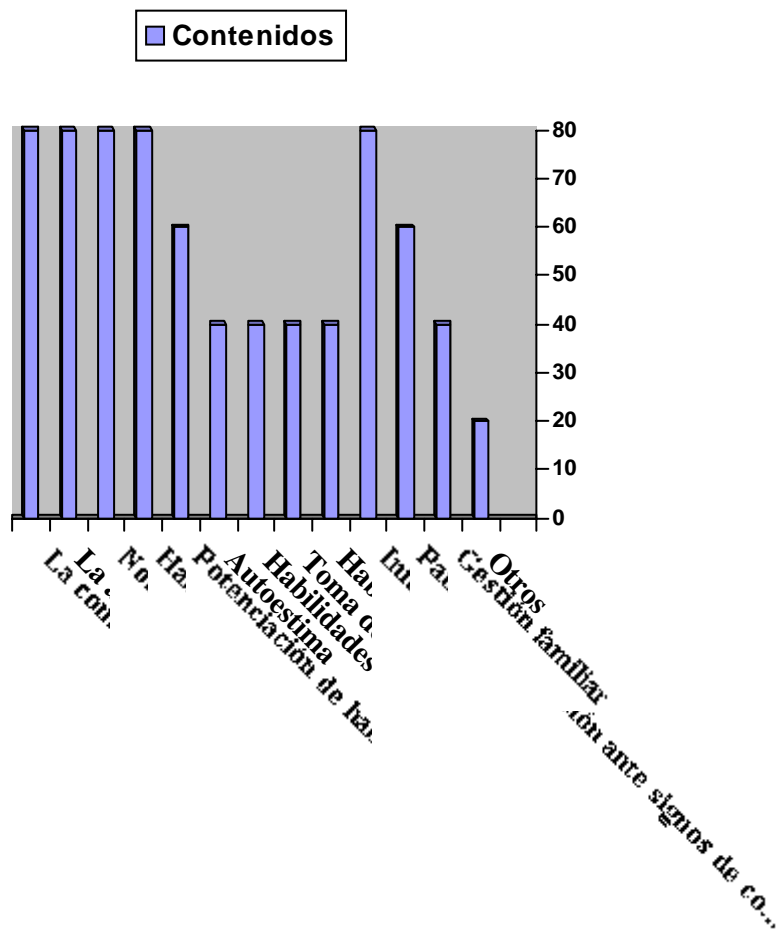


III.2. Contenidos del programa

Tabla contenidos de los programas de familia

		CP2	CP4	CP5		CP6	F/%
		La comunicación familiar	X	X	X	X	
La adolescencia	X	X	X	X		4/80%	
Las normas y límites en la familia	X	X	X	X		4/80%	
Habilidades de negociación y de resolución de conflictos en la familia	X	X	X	X		4/80%	
La potenciación de habilidades y recursos en los hijos	X	X		X		3/60%	
Autoestima		X		X		2/40%	
Habilidades sociales		X		X		2/40%	
Toma de decisiones		X		X		2/40%	
Habilidades de resistencia		X		X		2/40%	
Información sobre drogas		X	X	X	X	4/80%	
Pautas de actuación ante signos de consumo		X	X		X	3/60%	
Gestión familiar		X	X			2/40%	
Otros		X	(factores protectores y factores de riesgo)			1/20%	

Gráfico n° 10: Contenidos de los programas de familia



Los contenidos de estos programas hacen referencia a información sobre las características de las distintas drogas, habilidades social dentro de las que se incluyen temas como la comunicación, establecer límites y normas y la negociación y resolución de conflictos. En este sentido, consideramos que los temas que se trabajan en mayor medida son idóneos para que los padre conozcan las características de sus hijos, se acerquen a ellos, y pongan las bases para una educación en valores propicia en cuanto a la generación de personas autónomas.

Dos serían los aspectos que destacamos, la escasa participación de los padres, ya que son muy pocos los que acuden a estos programas, y que desde estos programas no se analice el tipo de consumo de drogas que realizan los adultos, pues como modelos, tienen un papel fundamental en la educación de sus hijos.

III.3. Nombre de los programas

Tabla nº 129: Nombre del Programa

	Nombre del Programa
CP2	Programa Valer
CP4	Escuela de Familias
CP5	Curso de Formación para padres “Ayuda a tu hijo a no tener problemas con el alcohol”
	Escuelas de Padres
CP6	Escuela Municipal de Salud, Escuela y Consumo: módulo de prevención de adicciones: “Cómo prevenir los problemas de droga con nuestros hijos/as”

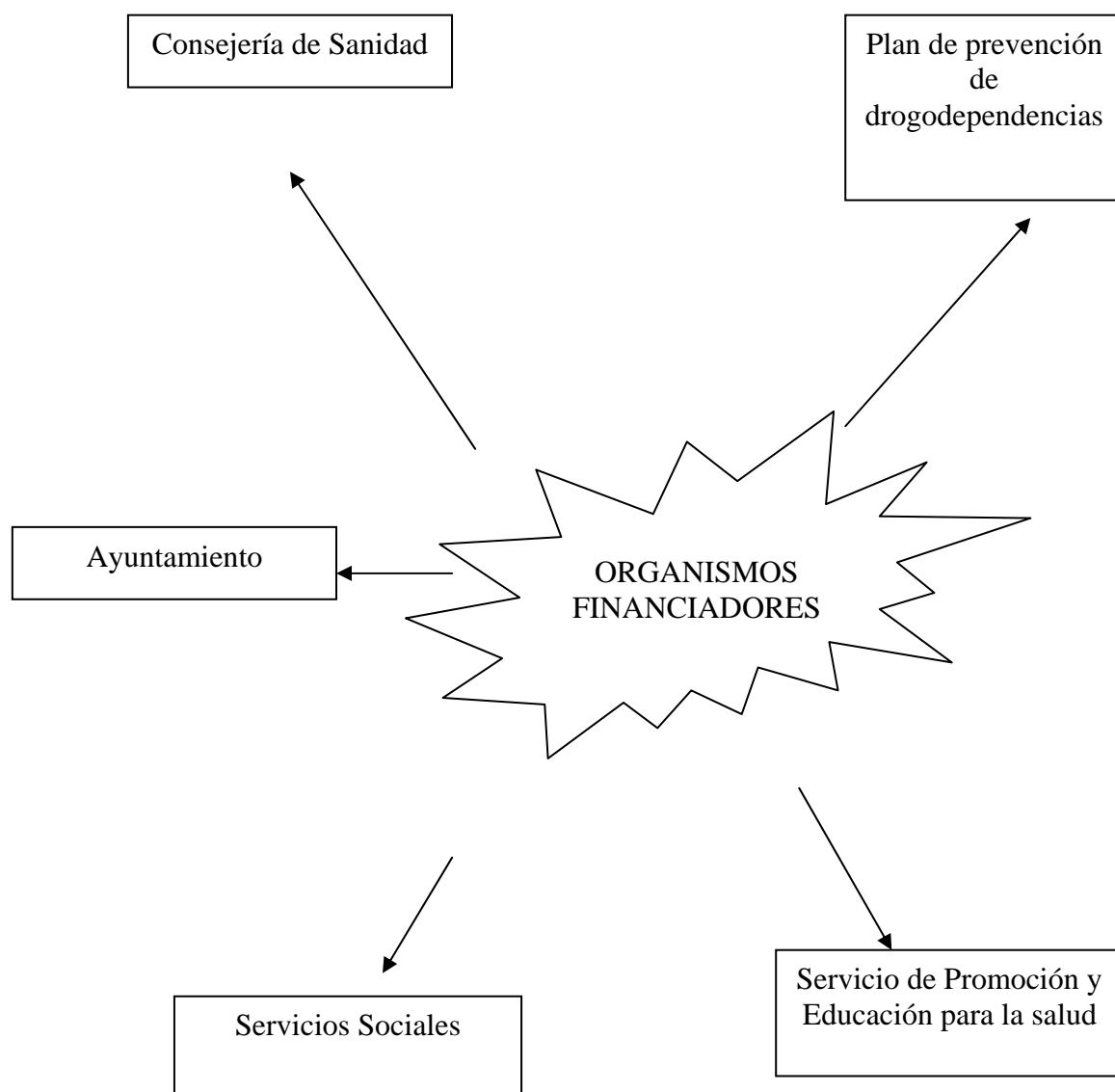
IV. RECURSOS FINANCIEROS

IV.1. Organismo financiador

Tabla nº 129: Organismos financiadores

	Organismo/os financiador/es:
CP2	No se indica
CP4	Consejería de Sanidad y Ayuntamiento
CP5	Servicio de Promoción y Educación para la salud. Consejería de Sanidad
	Servicios Sociales y Plan de prevención de drogodependencias
CP6	Consejería de Sanidad y Ayuntamiento

Esquema nº 14: Organismos financiadores



IV.2. Presupuesto

Tabla nº 131: Presupuesto

Presupuesto del programa:					
CP2	CP4	CP5		CP6	
No se indica	2.376€	No indica	se indica	No indica	se indica

Destacar que en este apartado la mayoría de Planes no hacen referencia a la cuantía que destinan a estos programas, en el caso de la CP4 como observamos es una cuantía económica pobre para la envergadura que suponen el desarrollo de este tipo de programas. En lo que respecta a las entidades financieras son generalmente aquellas que financian principalmente los PMD, los que aportan los recursos económicos para su realización, es decir, los Ayuntamientos junto con la Comunidad Autónoma.

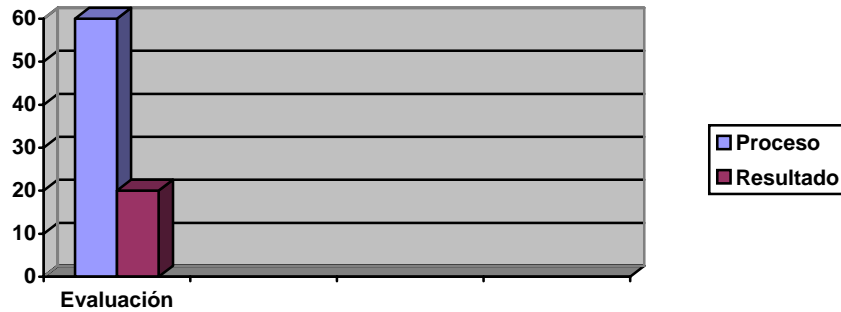
V. EVALUACIÓN

V.1. Evaluación de los programas

Tabla nº 131: Evaluación de los programas

¿Qué tipo de evaluación ha sido llevada a cabo?	Proceso	CP2	CP4	CP5		CP6	
		X	X			X	
	Resultado					X	1/20

Gráfico nº 11: Evaluación de los programas

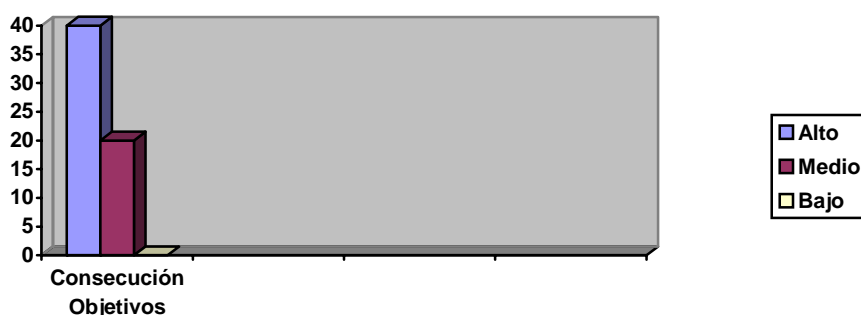


V.2. Grado de consecución de los objetivos

Tabla n° 132: Grado Consecución de los objetivos de los programas

Grado de consecución de los objetivos propuestos	CP2	CP4	CP5		CP6	
	Alto	X				
Medio		X				20%
Bajo						0%

Gráfico n° 12: Consecución de los objetivos de los programas

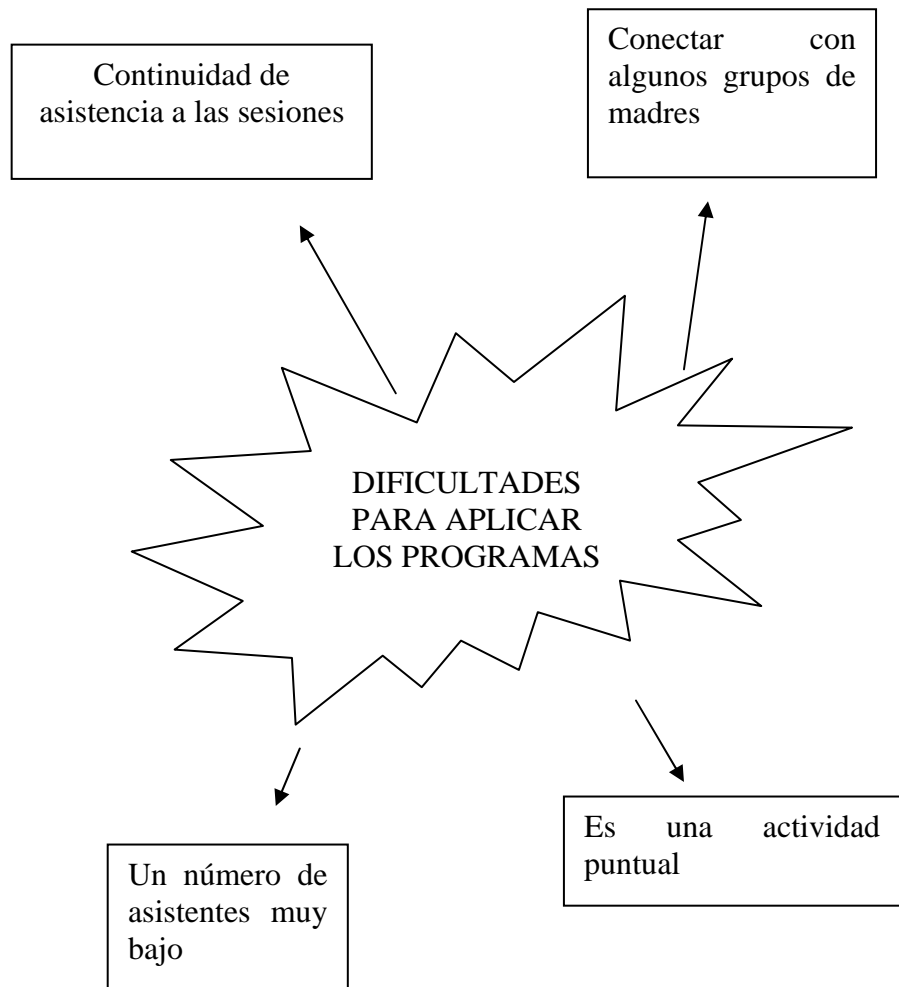


V.3. Dificultades encontradas para aplicar y cumplir los objetivos

Tabla n° 133: Dificultades encontradas a la hora de aplicar y cumplir los objetivos

Enumere las principales dificultades encontradas para aplicar y cumplir los objetivos del programa	
CP2	Continuidad de asistencia a todas las sesiones
CP4	Es una actividad puntual, tendría que ser permanente, para que se fueran incorporando las madres/padres que lo van demandando Conectar con algunos grupos de madres, ya que solo acuden al programa cuando ven algunos indicios de consumo en sus hijos
CP5	
CP6	La dificultad encontrada para la realización del curso es el número tan reducido de padres y madres que asistieron. Pero esta dificultad, a la vez resultó enriquecedora para abordar el tema de manera más participativa y reflexiva.

Esquema n° 15: Dificultades para aplicar los programas



En este tipo de programas se sigue destacando la evaluación de procesos de forma mayoritaria, hay localidades que todavía no han realizado la evaluación de los mismos, y en un porcentaje muy bajo (20%) se afirma que se realizan además de ésta, una evaluación de resultados. En este caso, volvemos a destacar que la evaluación de necesidades ni se menciona.

Volvemos a registrar el índice de evaluación: grado de consecución de los objetivos, que sigue teniendo un carácter global y gradual, vinculado a la opinión de los técnicos, los que mayoritariamente señalan que este grado de consecución sigue siendo alto, pero que recordamos no se contrasta con los objetivos específicos alcanzados, a los que no se hace referencia.

En cuanto a las dificultades manifiestas para la realización de estos programas se plantea una escasa participación de los destinatarios, así como un carácter puntual de las acciones que se emprenden, aunque se afirma, como dato esperanzador, que las experiencias realizadas destacan por su carácter reflexivo y participativo.

VI. MODIFICACIONES EN LOS PROGRAMAS Y APORTACIONES

Tabla n° 134: Otras líneas de actuación

Tras la evaluación del programa, ¿qué otras nuevas líneas de actuación ve usted importante desarrollar para mejorar el programa?	
CP2	No se indica
CP4	No se indica
CP5	No se indica
	No se indica
CP6	Se considera conveniente ampliar el tiempo de dedicación hacia el programa, ya que tras su evaluación resulta breve. Una línea de actuación que observo necesaria, tras la realización del curso, fue el realizar formación específica dirigida hacia aquellos padres y madres que se encuentran en situación de que sus hijos/as tienen problemas con el consumo de drogas. Ya que muchos de los participantes al modulo de familia se encontraban en esta situación.

Esquema n° 16: Otra líneas de actuación

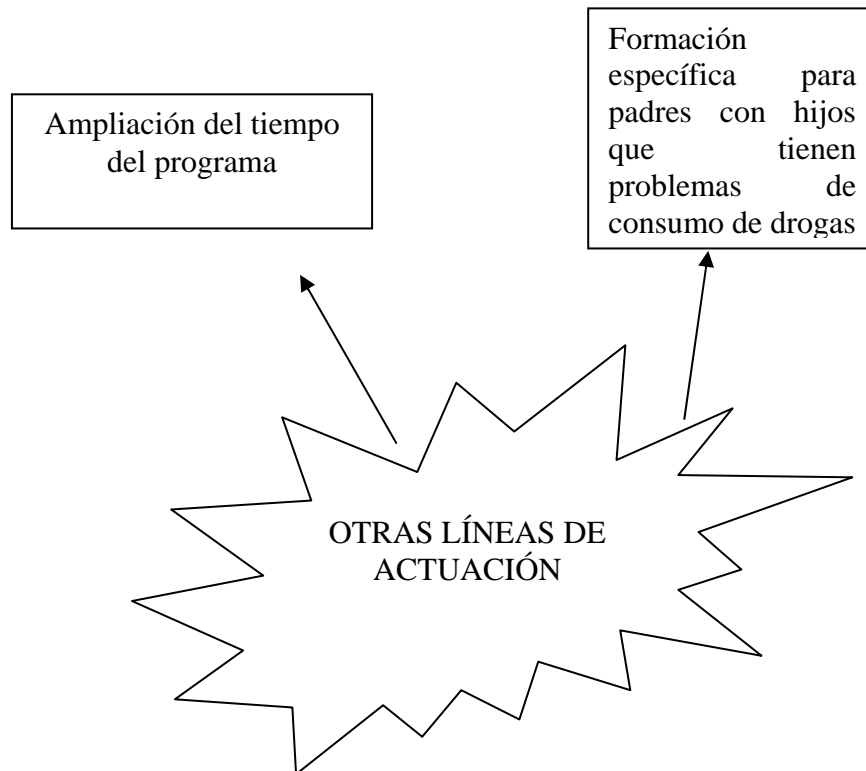


Tabla n° 135: Observaciones

Observaciones	
CP2	No se indica
CP4	
CP5	
CP6	

Como modificaciones se plantea la necesidad de aumentar el número de las actividades realizadas, así como su duración y se reclama una formación específica para padres y madres con hijos que tienen problemas con el consumo de drogas.

Los dos programas que presentamos a continuación se engloban dentro del Programa Comunitario y que corresponden a:

- Programas de ocio y tiempo libre
- Programas de menores en riesgo

DATOS BASICOS DE LOS PROGRAMAS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

El papel que juega la calle, el patio escolar, la vida cotidiana de los niños y adolescentes, está íntimamente relacionado con su edad y con sus estilos de vida. Así como el espacio que juegan los fines de semana en los jóvenes son un lugar importante para promover la cultura del ocio saludable, diseñando espacios y actividades que nos permitan disfrutar de este nuevo tiempo del que disponemos “libre” y de “ocio”.

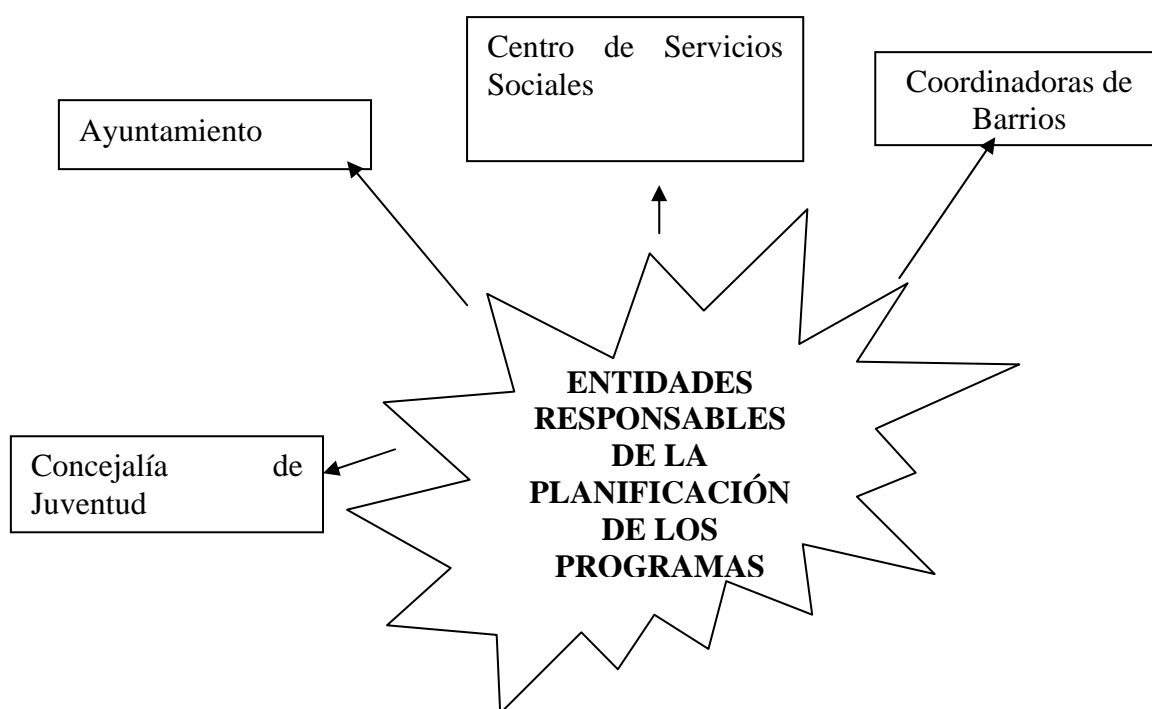
I.PARTICIPACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA DE LOS PROGRAMAS

I.1. Entidades responsables de la planificación de los programas

Tabla n° 136: Entidades responsables de la promoción del programa

	Entidad Responsable
CP2	Coordinadoras de Barrios
CP3	Concejalía de Juventud y el Ayuntamiento
CP4	Centro de Servicios Sociales
CP5	Mancomunidad de Servicios Sociales

Esquema n° 17: Entidades responsables de la planificación de los programas



II ESTRUCTURA Y ÁMBITO DE ACTUACIÓN

No se especifica ningún tipo de información referida a los ámbitos de actuación de este tipo de programas.

III ACTUACIONES PREVENTIVAS VERSUS DESTINATARIOS

III.1. Destinatarios

Tabla n° 137a: Destinatarios del programa

Grupo y/o Población implicada	CP2	CP3	CP4	CP5	F	%
	Actuaciones con niños	X		X	X	3
Actuaciones con adolescentes	X	X	X	X	4	80%
Actuaciones con jóvenes	X	X			2	40%
Actuaciones con padres	X				1	20%

Gráfico n° 13: Destinatarios

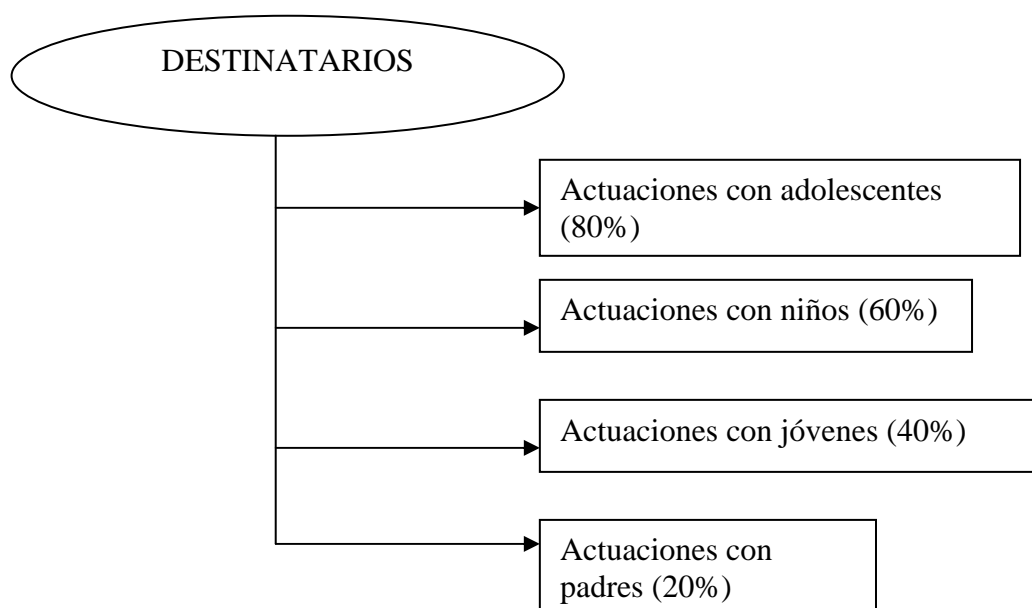
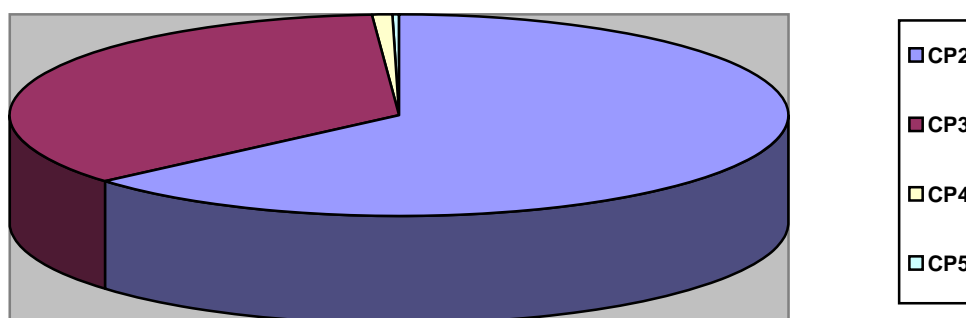


Tabla n° 137b: Número de Participantes

Cobertura (Número de participantes):					
CP2	CP3	CP4	CP5	Total	
9.000	5.000	120	30	14.150	

Gráfico n° 14: Número de Participantes



III.2. Actividades del programa

Tabla n° 138: Actividades

Tipo de actividad	CP2	CP3	CP4	CP5	%	
	Talleres: (teatro, fotografía, radio, dibujo, cuero, comics, manualidades...)	X	X	X	X	100%
Actividades lúdicas diversas: (murales, graffitis, gymkhana, otros.)	X	X		X	60%	
Actividades culturales alternativas: (conciertos, sesiones de cine, video, forum...)	X		X	X	60%	
Actividades deportivas: (campeonatos, otros)	X		X	X	60%	
Actividades recreativas: (salidas, viajes, visitas, excursiones)	X		X	X	60%	
Actividades de repaso escolar			X		20%	

Esquema nº 18: Actividades del programa

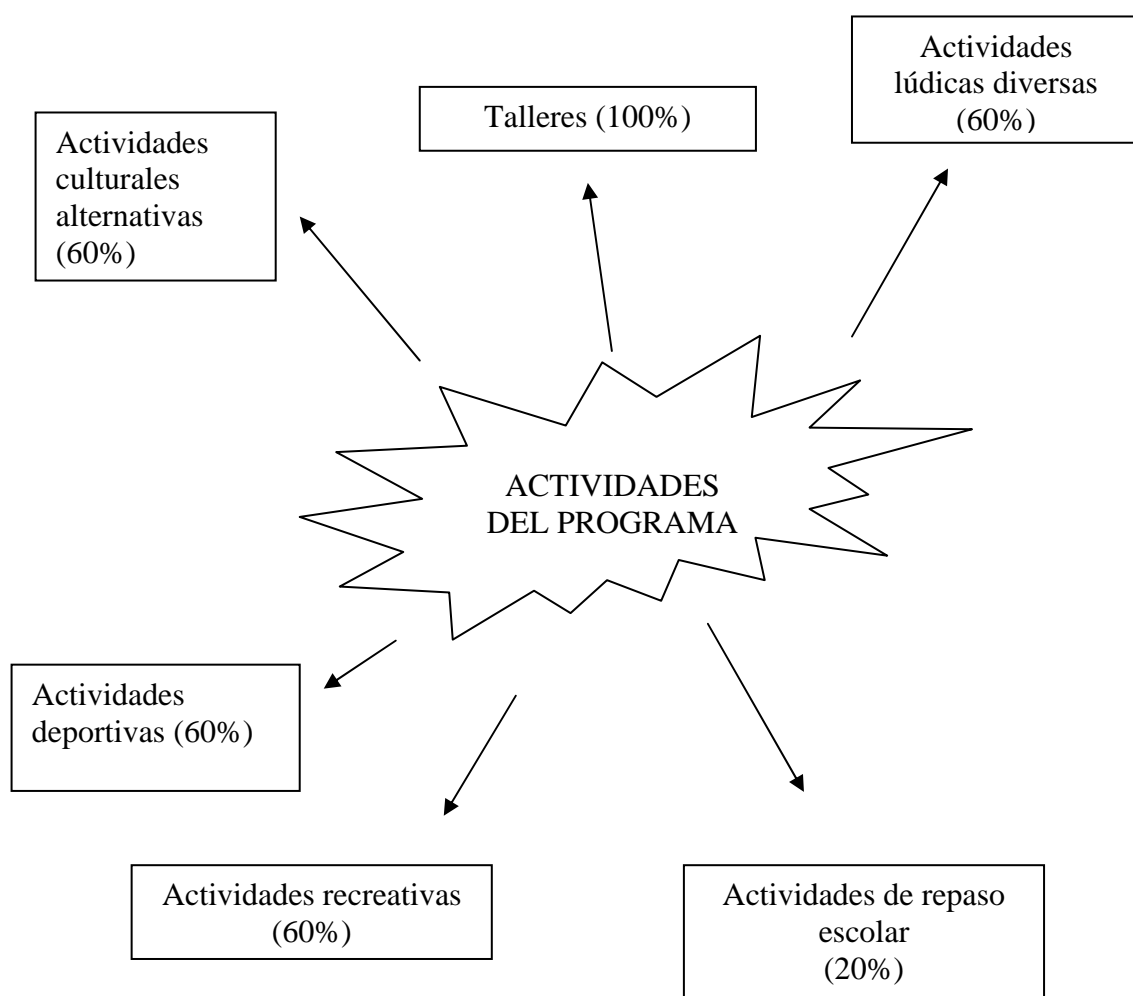
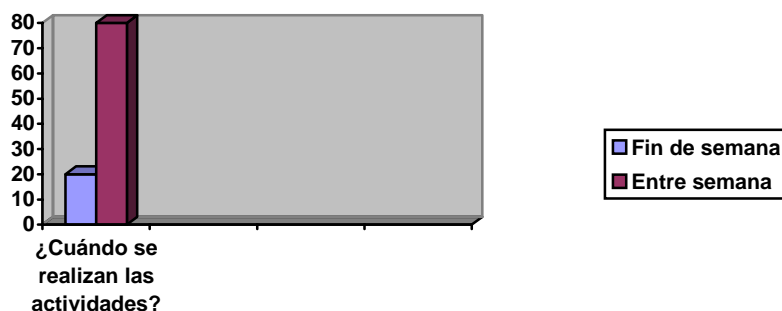


Tabla nº 139: ¿Cuándo se realizan las actividades?

Las actividades ¿Cuándo se realizan?	Fines de semana	CP2	CP3	CP4	CP5		
		X					20%
	Entre semana	X	X	X	X	80%	

Gráfico nº 15 ¿Cuándo se realizan las actividades?



Para estos programas las entidades responsables de promocionar los programas son las instituciones, destacamos aquí, la importancia de la colaboración de la Consejería de Juventud pues como vemos, la población destinataria es principalmente adolescente, seguida de los niños y los jóvenes y de forma muy puntual se trabaja con los padres.

El número de participantes de estos programas también continúa siendo bajo, se hace necesario implicar y sensibilizar a la población de la importancia de este tipo de programas en la prevención de problemáticas asociadas a las drogodependencias, así como ampliar las actividades de ocio saludable a toda la población.

El tipo de actividades que se realizan destacan por su atractivo, entre todas ellas, las que se realizan en mayor frecuencia son los talleres, seguidas de actividades culturales alternativas, actividades deportivas, lúdicas, recreativas y o último se incluyen actividades de repaso escolar. Todas estas actividades no se pueden plantear como alternativas al fin de semana, porque entre otras muchas razones se realizan principalmente durante la semana, otras razones que se argumentan son la cantidad de intereses creados que promocionan la industria del 'finde' basada en el consumo de alcohol principalmente. A pesar de ello, consideramos que es importante apostar por este tipo de programas, orientados a la utilización del tiempo libre y de ocio de forma saludable.

Destacamos que este tipo de programas no son evaluados, pues nada de su evaluación se dice al respecto en las memorias, es necesario replantear esta situación, pues sino se analizan y se ajustan a las necesidades de la población difícilmente podremos alcanzar los objetivos propuestos en ellos.

DATOS BASICOS DE LOS PROGRAMAS DE MENORES EN RIESGO

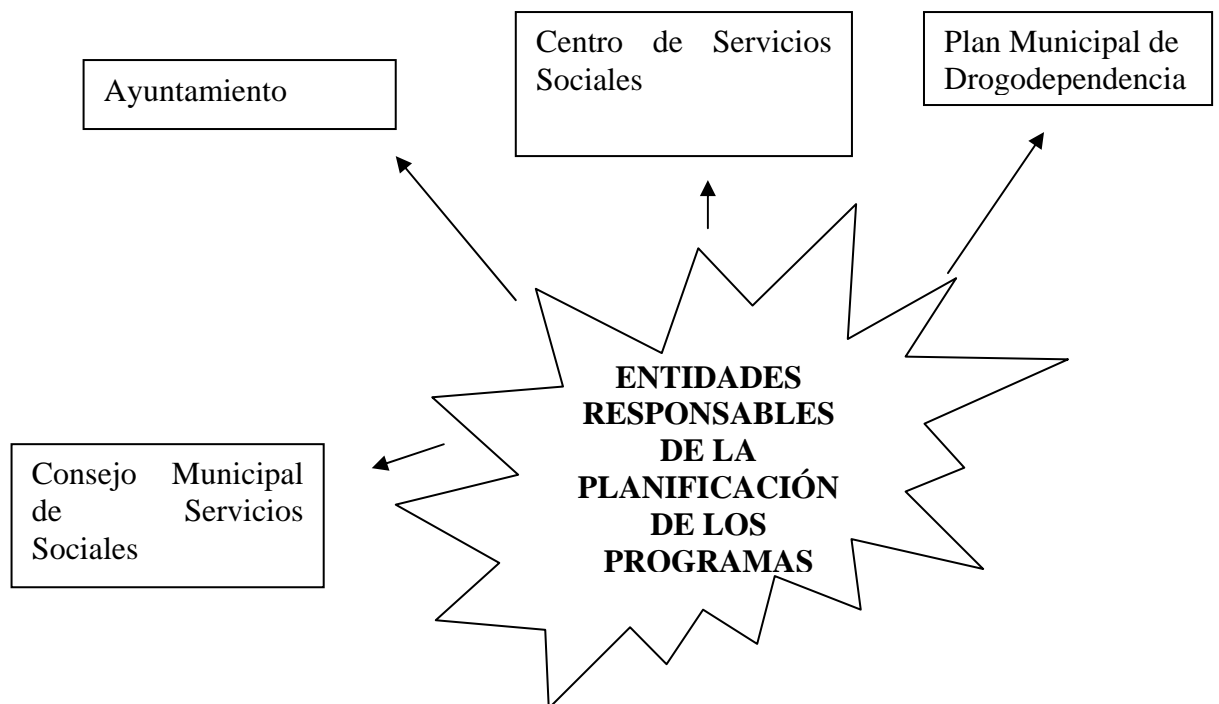
I. PARTICIPACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA DE LOS PROGRAMAS

I.1. Entidades responsables de la promoción del programa

Tabla n° 140: Entidades responsables de la planificación de los programas

	Entidad Responsable
CP2	Ayuntamiento y el Plan Municipal de drogodependencias
CP3	Consejo Municipal de Servicios Sociales
CP4	Ayuntamiento
CP5	Mancomunidad de Servicios Sociales del sureste
	Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste
	Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste
	Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste
CP6	Ayuntamiento

Esquema n° 19: Entidades responsables de la planificación de los programas

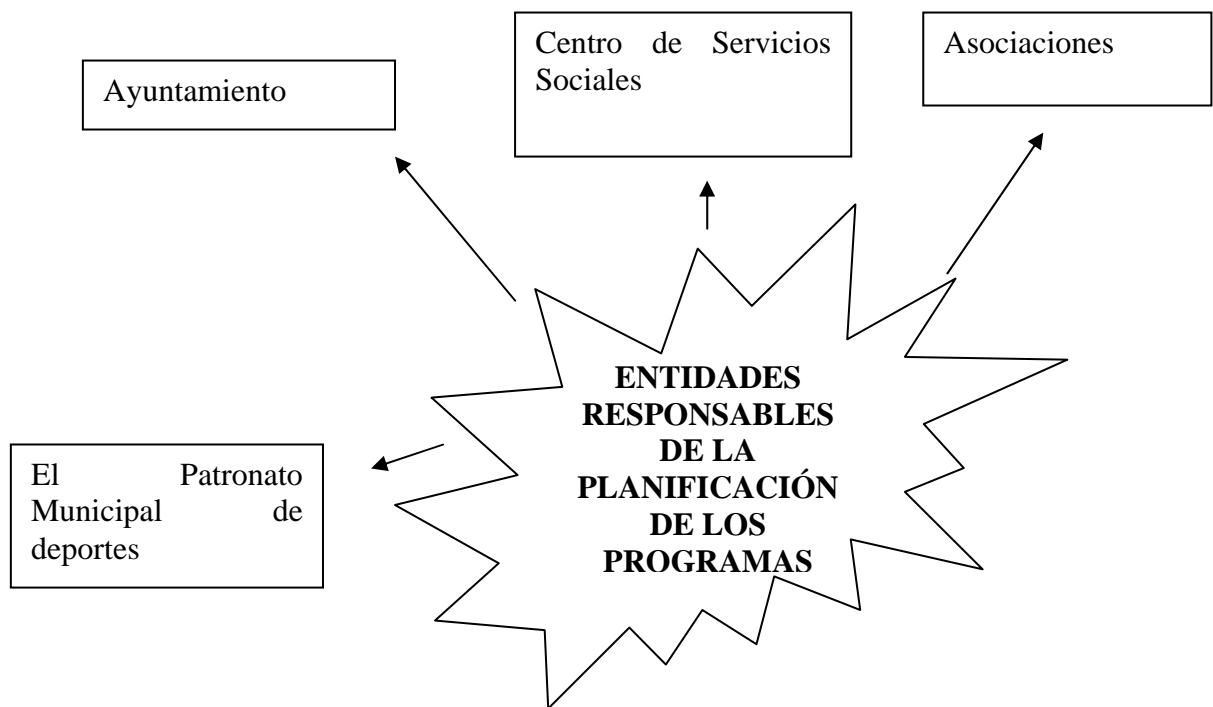


I.2. Entidades responsables de la implantación de los programas

Tabla nº 140: Entidades responsables de la implantación de los programas

	Entidad responsable de la implantación del programa
CP2	Servicios Sociales y el Patronato Municipal de deportes
CP3	Iniciativas el Gigante
CP4	Centro de Servicios Sociales
CP5	Mancomunidad de Servicios Sociales del sureste
	Mancomunidad de Servicios Sociales del sureste
	Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste
	Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste
CP6	Ayuntamiento y Centro de Servicios Sociales

Esquema nº 19: Entidades responsables de la implantación de los programas



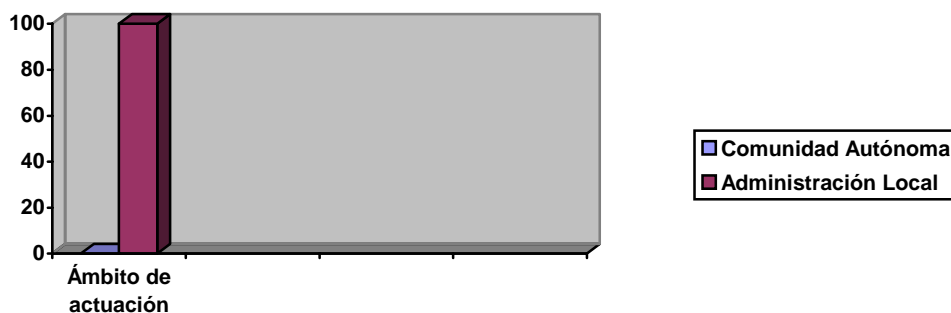
II. ESTRUCTURA Y ÁMBITO DE ACTUACIÓN

II.1. Ámbitos de aplicación

Tabla nº 142: Ámbitos de actuación

de del	Comunidad Autónoma	CP2	CP3	CP4	CP5				CP6	
Ámbito aplicación programa	Administración Local	X	X	X	X	X	X	X	X	100%

Gráfico nº 16: Ámbito de actuación



III. ACTUACIONES PREVENTIVAS *VERSUS* DESTINATARIOS

III.1. Destinatarios

Tabla nº 143: Edad de los destinatarios

Rango de edad de los destinatarios del programa de prevención:	0-6	CP2	CP3	CP4	CP5				CP6	
				X	X					X
6-12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100%
12-14	X	X	X					X	X	62,5%
14-16			X							12,5%
16-18										0%

Esquema n° 21: Edad de los destinatarios

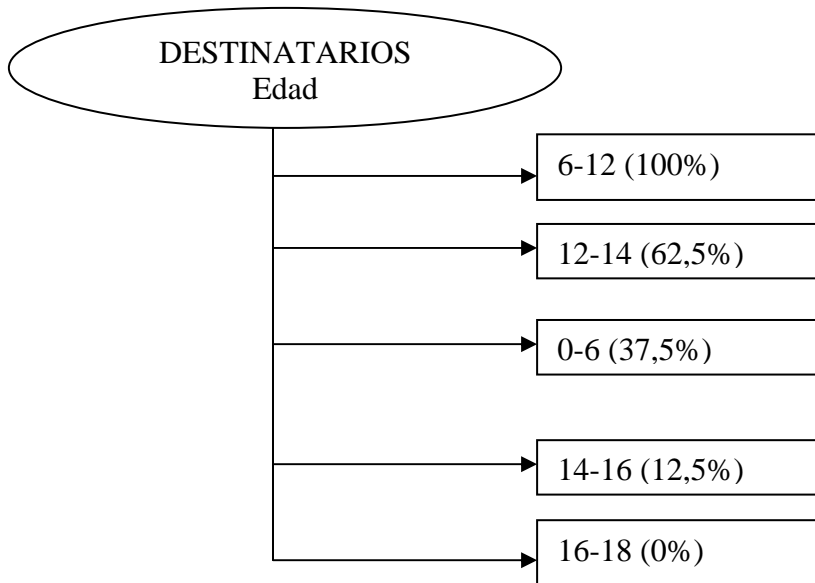
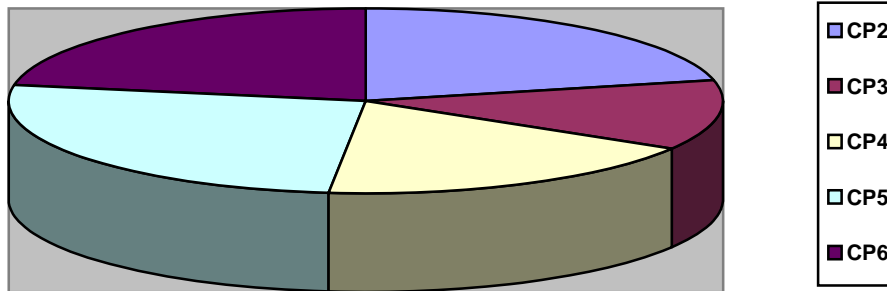


Tabla n° 144: Número de participantes

Número de menores atendidos								
CP2	CP3	CP4	CP5				CP6	Total
130	75	110	15	60	31	53	135	1.779



III.2. Actividades

Tabla n° 145: Actividades desarrolladas

Especifique que actividades han sido desarrolladas en el programa en los siguientes ámbitos	Apoyo a la escolarización	CP2	CP3	CP4	CP5			CP6	%
				X	X			X	
Actividades comunitarias			X	X			X	X	50%
Ámbito laboral									0%
Ocio y tiempo libre	X	X	X	X	X	X	X	X	100%
Desarrollo personal	X	X	X	X	X	X	X		87,5%
Actuaciones con la familia	X						X	X	37,5%

Esquema n° 21: Actividades desarrolladas

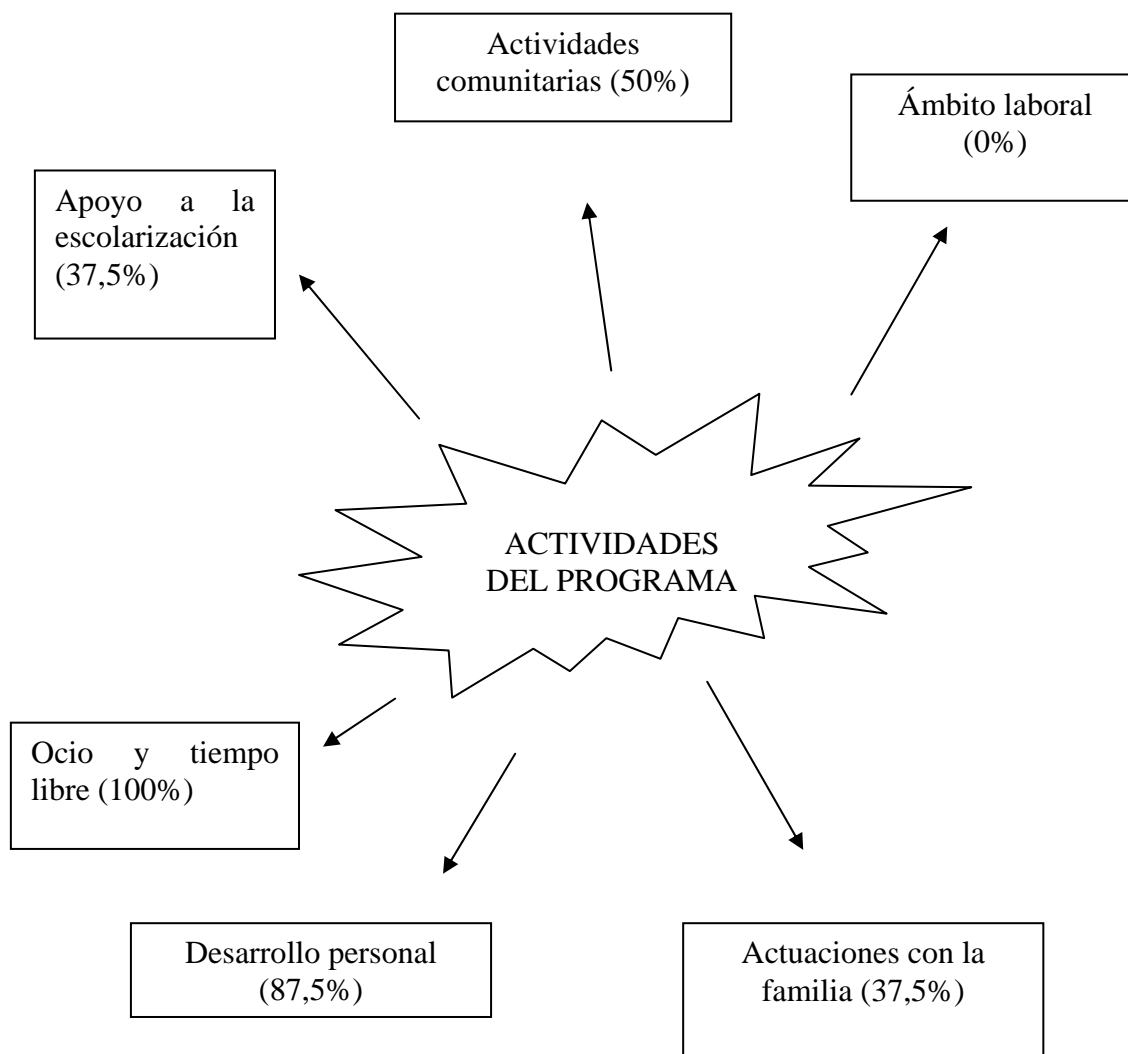


Tabla n° 146: Horario de la actividad

Las actividades en que momento del día se llevan a cabo	Mañana	CP2	CP3	CP4	CP5	%	
		X	X	X	X	100%	
	Tarde	X	X			50%	
	Noche	X				25%	

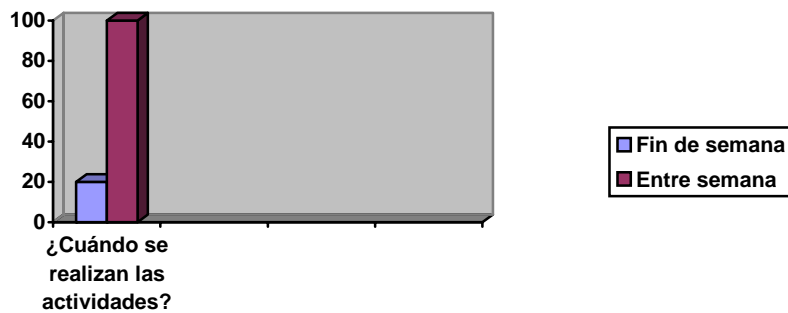
Gráfico n° 18: Horario de la actividad



Tabla n° 147: ¿Cuándo se realizan las actividades?

Las actividades ¿Cuándo se realizan?	Fines de semana	CP2	CP3	CP4	CP5	%	
		X					20%
	Entre semana	X	X	X	X	100%	

Gráfico n° 19: ¿Cuándo se realizan las actividades?



IV. RECURSOS

No se especifica nada al respecto

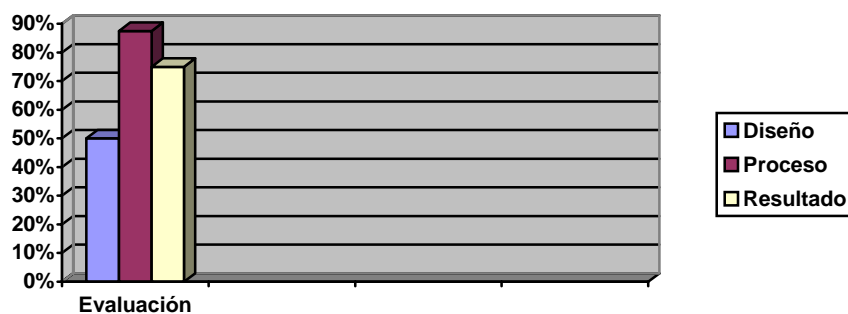
V. EVALUACIÓN

V.1. Tipo de evaluación del programa

Tabla n° 148: Tipo de evaluación

Tipo de evaluación que ha sido llevada a cabo	Diseño	CP2	CP3	CP4	CP5				CP6	%
						X	X	X	X	
	Proceso	X		X	X	X	X	X		87,5%
	Resultado		X		X	X	X	X		75%

Gráfico n° 20: Tipo de evaluación



V.2. Grado de consecución de los objetivos

Tabla n° 149: Grado de consecución de los objetivos

Grado de consecución de los objetivos	Alto	CP2	CP3	CP4	CP5				CP6	%
			X	X		X	X	X	X	X
	Medio			X						12,5%
	Bajo									0%

Gráfico n° 21: Consecución de los objetivos

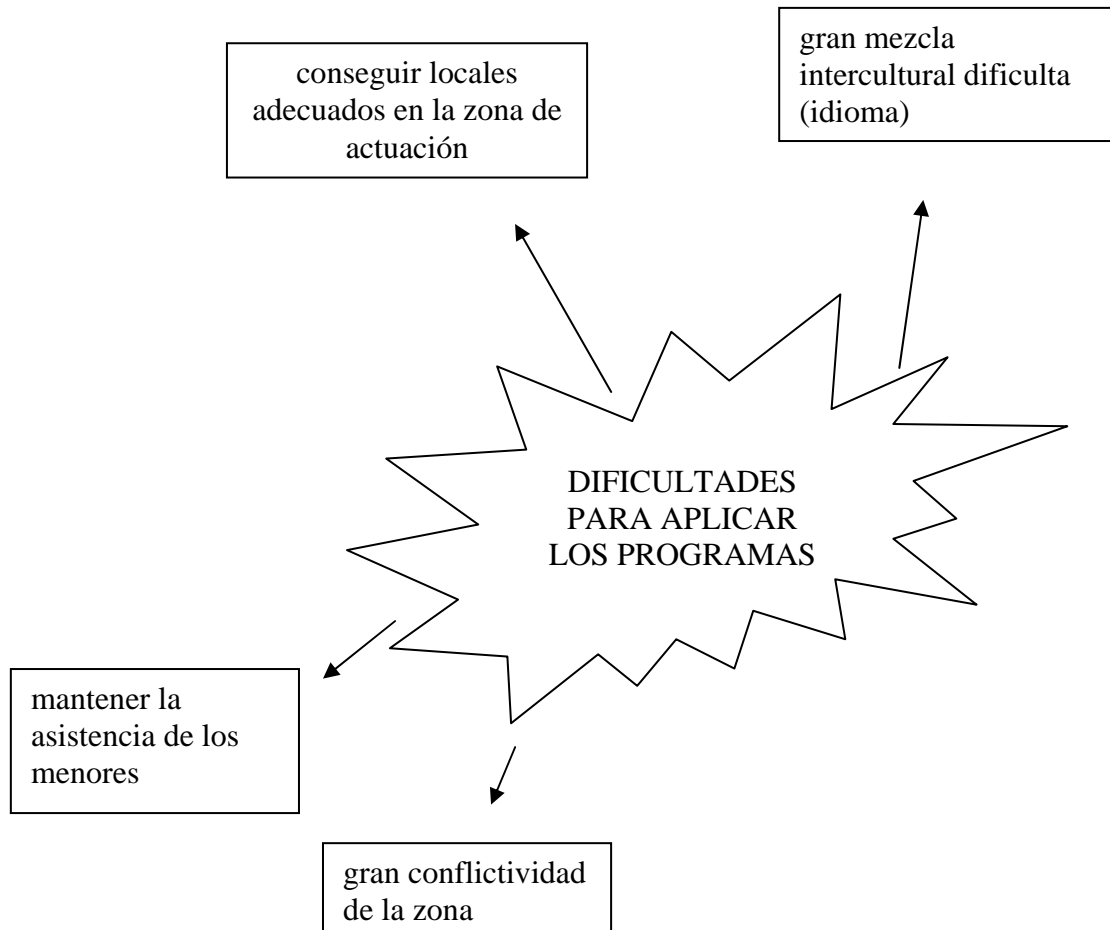


V.3. Dificultades para alcanzar los objetivos

Tabla nº 150: Dificultades detectadas

	Enumere las principales dificultades encontradas para aplicar y cumplir los objetivos del programa
CP2	No se indica
CP3	La principal dificultad estriba en conseguir locales adecuados en la zona de actuación para desarrollar las actividades
CP4	La gran conflictividad de la zona hace que los objetivos se cumplan con dificultad
CP5	No se indica
	No se indica
	La gran mezcla intercultural de los alumnos dificulta en ocasiones las posibilidades de desarrollo de algunos contenidos y actividades. A esto hay que añadir la dificultad de una actividad de esta índole: idioma, comprensión de textos. A pesar de ellos se ha mantenido la participación a diferencia de otras actividades ofertadas en la zona.
	La gran mezcla intercultural de los alumnos dificulta en ocasiones las posibilidades de desarrollo de algunos contenidos y actividades.
CP6	Las dificultades encontradas desde el comienzo del proyecto han sido las infraestructuras de las instalaciones donde se desarrollan las actividades con los menores Otra dificultad encontrada es mantener la asistencia de los menores a partir de 13 años y su respectiva consolidación de un grupo específico para ellos/as.

Esquema nº 22a: Dificultades para desarrollar los programas



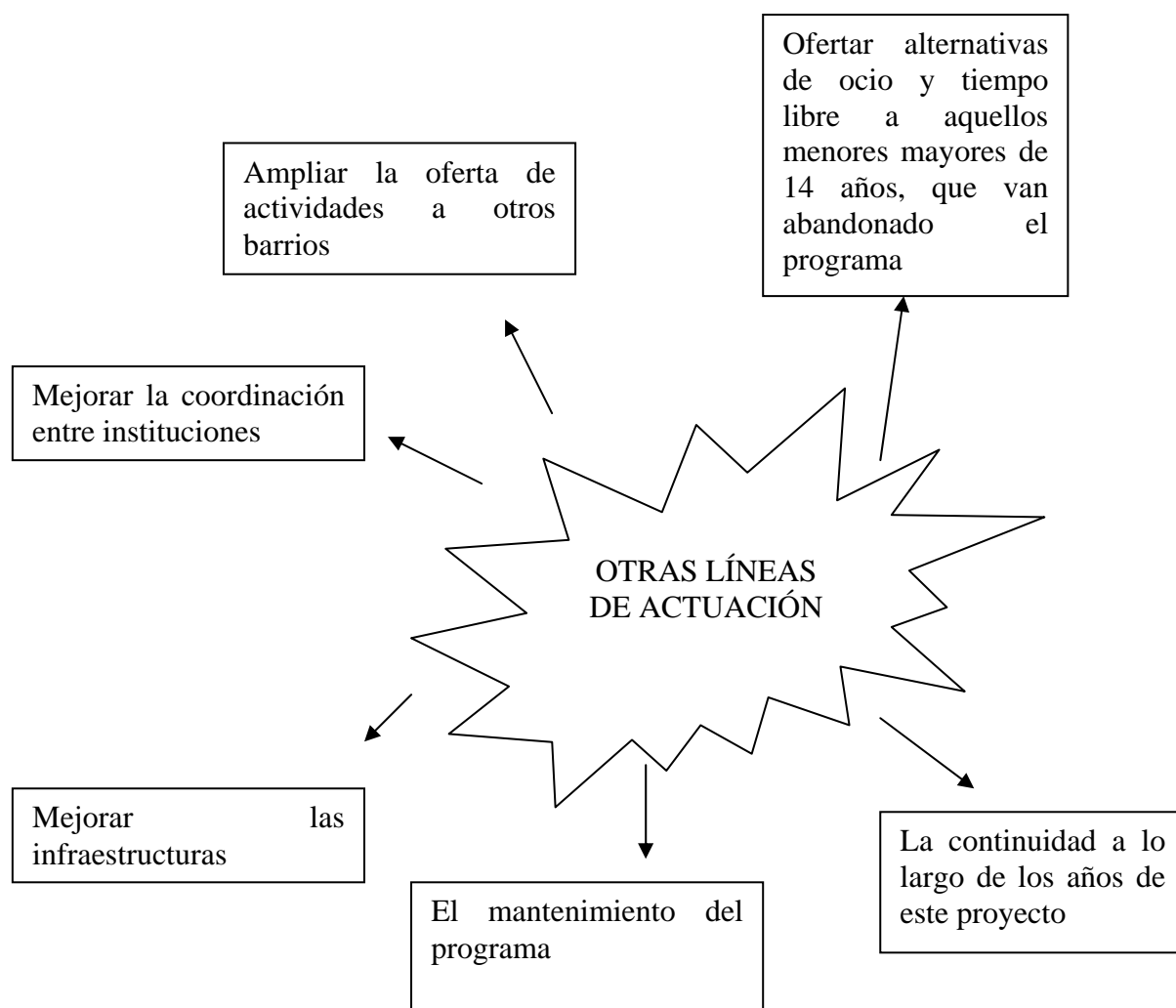
VI. MODIFICACIONES EN LOS PROGRAMAS Y APROTACIONES

VI.1. Otras líneas de actuación

Tabla nº 151: Otras líneas de actuación

	Tras la evaluación del programa, ¿qué otras nuevas líneas de actuación ve usted importante desarrollar para mejorar los programas de prevención con menores en riesgo?
CP2	No ser indica
CP3	Ampliar la oferta de actividades a otros barrios de la ciudad Mejorar la coordinación entre instituciones (asociaciones, centros educativos, servicios sociales, ...)
CP4	La continuidad a lo largo de los años de este proyecto y con un alcance anual y trabajar de modo coordinado con los programas de familia, menores, colegios, centros de salud, etc.
CP5	Continuar con esta línea de trabajo, huyendo de actuaciones puntuales e interactuar más con profesores y padres.
	Continuar con esta línea de trabajo, huyendo de actuaciones puntuales e interactuar más con profesores y padres.
	Continuar con esta línea de trabajo, huyendo de actuaciones puntuales (ampliar en nº de horas) e interactuar más con profesores y padres. Trabajo complementario con minorías étnicas e inmigrantes.
	Continuar con esta línea de trabajo, huyendo de actuaciones puntuales e interactuar más con profesores y padres. Intervención más indicada con el grupo de adolescentes usuarios de la ludoteca.
CP6	El mantenimiento del programa, mejorando las infraestructuras Ofertar alternativas de ocio y tiempo libre a aquellos menores mayores de 14 años, que van abandonado el programa

Esquema n° 22b: Otras líneas de actuación



Este tipo de programas son promocionados principalmente por los Centros de Servicios Sociales y puestos en marcha a demás por el patronato municipal de deportes y diversas asociaciones. Los destinatarios son principalmente niños y adolescentes con edades comprendidas entre 6 y 14 años. El número de participantes en este programa es bastante bajo, tal vez sea debido al carácter específico de los mismos, pues se trabaja con menores en riesgo de exclusión social, con el objetivos de evitar que esta situación de partida, de exclusión social, les lleve a desarrollar problemas, en un futuro, asociados al consumo de drogas.

Las actividades que se desarrollan van orientadas a la promoción de un tiempo libre y de ocio saludable, a propiciar el desarrollo personal, también engloban actividades comunitarias, así como de apoyo escolar y al trabajo con la familia. Abarcar todos estos ámbitos va a posibilitar actuar desde un punto de vista más global, amplio y rico para favorecer estilos de vida saludables.

En cuanto a los recursos destinados a la realización de estos programas, no se hace referencia alguna en las memorias, situación que sería conveniente subsanar para conocer aquellos recursos necesarios para mejorar el programa.

En cuanto al tipo de evaluación que se realizan, por primera vez se habla de evaluación de diseño, que se realiza solamente en una de las localidades, sigue destacando la evaluación de procesos, realizada por un 87,5% de Planes, seguida de la evaluación de resultados (75%), aunque se sigue sin plantear nada referente a la evaluación de necesidades.

En cuanto al grado de consecución de los objetivos, planteado de forma global, al igual que en anteriores programas, éste sigue siendo alto, a pesar de que esta graduación (alto, medio, bajo) no se corresponda con la consecución de los objetivos específicos de cada uno de los programas.

Entre las dificultades que encontramos para aplicar los programas de estas características se han destacado: la gran conflictividad de las zonas en las que se trabaja, la falta de asistencia con regularidad de los menores a las actividades, así como la falta de locales adecuados en los que trabajar, y las dificultades derivadas de la gran riqueza intercultural ubicadas en los barrios en los que se trabaja, como son el desconocimiento de los diferentes idiomas de las distintas culturas, así como de las costumbres de cada una de ellas.

En cuanto a las propuestas de mejoras se habla de ampliar la oferta de estos programas a chavales mayores de 14 años, realizar un seguimiento a los distintos participantes en los programas, una vez que estos han acabado, para ver si se consiguen los objetivos de integración social marcados a largo plazo, ampliar la oferta de estos programas a un número mayor de barrios y mejorar la coordinación entre las diferentes áreas.

DATOS BASICOS DE LOS PROGRAMAS DE ÁMBITO LABORAL

También en el ámbito laboral es necesario impulsar actuaciones preventivas, puesto que las repercusiones que el consumo de drogas tiene en la vida laboral pasan tanto por los perjuicios a los propios trabajadores como a la propia empresa. Aspectos estos, que hacen inexcusable la intervención desde el ámbito institucional para aportar las soluciones oportunas.

I. ENTIDADES IMPLICADAS EN LA PLANIFICACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA DE LOS PROGRAMAS

No se indica nada al respecto en las memorias

II. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

No se indica nada al respecto en las memorias

III. ACTUACIONES PREVENTIVAS VERSUS DESTINATARIOS

III.1. Descripción de la situación general de la actividad desarrollada en este ámbito por localidades:

CP1:

Programa de intervención sobre el hábito tabáquico en el ámbito laboral, dirigido a:

- Trabajadores del Ayuntamiento de Murcia y convivientes
- Profesionales de los centros tutelares de menores (Diagrama) según convenio de colaboración firmado entre esta entidad y el Ayuntamiento de Murcia.
- Profesores de los centros educativos participantes en el programa “Clases sin humo”

CP2:

No se especifican actuaciones en este ámbito

CP3:

Programa de prevención del tabaquismo en el ámbito laboral del Ayuntamiento

En el marco del Programa de Atención al Tabaquismo que desarrolla el Ayuntamiento. Durante el años 2004 se ha desarrollado una campaña de prevención destinada a todos los trabajadores/as del ayuntamiento, así como ciudadanos usuarios de las distintas dependencias municipales. La campaña, con el slogan “entorno son humos, mejor para todos” ha pretendido sensibilizar, tanto a los funcionarios como a los ciudadanos en general, sobre la conveniencia de lograr un entorno laboral libre del humo del tabaco. Esta campaña ha consistido fundamentalmente en la edición de cartelería y en la realización de actividades informativas en todos los departamentos municipales.

CP4:

En este ámbito hemos trabajado en los cursos que se están llevando a cabo de Garantía Social

CP5:

Esta actividad pretende incluir paulatinamente dentro de la Programación de Educación de Adultos, Garantía Social y Talleres Ocupacionales, existentes en el ámbito territorial de la Mancomunidad, contenidos sobre Salud y Medio Laboral.

Trata de influir en la disminución de la prevalencia de consumo de tabaco y alcohol en los trabajadores (alumnos a la vez de los mencionados ámbitos educativos); informándoles sobre distintos aspectos personales, familiares, sociales y laborales del consumo.

Se trabajo en colaboración con los profesores o monitores de cada aula, a través de material audiovisual, folletos informativos, guías didácticas sobre sustancias, sus efectos, alternativas y tratamiento.

El mencionado programa se organiza conjuntamente con el Departamento de juventud de UGT de Murcia, Área de prevención de Drogodependencias y la Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste.

CP6:

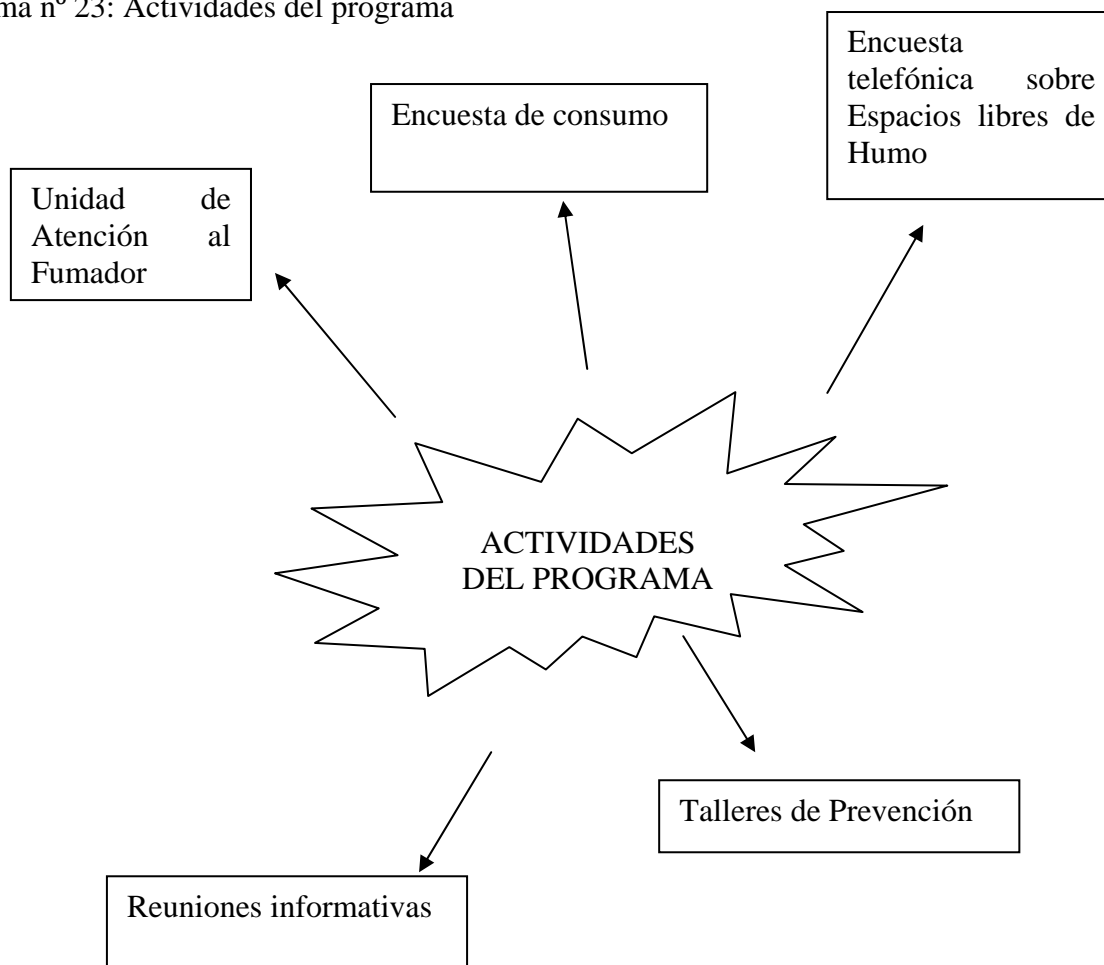
No se especifican actuaciones en este ámbito

III. 2. Actividades del programa

Tabla nº 152: Actividades

CP	Actividad
CP1	Encuesta consumo.
	Unidad de Atención al Fumador.
	Encuesta telefónica sobre Espacios libres de Humo.
CP3	Reuniones informativas
CP4	Prevención de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, etc. (Taller)
CP5	Talleres de Prevención

Esquema nº 23: Actividades del programa

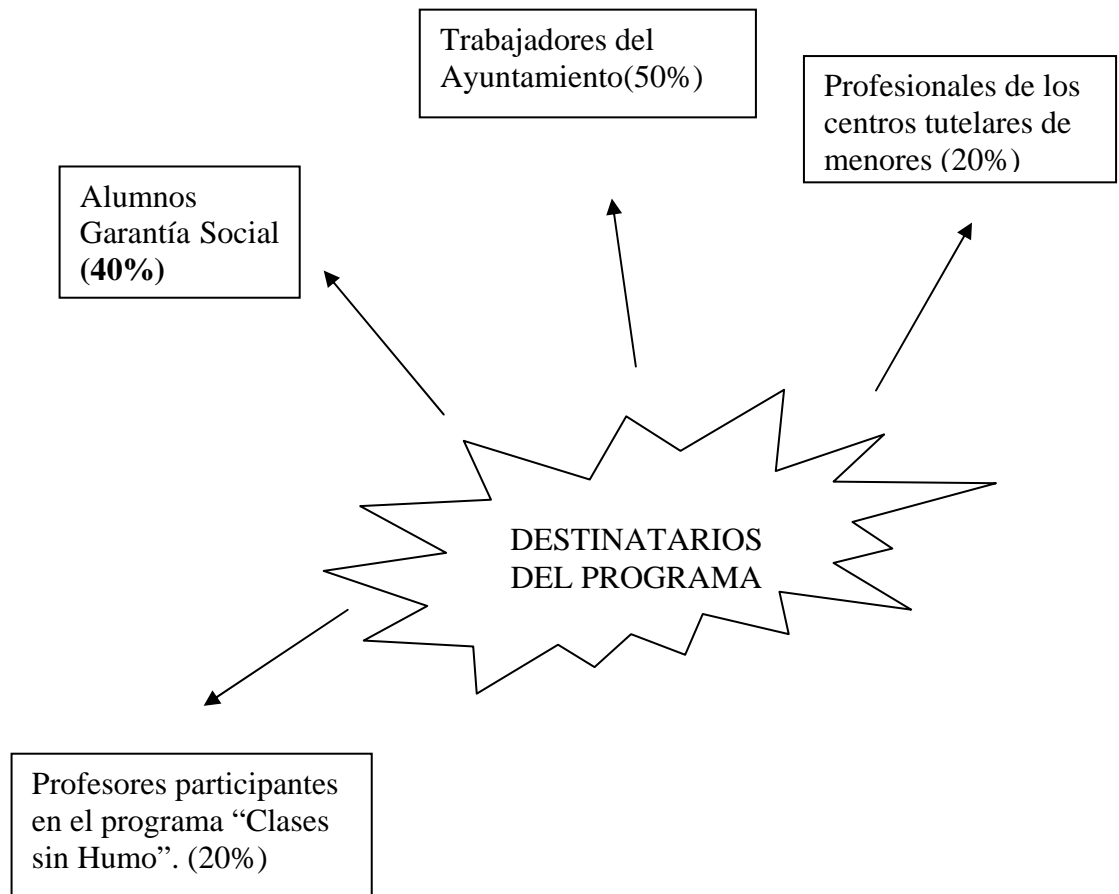


III.3. Destinatarios

Tabla nº 153: Destinatarios de los programas

CP	
CP1	- Trabajadores del Ayuntamiento. - Trabajadores del Ayuntamiento. - Profesionales de los centros tutelares de menores. - Profesores participantes en el programa "Clases sin Humo". - Trabajadores del Ayuntamiento de Murcia
CP3	Funcionarios/as.
CP4	55 alumnos de edades entre los 16-18 años. (Garantía Social)
CP5	28 alumnos de Garantía Social

Esquema nº 24: Destinatarios de los programas



IV. RECURSOS FINANCIEROS

No se indica nada al respecto en las memorias

V. EVALUACIÓN

No se indica nada al respecto en las memorias

VI. MODIFICACIONES EN LOS PROGRAMAS Y APROTACIONES

No se indica nada al respecto en las memorias

Con respecto a los programas que se desarrollan en el ámbito laboral, sólo hemos obtenido información referida a las actividades realizadas. En este sentido agrupamos como destinatarios a trabajadores funcionarios de los Ayuntamientos y a profesores de los Centros Educativos y Centros Tutelados de Menores, como alumnos de los programas del antiguo Garantía Social, ahora llamado, Programa de Iniciación Profesional para el Empleo.

Las actividades que se realizan están orientadas a la prevención del consumo de tabaco, a través de encuestas y de programas de atención al fumador, también se realizan reuniones informativas y talleres de prevención.

No se hace referencia ni a los recursos utilizados, ni se refleja la realización de ningún tipo de evaluación, así como tampoco se constata información alguna realizando aportaciones sobre los puntos de mejora de los programas. En este sentido, destacamos que este tipo de programas están poco desarrollados, y que es necesario realizar un seguimiento de qué actividades son las que se realizan, cuáles son los puntos débiles y cuales los fuertes. Recordemos que el consumo de drogas ha aumentado de forma considerable en los últimos años, en el ámbito laboral, y que éste ya no es principalmente un “problema de jóvenes”, sino de la población adulta, y que, además está asociado al aumento de riesgos laborales, una de las asignaturas pendientes de nuestro país.

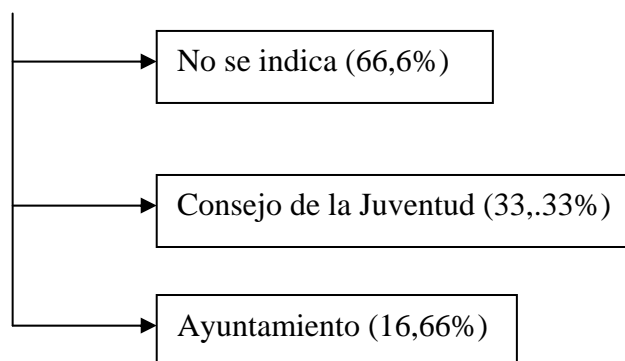
I. ENTIDADES IMPLICADAS EN LA PLANIFICACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA DE LOS PROGRAMAS

I.1. Entidades implicadas en la planificación y en la puesta en marcha de los programas

Tabla nº 154: Entidades implicadas en la planificación y en la puesta en marcha

CP	Entidades implicadas en la planificación y en la puesta en marcha
CP1	No se indica
CP2	Ayuntamiento Consejo de la Juventud Asociaciones
CP3	Consejo de la Juventud
CP4	No se indica
CP5	No se indica
CP6	No se indica

Esquema nº 25: Entidades responsables



II. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

No se indica nada al respecto en las memorias

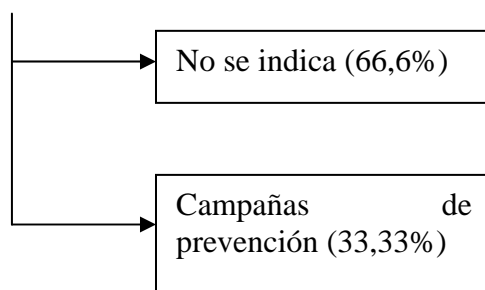
III. ACTUACIONES PREVENTIVAS *VERSUS* DESTINATARIOS

III.1. Actividades realizadas en los programas de sensibilización social

Tabla nº 155: Actividades

CP	Actividades
CP1	No se indica
CP2	Cuando Bebas Alcohol ... Controla y Vive las Fiestas.
CP3	Campaña de prevención de abuso de alcohol. Consejo de la juventud
CP4	No se indica
CP5	No se indica
CP6	No se indica

Esquema nº 26: Actividades

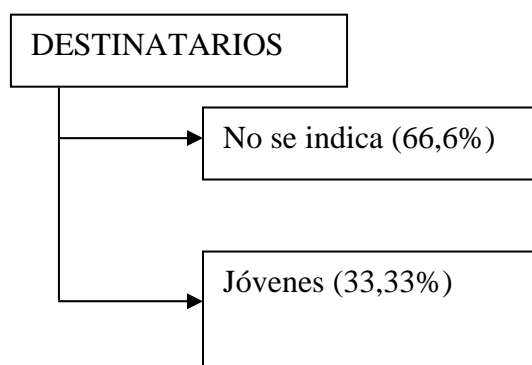


III.2. Destinatarios de las actividades

Tabla nº 156: Destinatarios

CP	
CP1	No se indica
CP2	Jóvenes
CP3	Jóvenes
CP4	No se indica
CP5	No se indica
CP6	No se indica

Esquema nº 27: Destinatarios



III.3. Información general sobre la actividad desarrollada en el ámbito de los medios de comunicación acorde con los indicadores de la Estrategia Nacional sobre Drogas

Tabla n° 157: Información a los medios de comunicación

¿Se distribuye en su municipio información básica sobre drogodependencias a los profesionales de los medios de comunicación?		CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	
Si		X a través de ruedas de prensa relacionadas con las actividades del PMAD	X				
No							

Esquema n° 28: Información a los medios de comunicación

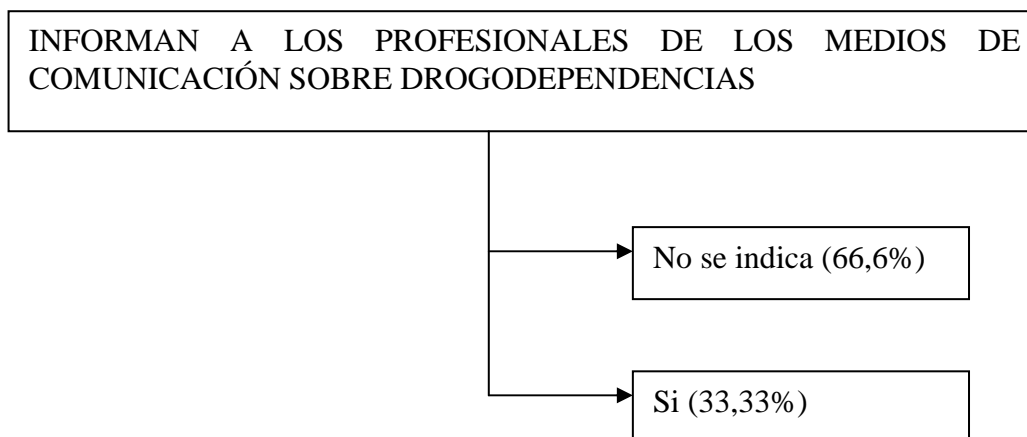
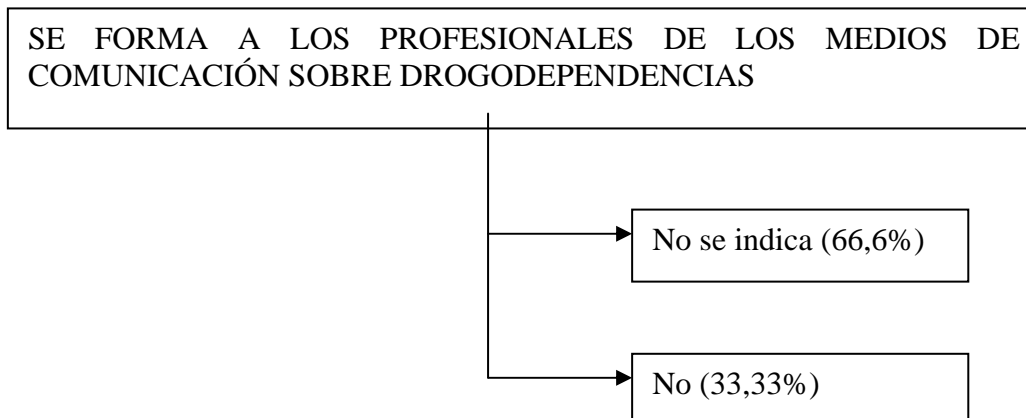


Tabla n° 158: Formación a los medios de comunicación

¿Se realizan en su municipio acciones formativas dirigidas a los profesionales de los medios de Comunicación?		CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	
Si							
No		X	X				

Esquema n° 29: Formación a los medios de comunicación



IV. RECURSOS FINANCIEROS

No se indica nada al respecto en las memorias

V. EVALUACIÓN

No se indica nada al respecto en las memorias

VI. MODIFICACIONES EN LOS PROGRAMAS Y APROTACIONES

No se indica nada al respecto en las memorias

Venimos denunciando durante todo nuestro trabajo que es necesario invertir en sensibilización social con respecto a la importancia de la implicación de los ciudadanos en el proyecto de desarrollo de los PMD. También venimos denunciando esta carencia que en este apartado se refleja de forma directa.

La única información que hemos obtenido hace referencia a las entidades implicadas en la planificación y en la puesta en marcha de los mismos, destacando entidades como el Consejo de la Juventud, los ayuntamientos y las asociaciones, en aquellos casos en los que se refiere a este aspecto, ya que en la mayoría de ellos no se dice nada al respecto.

En segundo y último lugar hemos obtenido información de las distintas actividades, aunque sólo hemos obtenido esta información de una sola de las Corporaciones Públicas, en la que se hace referencia a campañas preventivas, sobre todo a aquellas centradas en la prevención del consumo de alcohol, en estas actividades los destinatarios son los jóvenes.

En este ámbito se incluye un apartado en el que se hace referencia a la información y formación en prevención en materia de drogodependencias que reciben los técnicos de los medios de comunicación. En lo referente a la formación hemos recogido que no se realiza ningún tipo de actividad con estos profesionales, advirtiendo que hay todo un camino por explorar, en lo que se refiere a la información, un municipio de los cinco analizados ha manifestado realizar ruedas de prensa informativas orientadas en este sentido. Es importante hacer hincapié en formar a estos profesionales, pues son ellos los encargados de generar los discursos sociales sobre las drogas, cuanto más formados estén y mejor conozcan la dimensión multidimensional que rodean a las drogodependencias, mucho mejor será la información que transmitan a la sociedad a través de los *mass-media*.

Por otra parte, volvemos a incidir en la necesidad de identificar los recursos, realizar evaluación de los programas y proponer las mejoras y cambios necesarios para que este avance. Es por tanto necesario desarrollar estos apartados par dar respuesta a algunas de las aportaciones que realizamos en este trabajo.

DATOS BASICOS DE LOS PROGRAMAS DEL ÁREA DE FORMACIÓN (De profesionales y mediadores)

I. ENTIDADES IMPLICADAS EN LA PLANIFICACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA DE LOS PROGRAMAS

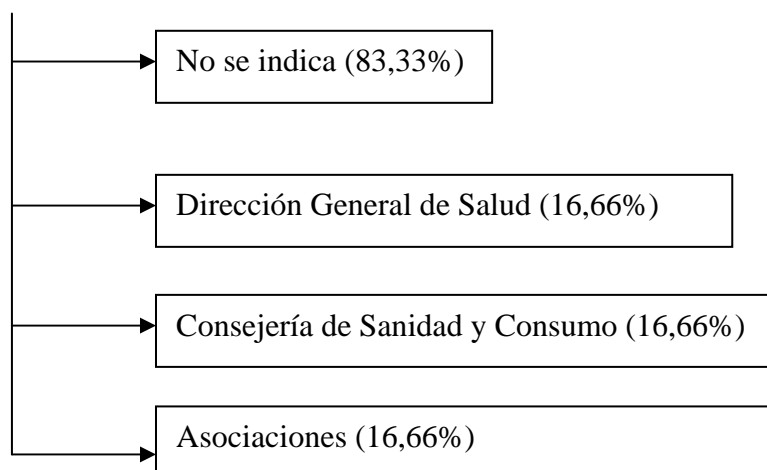
I.1. Entidades implicadas en la planificación y en la puesta en marcha de los programas

Tabla nº 159: Entidades implicadas en la planificación y en la puesta en marcha

CP	Entidades implicadas en la planificación y en la puesta en marcha
CP1	No se indica
CP2	Dirección General de Salud Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Murcia. Asociaciones
CP3	No se indica
CP4	No se indica
CP5	No se indica
CP6	No se indica

Esquema nº 30: Entidades responsables

ENTIDADES RESPONDABLES



II. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

No se indica nada al respecto en las memorias

III. ACTUACIONES FORMATIVAS PREVENTIVAS VERSUS DESTINATARIOS

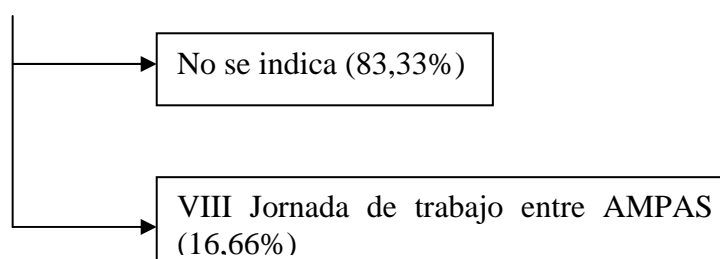
III. 1. Actividades

Tabla n° 160: Actividades

CP	Actividades
CP1	No se indica
CP2	VIII Jornada de trabajo entre AMPAS
CP3	No se indica
CP4	No se indica
CP5	No se indica
CP6	No se indica

Esquema n° 31: Actividades

ACTIVIDADES



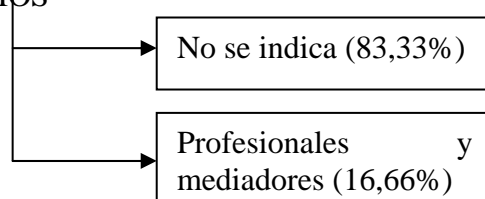
III.2. Destinatarios

Tabla n° 161: Destinatarios de las actividades

CP	
CP1	No se indica
CP2	Profesionales y mediadores
CP3	No se indica
CP4	No se indica
CP5	No se indica
CP6	No se indica

Esquema n° 32: Destinatarios

DESTINATARIOS



IV. RECURSOS FINANCIEROS

No se indica nada al respecto en las memorias

V. EVALUACIÓN

No se indica nada al respecto en las memorias

VI. MODIFICACIONES EN LOS PROGRAMAS Y APROTACIONES

No se indica nada al respecto en las memorias

De estos programas sólo hemos obtenido información de las entidades implicadas en la planificación de uno de las seis memorias analizadas, y han destacado la Dirección General de Salud y la Consejería de Sanidad y Consumo, además de las asociaciones. También hemos obtenido información sobre las actividades preventivas realizadas, que al igual que en la anterior unidad de información, sólo se ha recogido en una de las seis localidades de los Planes analizados, así se han destacado unas jornadas de trabajo entre AMPAS dirigidas a profesionales y mediadores. Nada más se aporta sobre estos programas, ni recursos, ni evaluación, y por supuesto, ni modificación alguna para su mejora. Estamos ante todo un campo por conocer y analizar.

DATOS BASICOS DE LOS PROGRAMAS DEL ÁREA DE PUBLICACIONES

I ENTIDADES IMPLICADAS EN LA PLANIFICACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA DE LOS PROGRAMAS

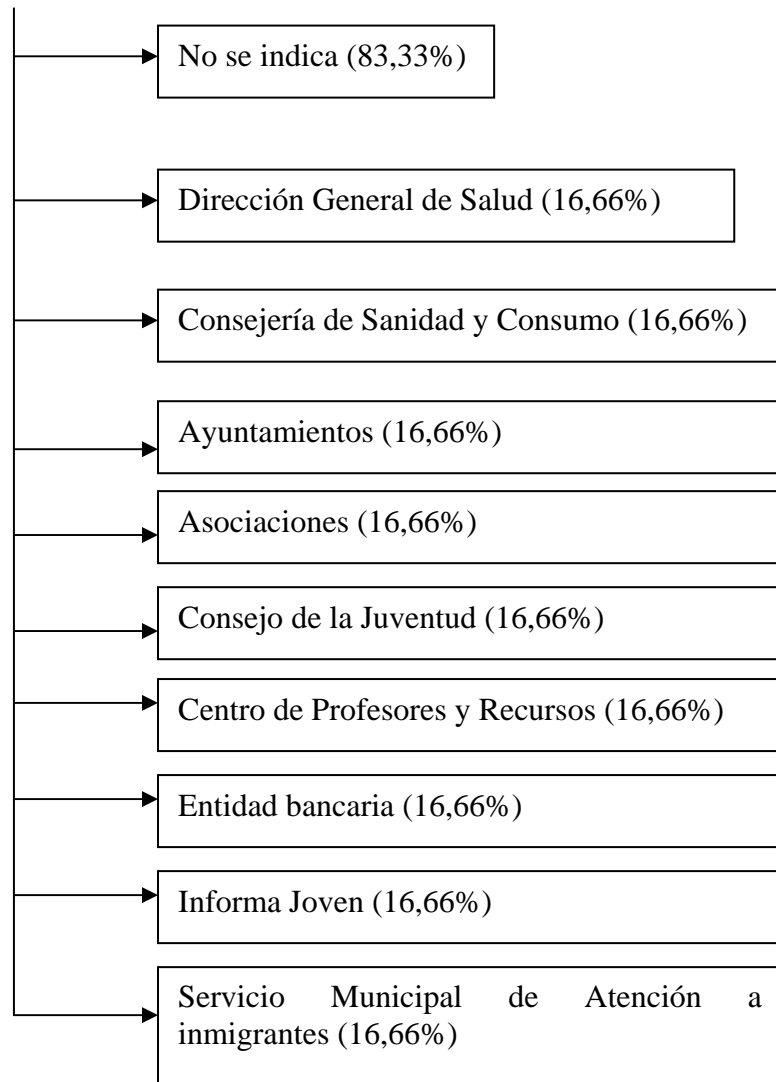
I.1. Entidades implicadas en la planificación y en la puesta en marcha de los programas

Tabla nº 162: Entidades implicadas en la planificación y en la puesta en marcha

CP	
CP1	Comunidad autónoma
CP2	Dirección General de Salud Consejería de Sanidad Ayuntamiento Entidad bancaria Centro de Profesores y Recursos. Consejo de la Juventud Asociaciones
CP3	Ayuntamiento Consejería de Sanidad
CP4	No se indica
CP5	No se indica
CP6	Centro de Servicios Sociales Informa Joven Servicio Municipal de Atención a inmigrantes

Esquema nº 33: Entidades responsables

ENTIDADES RESPONDABLES



II. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

No se indica nada al respecto en las memorias

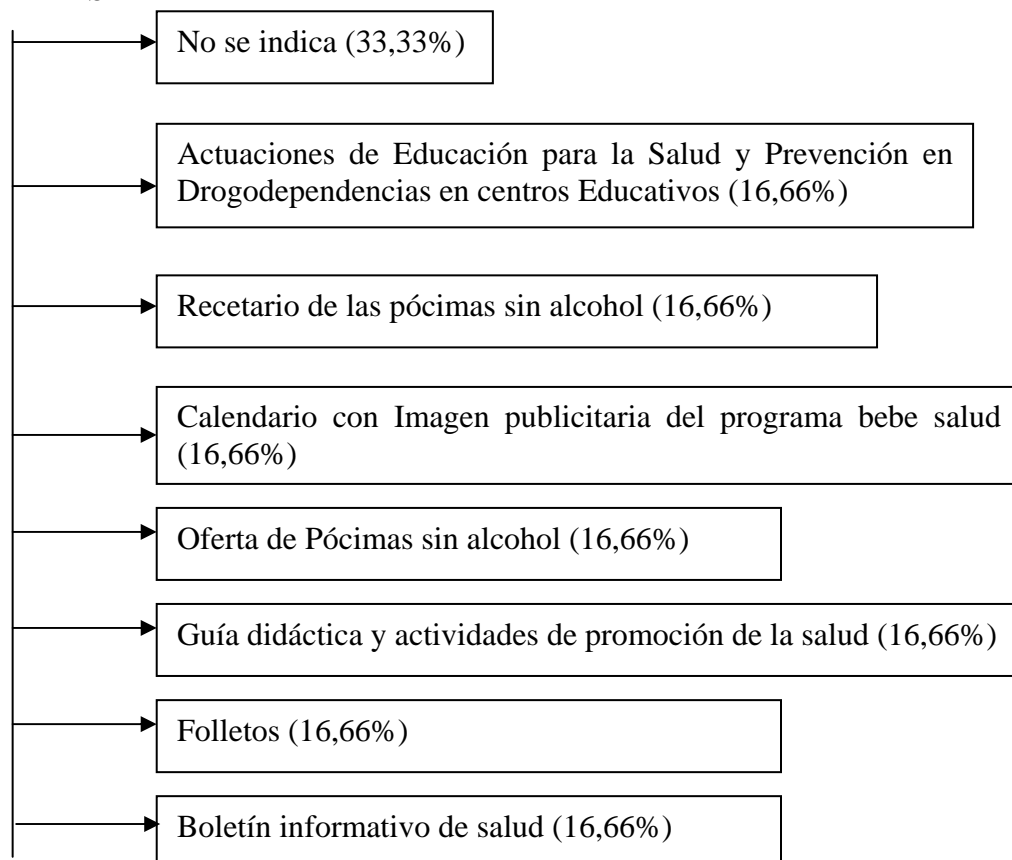
III. ACTUACIONES FORMATIVAS PREVENTIVAS *VERSUS* DESTINATARIOS

III.1. Actividades

Tabla nº 163: Actividades de los programas

CP	
CP1	Guía de programas de promoción de salud y prevención de drogodependencias
CP2	Actuaciones de Educación para la Salud y Prevención en Drogodependencias en centros Educativos.
	Recetario de las pócimas sin alcohol
	Calendario con Imagen publicitaria del programa bebe salud
	Oferta de Pócimas sin alcohol
	Guía didáctica y actividades de promoción de la salud
CP3	No se indica
CP4	Folletos
CP5	No se indica
CP6	Boletín informativo de salud

Esquema nº 34: Actividades
ACTIVIDADES

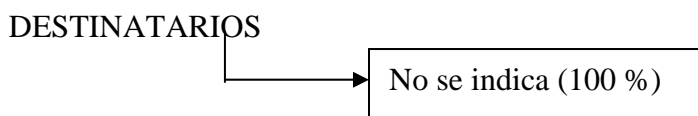


III.1. Destinatarios

Tabla nº 164: Destinatarios

CP	
CP1	No se indica
CP2	No se indica
CP3	No se indica
CP4	No se indica
CP5	No se indica
CP6	No se indica

Esquema nº 35: Destinatarios



IV. RECURSOS FINANCIEROS

No se indica nada al respecto en las memorias

V. EVALUACIÓN

No se indica nada al respecto en las memorias

VI. MODIFICACIONES EN LOS PROGRAMAS Y APROTACIONES

No se indica nada al respecto en las memorias

En lo referente a los programas del área de publicaciones se recogen diferentes entidades implicadas en la promoción de estos programas, y abarcan un gran abanico, desde la Consejería, los Ayuntamientos, las asociaciones, el Consejo de la Juventud, el CPR, las entidades bancarias, informa-joven, hasta servicios municipales de atención a los inmigrantes. Todas estas entidades participan en dar a conocer las actividades que se realizan a través de los PMD, y como observamos pertenecen a diferentes ámbitos; institucional, financiero, asociativo, etc.

Las actividades que se realizan oscilan entre la publicación de Guías didácticas y actividades de promoción de la salud, actividades que se realizan de educación para la salud en los Centros Educativos, folletos y boletines informativos, hasta otras más creativas como recetarios de pócimas sin alcohol y calendarios de promoción de bebidas sin alcohol.

Nada se indica con respecto a los destinatarios, al igual que nada se dice sobre los recursos, la evaluación y las aportaciones de mejora. Es necesario seguir insistiendo en la importancia en la necesidad de desarrollar estos aspectos, pues de ellos depende conocer qué se está realizando, qué se está consiguiendo, y que acciones es necesario modificar y cuales potenciar para el desarrollo de una sociedad que pueda vivir con las drogas sin que estas le supongan una merma en sus condiciones de vida.

4.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN CUANTITATIVA

La fase cuantitativa de la investigación se ha basado en el análisis de los datos obtenidos a través de un cuestionario cuyas características técnicas se detallan a continuación:

Cuestionario: la recogida de datos se basó en un cuestionario cerrado y estructurado, que se recoge íntegro en el anexo V y cuyos bloques temáticos son los siguientes:

1. Datos sociodemográficos
2. Conocimiento y difusión del Plan
3. Características de la formación
4. Utilidad de la formación
5. Consumo de drogas
6. Continuidad de los programas

Universo: la población encuestada pertenece a la franja de edad que va desde los 13 hasta los 18 años, residentes en cuatro municipios de los seis seleccionados para realizar la investigación y que corresponden a los municipios de: Murcia, Cartagena, Lorca y Jumilla.

Aplicados y recogidos los cuestionarios y depurada la información obtenida, quedó una muestra definitiva de 505 casos. Como resultado se contemplaron 38 variables, representadas por letras y que han sido analizadas en este apartado.

Características del tratamiento informático y estadístico:

- a) Utilización del programa SPSS versión 12.01 para la realización de la matriz de variables y datos, y para el análisis estadístico posterior.
- b) Tabulación y descripción de la información.
- c) Cálculos de los estadísticos descriptivos de cada una de las variables (media, mediana, frecuencia, porcentajes, etc.).

4.5.1. Análisis descriptivo del cuestionario realizado a los alumnos

4.5.1.1. Datos de la muestra (variables independientes)

Las variables independientes definidas han sido las de Municipio, Curso, Sexo y Edad de los sujetos encuestados, datos importantes para conocer las características de la muestra del contexto de nuestra investigación y que a continuación describimos.

A) Municipio

Gráfico 22: Distribución de la población por municipios.

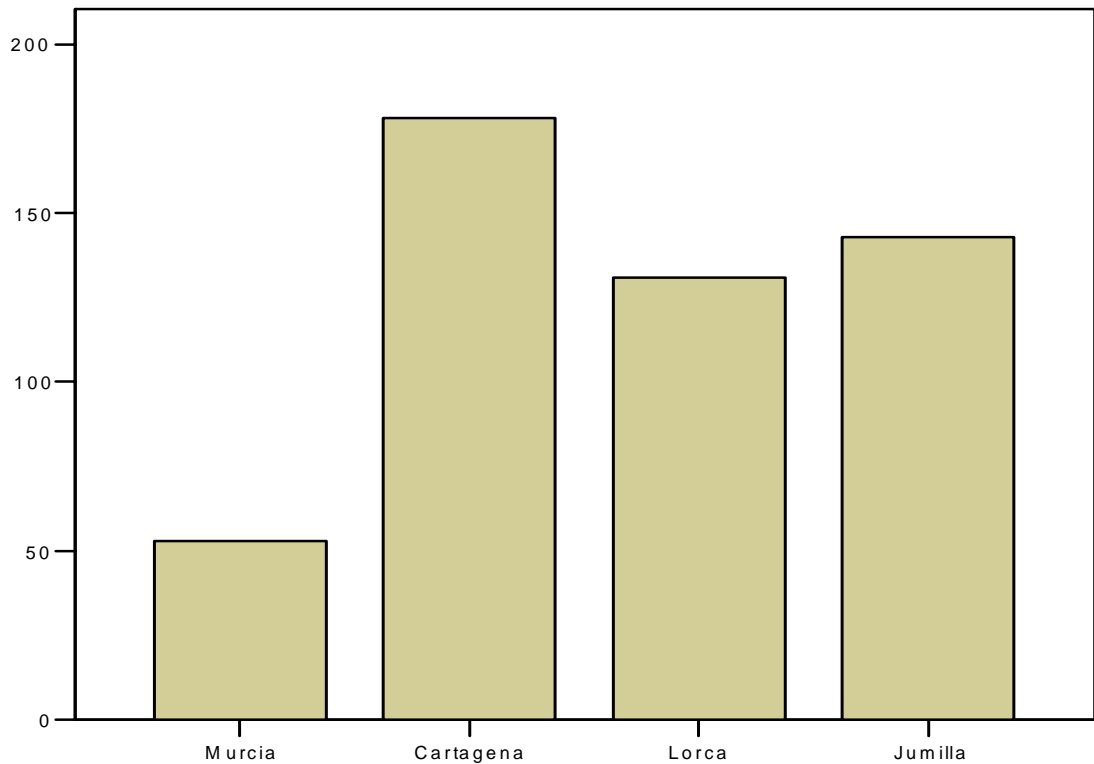


Tabla 165: Distribución de la población por municipios

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Murcia	53	10,5
	Cartagena	178	35,2
	Lorca	131	25,9
	Jumilla	143	28,3
	Total	505	100,0

El cuestionario se realizó en cuatro localidades de las seis en las que se ha realizado la investigación, se eligieron estas por su distribución geográfica. Así, se seleccionaron los municipios de Murcia, Cartagena, Lorca y Jumilla. No se realizó en todos los centros educativos, seleccionado sólo los centros de Educación Secundaria Obligatoria que se ofrecieron de forma voluntaria para participar en la investigación. Como se puede observar en el gráfico y en la tabla nº 1, la mayor representatividad de la muestra ha sido la del municipio de Cartagena constituyendo el 35,2% del total. En segundo lugar tenemos el municipio de Jumilla que representa el 28,3% del total de la muestra. En tercer lugar el municipio de Lorca, que representa el 25,9% del total de la muestra, estos tres municipios muestran una gran diferencia de porcentaje muestral con respecto al cuarto municipio que constituye una frecuencia más baja, representando tan sólo el 10,5% de la muestra total. Este hecho se ha debido principalmente a que en el municipio de Murcia sólo ha participado un Centro de Educación Secundaria, ya que se encuentra resistencia por saturación de cuestionarios de otras investigaciones que ya se habían realizado o se estaban realizando. Así, dos Centros Educativos que al principio se ofrecieron voluntarios para participar en el estudio, al final no pudieron pasar los cuestionarios a los alumnos por problemas de estructura y organización y otros centros que se prestaron a colaborar en la investigación no pudieron hacerlo porque no habían realizado actividades de prevención sobre drogodependencias.

B) Curso Educativo que realizan los sujetos

Gráfico 23: Distribución de la muestra por cursos educativos

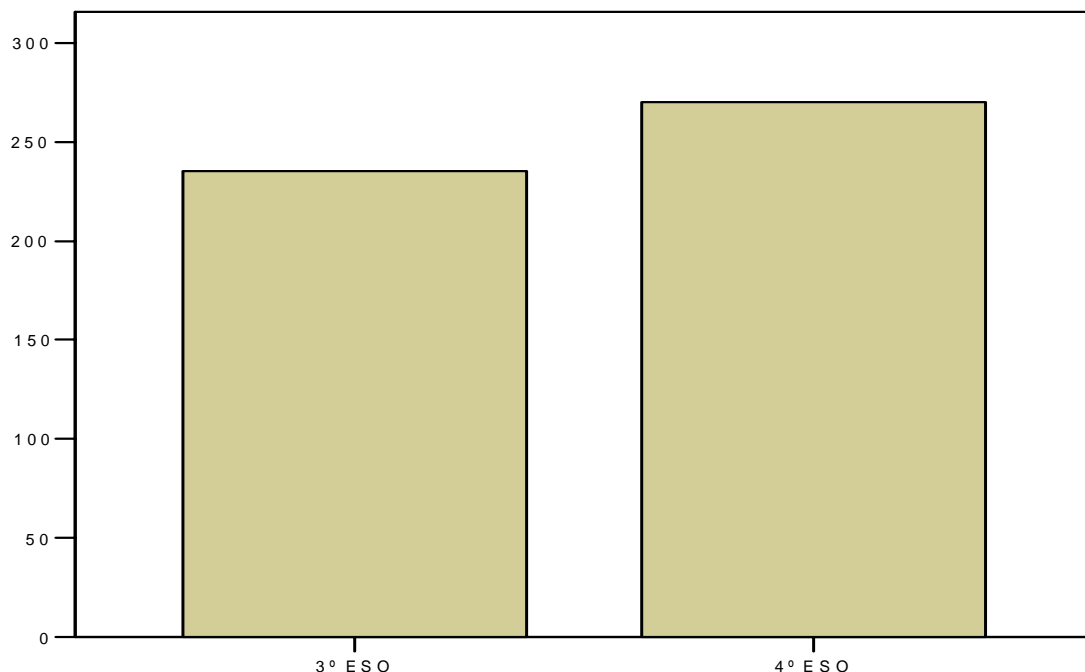


Tabla 166: Distribución de la muestra por cursos educativos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	3º ESO	235	46,5
	4º ESO	270	53,5
	Total	505	100,0

La distribución de la muestra por cursos de Educación Secundaria Obligatoria es bastante equilibrada, siendo algo menor para 3º ESO que corresponde al 46,5% de la muestra total, el 53,5% corresponde a los alumnos de 4º de ESO. Se han seleccionado estos Cursos educativos para realizar el cuestionario por ser en estas edades donde comienza el consumo de drogas y a las que se suele dirigir principalmente las acciones formativas en prevención de drogodependencias (PND: 2004).

C) Sexo:

Gráfico 24: Distribución de la muestra por sexo

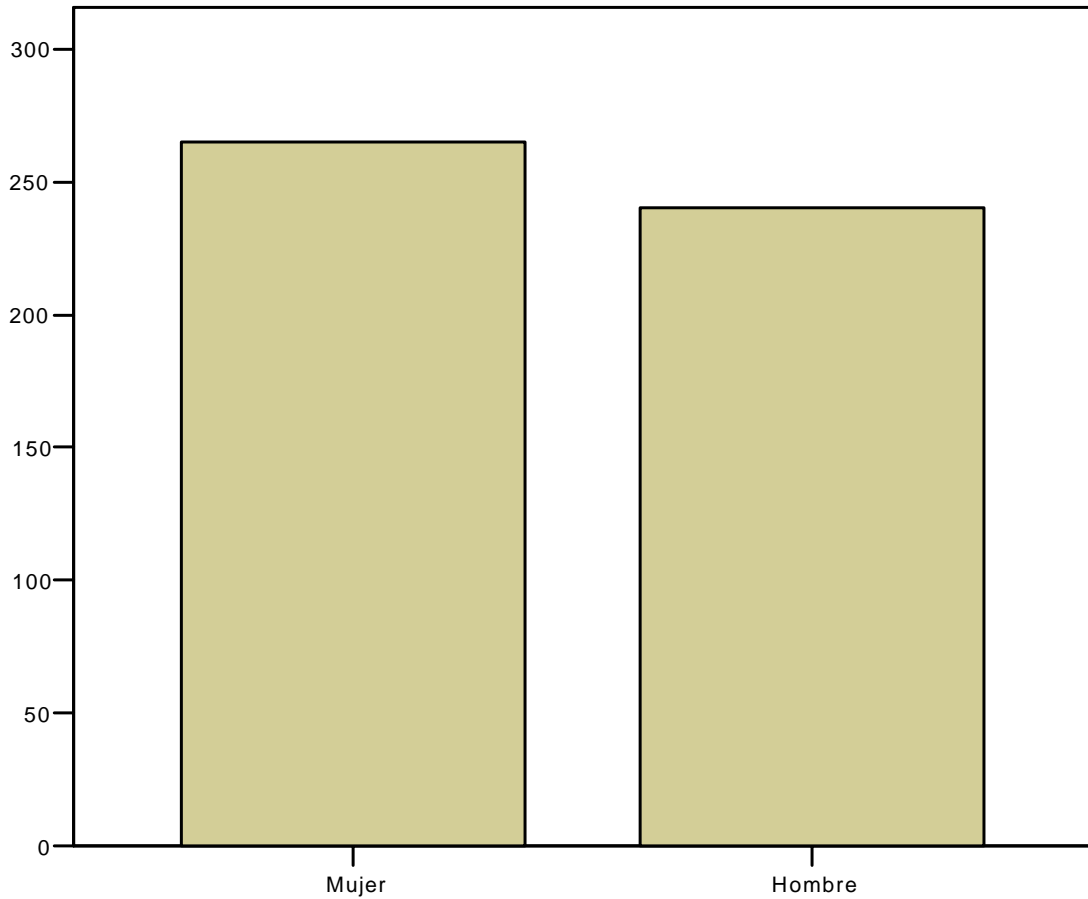


Tabla 167: Distribución de la muestra por sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	265	52,5
	Hombre	240	47,5
	Total	505	100,0

La distribución de la muestra por sexo también presenta una distribución más o menos equilibrada, siendo ligeramente mayor el número de mujeres que componen la muestra con un porcentaje del 52,5%, y un 47,5% para los hombres.

D) Edad

Gráfico 25: Distribución de la muestra por edades

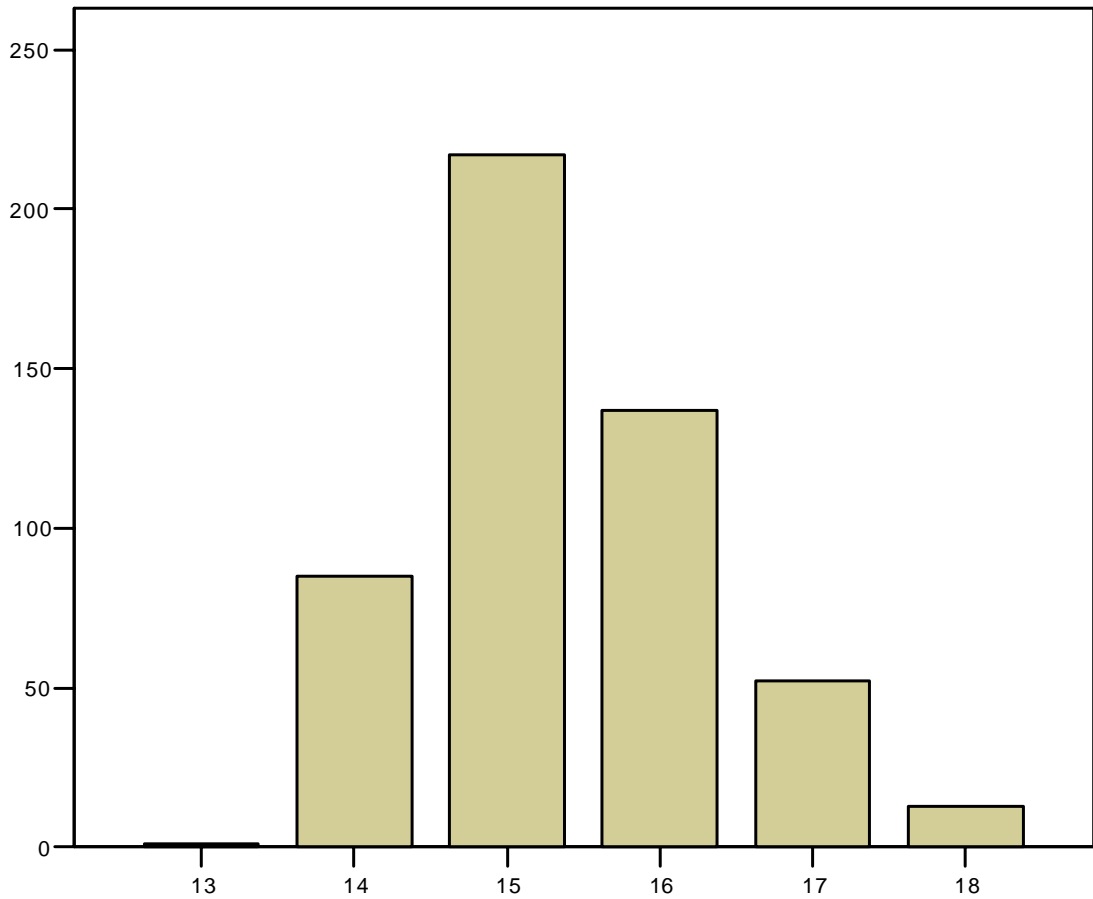


Tabla 168: Distribución de la muestra por edades

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	13	1	,2
	14	85	16,8
	15	217	43,0
	16	137	27,1
	17	52	10,3
	18	13	2,6
	Total	505	100,0

La distribución de la muestra por edades es muy variada, y va desde los trece años, edad con la que sólo cuenta un sujeto, hasta los dieciocho en la que se ha registrado una frecuencia de trece sujetos. La mayor frecuencia por edad la representa el grupo de quince años que tiene un porcentaje del 43%, seguido de los dieciséis años con un porcentaje del 27,1%, seguida en el ranking por los sujetos de catorce años que representan el 16,8%. En quinto lugar se encuentran los sujetos que tienen diecisiete años, con un 10,3%. Casi la mitad de la muestra se concentra en los quince años.

Las características generales de la muestra, indican que ésta está formada por chicos y chicas que cursan cuarto y tercero de Educación Secundaria Obligatoria, en Centros Educativos distribuidos por los municipios de Cartagena, Jumilla, Lorca y Murcia, citados por orden de frecuencia (de mayor a menor) del número de sujetos encuestados, y cuyas edades comprenden el intervalo de trece a dieciocho años, siendo la franja de edad que se presenta en mayor frecuencia la de quince años.

4.4.2. Análisis descriptivo del cuestionario aplicado a los alumnos

4.4.2.1. Descripción de las variables dependientes

Esta parte del cuestionario la componen diecisiete preguntas que hacen referencia a treinta y una variables, que hemos analizado de forma descriptiva, y que se agrupa en cinco bloques de variables que a continuación especificamos:

1. Conocimiento y difusión del Plan (corresponden a las variables B y C).
2. Características de la formación
 - a. Sujetos formados (variable A)
 - b. Duración (variables D y E)
 - c. Profesionales que la imparten (variable F)
 - d. Horario (variable G y H)
 - e. Contenidos (variables I, I.1., I.2., I.3., I.4., I.5., I.6., I.7., J. y J.1.)
 - f. Actividades (K, L y L.1.)
3. Utilidad de la formación
 - a. Ayuda a saber más (variable LL)
 - b. Ayudan al no consumo de drogas (variable M)
 - c. Dañan la salud (variable N)
4. Consumo de drogas
 - a. Sujetos que consumen (variable O)
 - b. Tipos de drogas que son consumidas (variables O.1., O.2., O.3., O.4., O.5., y O.6.)
 - c. Amigos que consumen (variable P)
 - d. Razones del consumo (variable Q)
5. Continuidad de los programas (variable R)

A) ¿Has recibido formación sobre prevención de drogodependencias durante este último curso?

Gráfico 26: Frecuencia de la formación recibida sobre drogodependencia

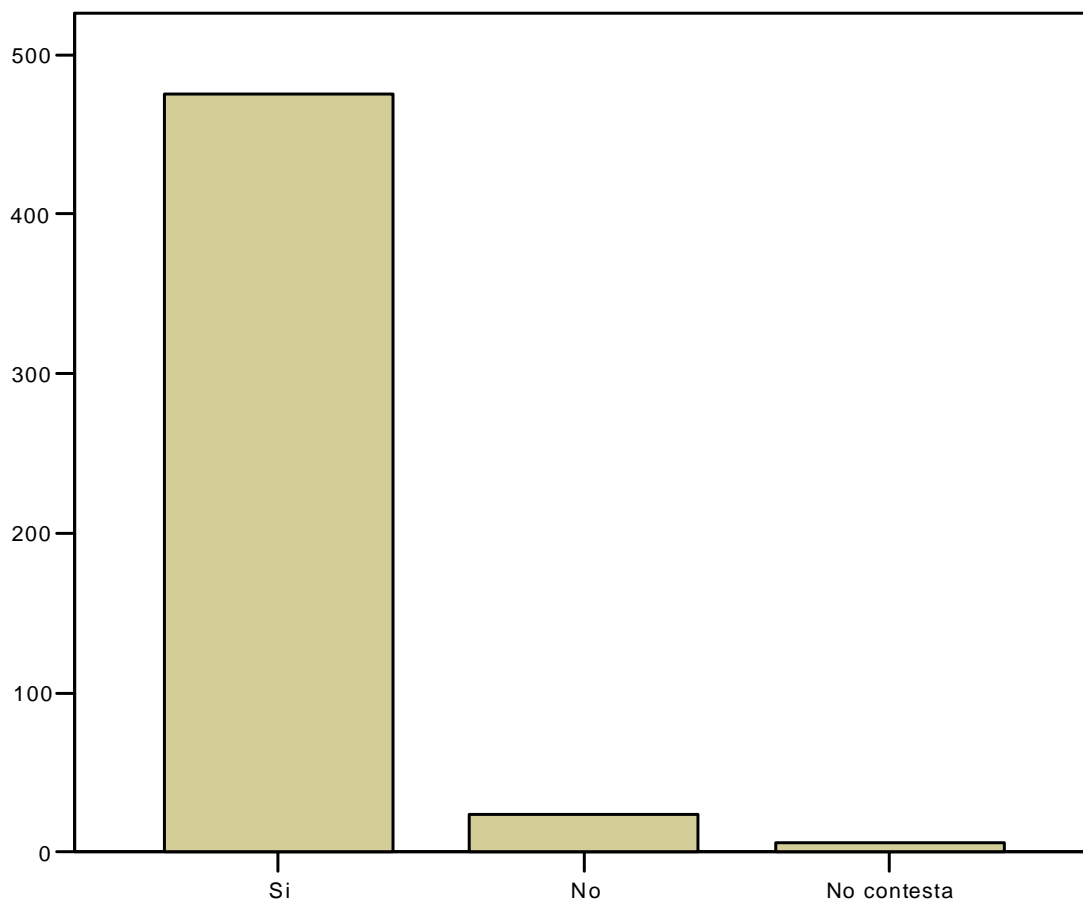


Tabla 169: Frecuencia sobre la formación recibida sobre drogodependencias

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	475	94,1
	No	24	4,8
	No contesta	6	1,2
	Total	505	100,0

Tabla 169.1. Estadísticos sobre la formación recibida sobre drogodependencias

N	Válidos	505
	Perdidos	0
	Media	1,07
	Desv. típ.	,300
	Mínimo	1
	Máximo	3

Como se puede observar en el gráfico y en la tabla nº 5, ante la pregunta de si han recibido formación sobre prevención de drogodependencias durante el presente curso escolar, la mayoría de los alumnos han contestado que sí, representado el 94,1% un porcentaje bastante alto y necesario, que no imprescindible, para poder responder las siguientes preguntas del cuestionario. El 4,8% de la muestra ha contestado que no ha recibido formación y tan sólo el 1,2% no ha contestado. Por lo tanto, la mayoría de los alumnos encuestados han recibido formación en prevención de drogodependencias.

B) ¿Has oído hablar del Plan Municipal de drogodependencias?

Gráfico 27: Frecuencia de haber oído hablar del Plan

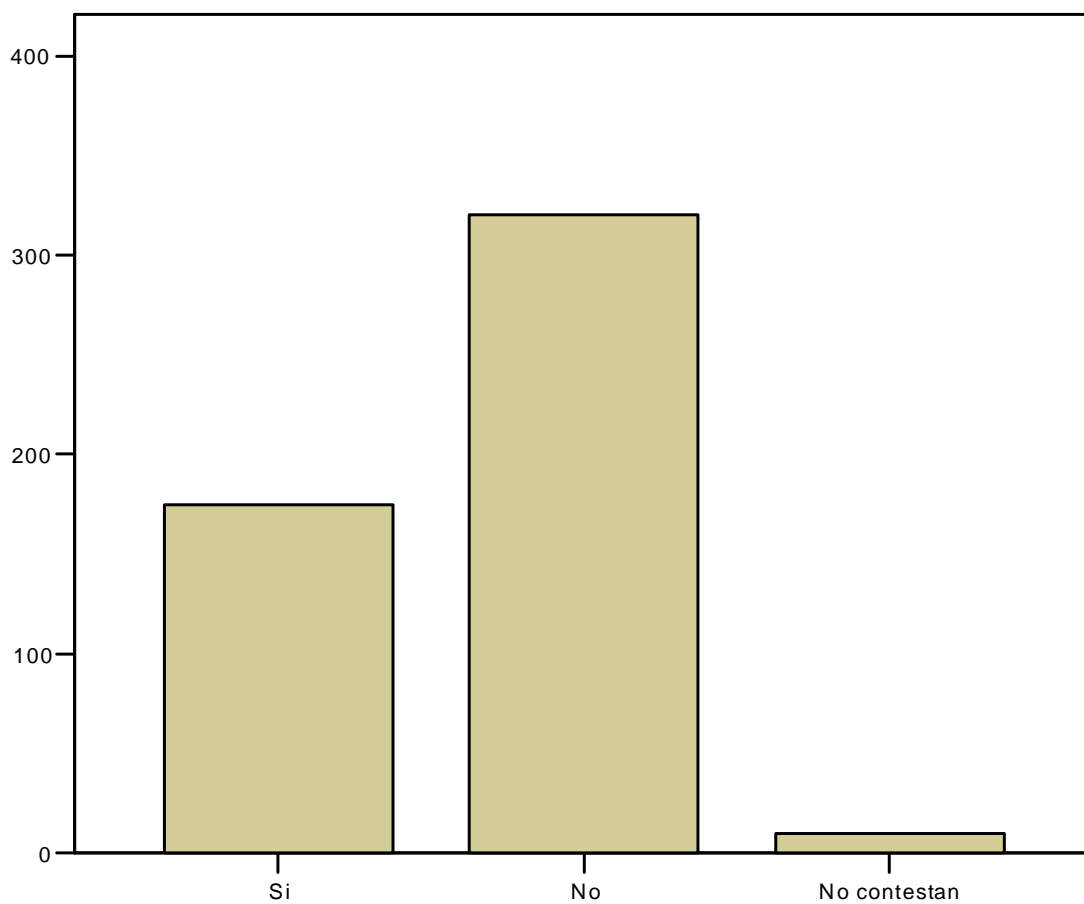


Tabla 170: Frecuencia de haber oído hablar del Plan

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	175	34,7
	No	320	63,4
	No contestan	10	2,0
	Total	505	100,0

Tabla 170.1. Estadísticos haber oído hablar del Plan

N	Válidos	505
	Perdidos	0
	Media	1,67
	Desv. típ.	,510
	Mínimo	1
	Máximo	3

Ante la pregunta ¿Has oído hablar del Plan Municipal de drogodependencias? La mayor frecuencia la ha registrado la respuesta negativa, es decir, la mayor parte de los alumnos no habían oído hablar sobre el plan municipal, representando el 63,4%, el 34,7% ha contestado que sí que había oído hablar del Plan y tan sólo el 2% no ha contestado a la pregunta.

C) ¿Sabes lo que es el Plan Municipal de drogodependencias?

Gráfico 28: Frecuencia de conocer qué es el Plan

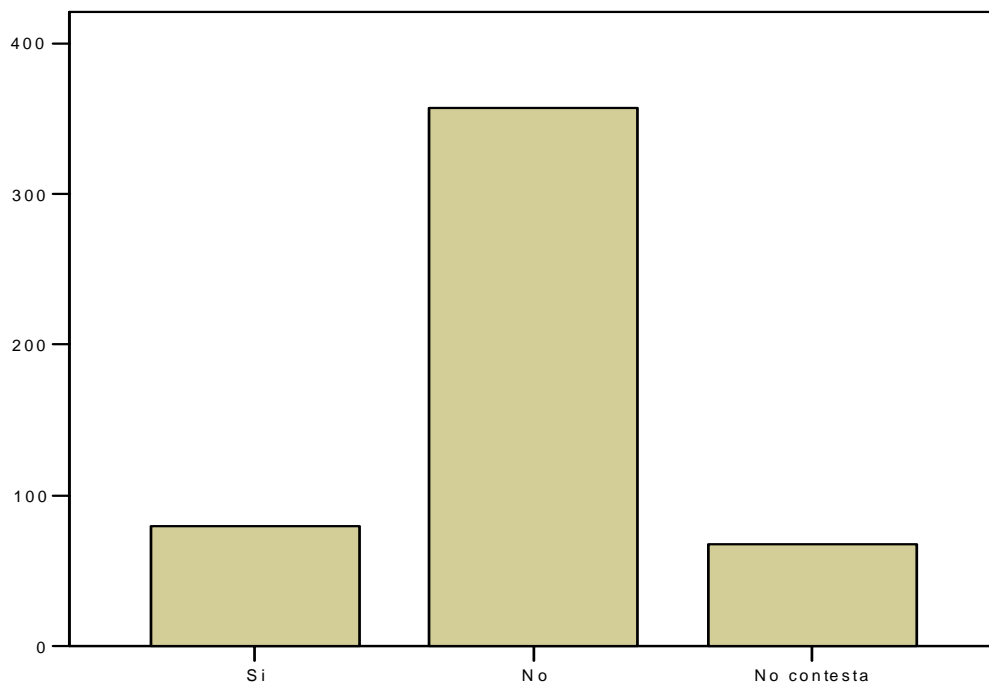


Tabla 171: Frecuencia de conocer qué es el Plan

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	80	15,8
	No	357	70,7

Tabla 171.1.: Estadísticos de conocer qué es el Plan

N	Válidos	505
	Perdidos	0
	Media	1,98
	Desv. típ.	,541
	Mínimo	1
	Máximo	3

A la pregunta ¿Sabes lo que es el Plan Municipal de drogodependencias? La respuesta de mayor frecuencia ha sido que no, en un porcentaje del 70,7%, los alumnos han afirmado no conocer qué es el Plan municipal de drogodependencias, tan sólo un 15,8% ha respondido afirmativamente.

Las respuestas obtenidas de la variable B y C nos confirman que los alumnos desconocen, en su mayoría la existencia de los Planes Municipales de drogodependencias, y por lo tanto su vinculación con los programas de prevención de drogodependencias, además, el hecho de que no hayan oído hablar de los Planes nos hace reflexionar sobre la difusión de los mismos.

D) ¿Qué duración ha tenido la formación de prevención en drogodependencias?

Gráfico 29: Frecuencia de la duración de la formación

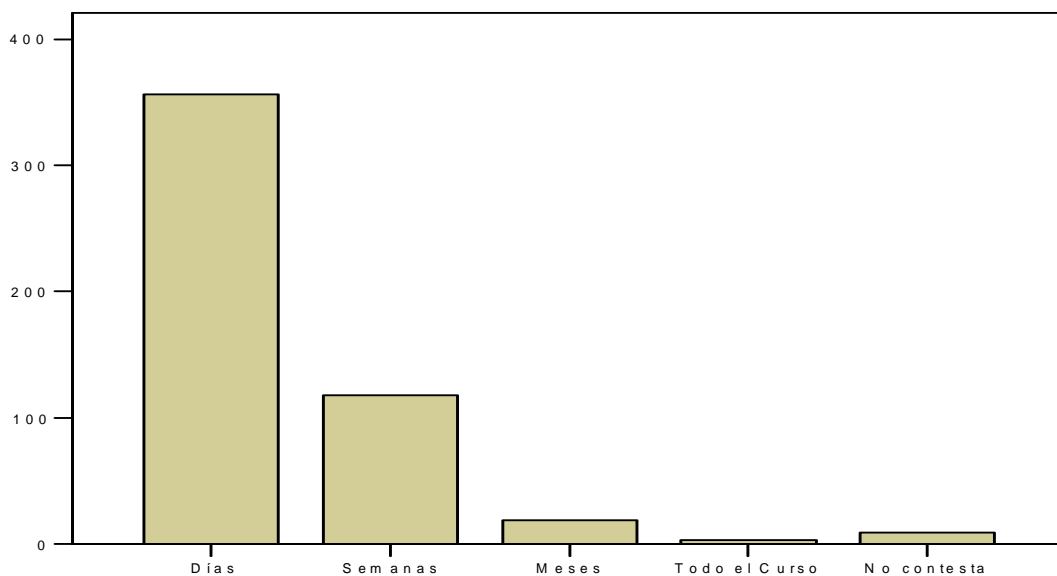


Tabla 172: Frecuencia de la duración de la formación

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Días	356	70,5
	Semanas	118	23,4
	Meses	19	3,8
	Todo el Curso	3	,6
	No contesta	9	1,8
	Total	505	100,0

Tabla 172.1.: Estadístico frecuencia de la duración de la formación

N	Válidos	505
	Perdidos	0
	Media	1,40
	Desv. típ.	,752
	Mínimo	1
	Máximo	5

A la pregunta ¿Qué duración ha tenido la formación de prevención en drogodependencias?, la respuesta de mayor frecuencia ha sido la de días con un 70,5% de respuestas, lo que nos confirma la puntualidad de este tipo de acciones formativas. En segundo lugar la frecuencia que le sigue es la de una duración semanal con un 23,4%, las actividades con una duración mensual o anual no son significativas y representan el 3,8% y el 0,6% respectivamente.

Su desconocimiento puede estar acusado por el hecho de que las actividades se desarrollan con una duración escasa y en momentos puntuales del curso académico. No están realmente integrados dentro del currículum académico del alumnado.

E) ¿Crees que deberían tener mayor continuidad las actividades de prevención de drogodependencias?

Gráfico 30: Frecuencia de la continuidad de las actividades

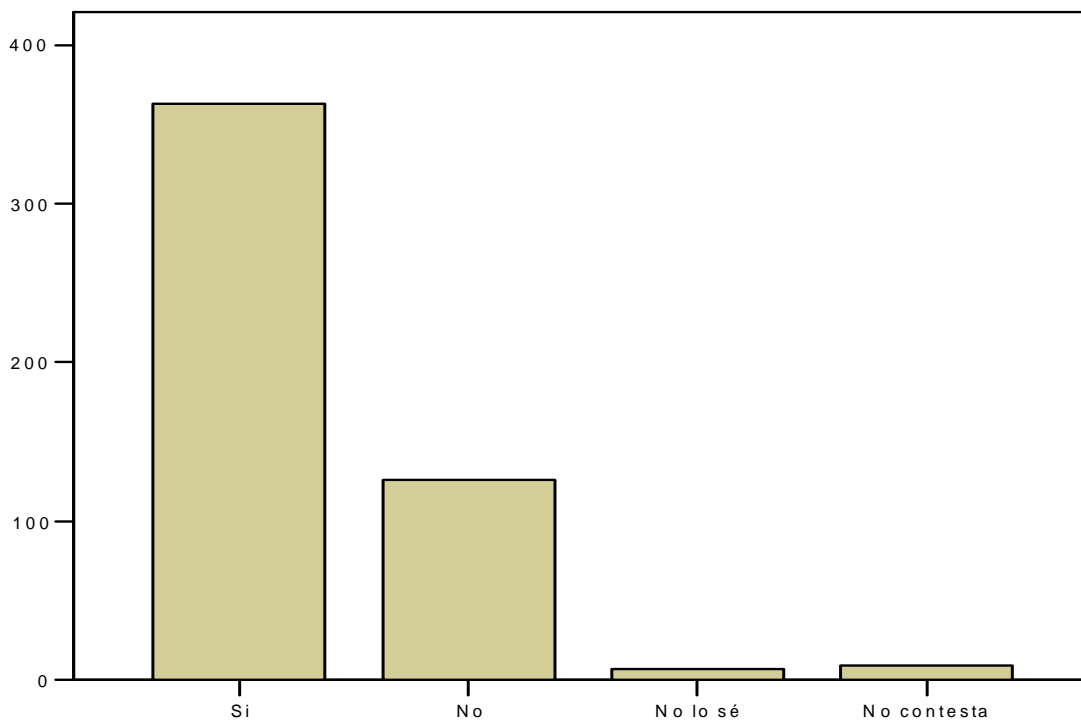


Tabla 173: Frecuencia de la continuidad de las actividades

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	363	71,9
	No	126	25,0
	No lo sé	7	1,4
	No contesta	9	1,8
	Total	505	100,0

Tabla 173.1.: Estadística de la continuidad de las actividades

N	Válidos	505
	Perdidos	0
	Media	1,33
	Desv. típ.	,597
	Mínimo	1
	Máximo	4

A la pregunta ¿Crees que deberían tener mayor continuidad las actividades de prevención de drogodependencias? La respuesta de mayor frecuencia ha sido

que sí, reconociéndose así por parte de los alumnos la puntualidad de las acciones formativas en materia de prevención de drogodependencias al tiempo de que deberían prolongarse más en el curso académico. No obstante resulta significativo que un 25% haya contestado que no le daría más continuidad, alegando que están saturados de formación extra.

F) ¿Quién ha impartido la formación sobre prevención en drogodependencias?

Gráfico 31: Frecuencia del profesional que imparte la formación

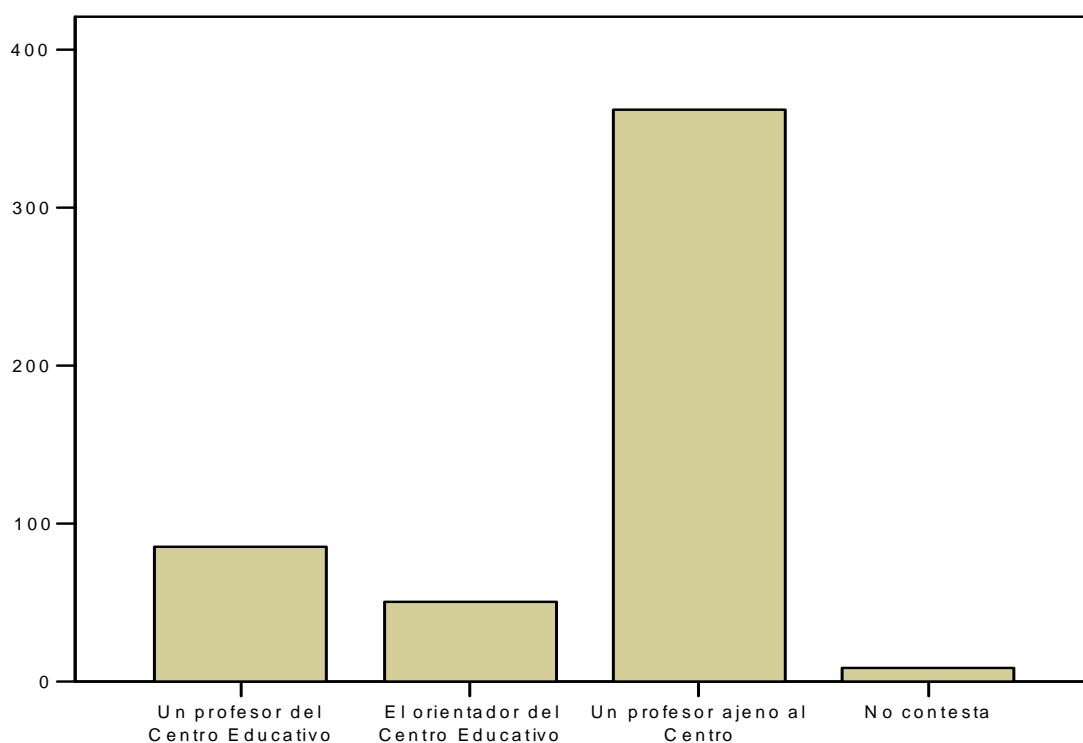


Tabla 174: Frecuencia del profesional que imparte la formación

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Un profesor del Centro Educativo	85	16,8
	El orientador del Centro Educativo	50	9,9
	Un profesor ajeno al Centro	362	71,7
	No contesta	8	1,6
	Total	505	100,0

Tabla 174.1.: Estadística del profesional que imparte la formación

N	Válidos	505
	Perdidos	0
Media		2,58
Desv. típ.		,783
Mínimo		1
Máximo		4

A la pregunta ¿Quién ha impartido la formación sobre prevención en drogodependencias?, la respuesta que ha registrado mayor frecuencia ha sido un profesor ajeno al centro con un porcentaje del 71,7%, tan sólo en el 16,8% de los casos la formación es impartida por un profesor del centro y en un 9,9% por el orientador. Datos que nos manifiestan la puntualidad y el carácter externo de la formación, ajeno a la estructura de los centros, así como la necesidad de mayor implicación por parte de los mismos, y probablemente la formación del profesorado de los mismos.

G) ¿En qué horario has recibido este tipo de formación de prevención en drogodependencias?

Gráfico 32: Frecuencia del horario de formación

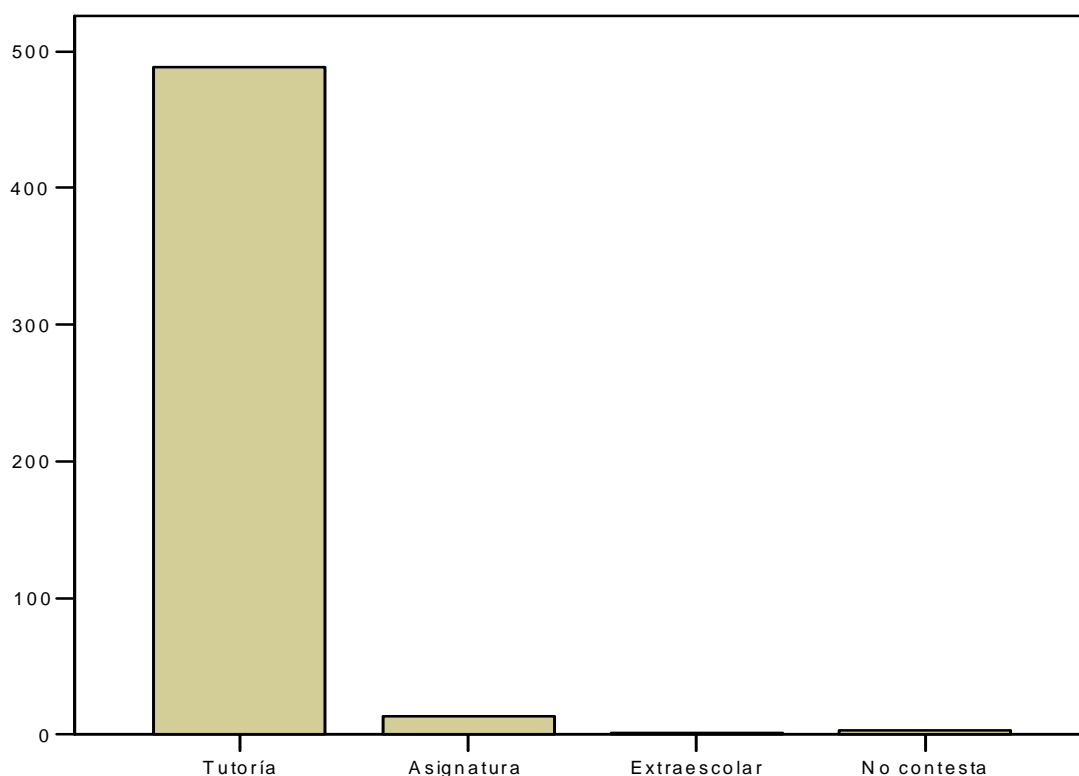


Tabla 175: Frecuencia del horario de formación

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Tutoría	488	96,6
	Asignatura	13	2,6
	Extraescolar	1	,2
	No contesta	3	,6
	Total	505	100,0

Tabla 175.1.: Estadística del horario de formación

N	Válidos	505
	Perdidos	0
	Media	1,05
	Desv. típ.	,292
	Mínimo	1
	Máximo	4

A la pregunta ¿En qué horario has recibido este tipo de formación de prevención en drogodependencias? La respuesta de mayor frecuencia ha sido tutoría con un porcentaje del 96,6%, lo que nos confirma que ésta sigue siendo la vía elegida para impartir la formación en drogodependencias, el 2,6% representa la formación en una asignatura de clase, un porcentaje realmente escaso y que nos sigue reafirmando en la necesidad de demandar mayor implicación por parte de los Centros Educativos y del profesorado.

H) En caso de haber recibido la formación de prevención de drogodependencias en una asignatura de clase, indica en cuál.

Gráfico 32.1: Frecuencia de la asignatura en la que has recibido la formación

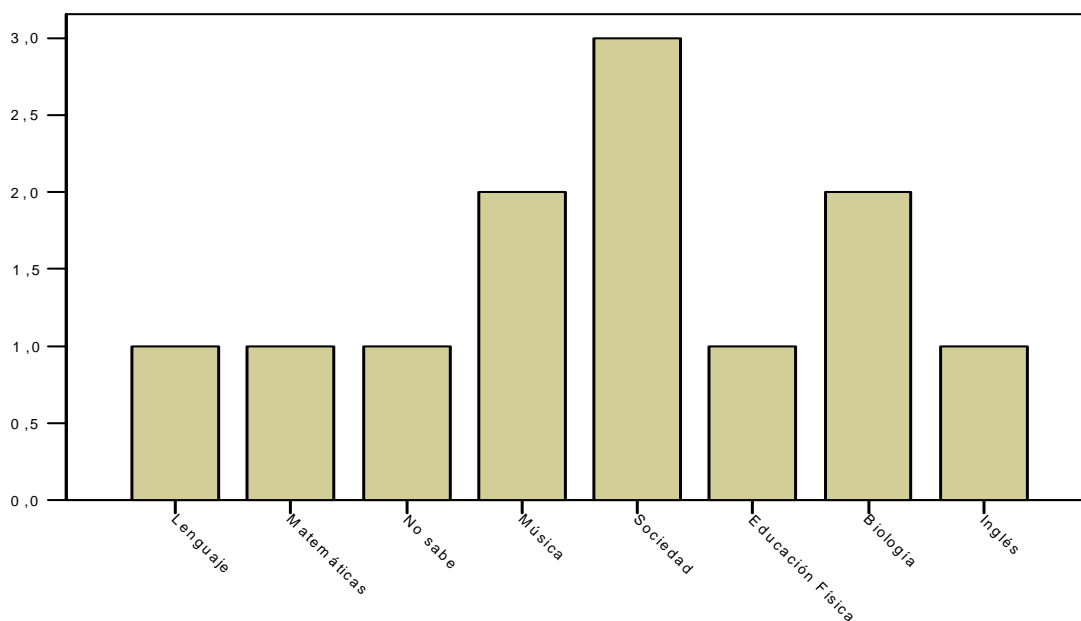


Tabla 175.2.: Frecuencia de la asignatura en la que has recibido la formación

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Lenguaje	1	,2
	Matemáticas	1	,2
	No sabe	1	,2
	Música	2	,4
	Sociedad	3	,6
	Educación Física	1	,2
	Biología	2	,4
	Inglés	1	,2
	Total	12	2,4
	Perdidos	Sistema	493
Total		505	100,0

Tabla 175.2.1.: Estadística de la asignatura en la que has recibido la formación

N	Válidos	12
	Perdidos	493
	Media	4,75
	Desv. típ.	2,094
	Mínimo	1
	Máximo	8

Recordando que la formación en drogodependencias en una asignatura de clase representa tan sólo el 2,6%, en cuanto al horario en el que se ha recibido la formación, es decir, sólo doce sujetos han reconocido esta situación, al preguntar a los sujetos en qué tipo de asignatura se ha recibido la formación, no se ha encontrado una que fuera predominante, la que más ha destacado ha sido Sociedad, con una frecuencia de tres sujetos pero no es significativa, por lo que no se puede decir que tengan una cierta inclinación hacia unas materias u otras, siguiendo una gran heterogeneidad en este aspecto.

- I) ¿Qué temas se han trabajado en las actividades de prevención de drogodependencias en las que has participado?

I.1) Drogas legales: tabaco y alcohol

Gráfico 33: Frecuencia de la formación sobre drogas legales: alcohol y tabaco

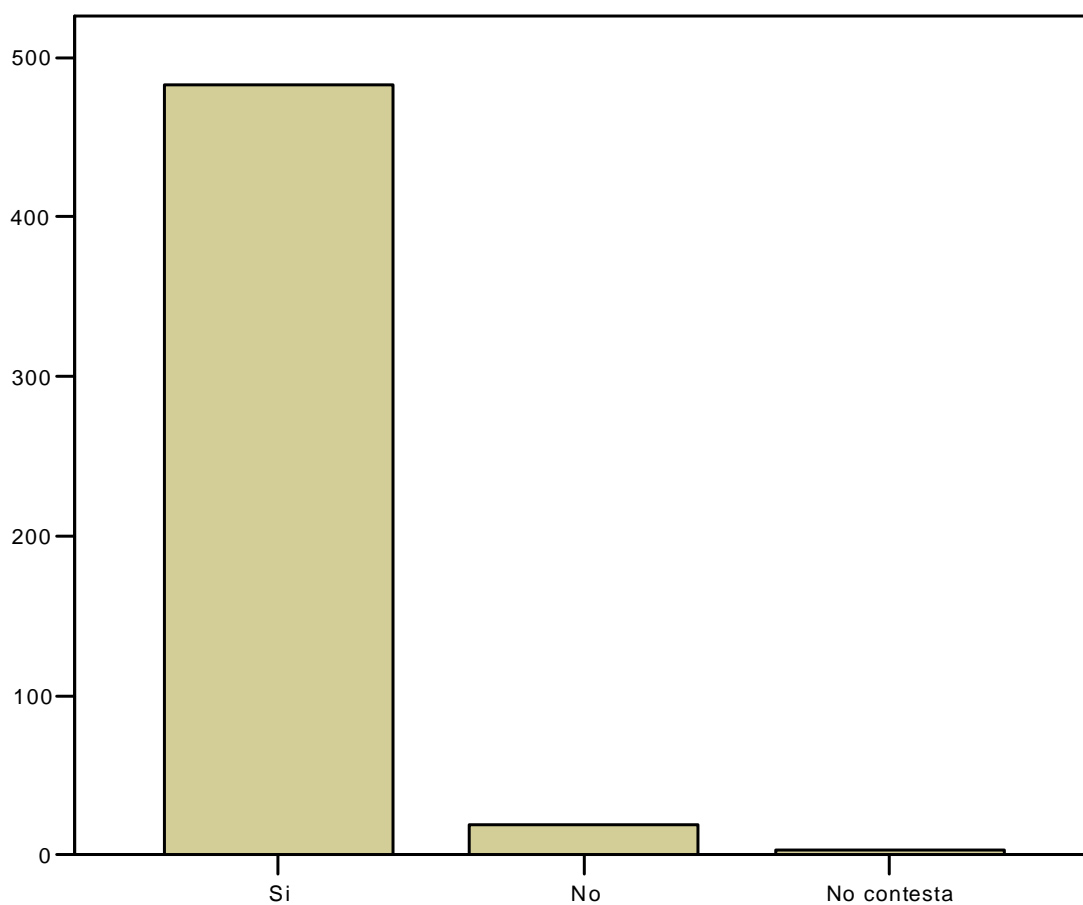


Tabla 176: Frecuencia de la formación sobre drogas legales: alcohol y tabaco

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	483	95,6
	No	19	3,8
	No contesta	3	,6
	Total	505	100,0

Tabla 176.1.: Estadística de la formación sobre drogas legales: alcohol y tabaco

N	Válidos	505
	Perdidos	0
Media		1,05
Desv. típ.		,243
Mínimo		1
Máximo		3

A la pregunta ¿Qué temas se han trabajado en las actividades de prevención de drogodependencias en las que has participado? Los alumnos han contestado en lo referente a la formación sobre alcohol y tabaco que sí han recibido este tipo de formación en un 95,6%; tan sólo un 3,8% han afirmado no recibir formación al respecto.

I.2) Drogas legales: medicamentos

Gráfico 34: Frecuencia de la formación sobre drogas legales: medicamentos

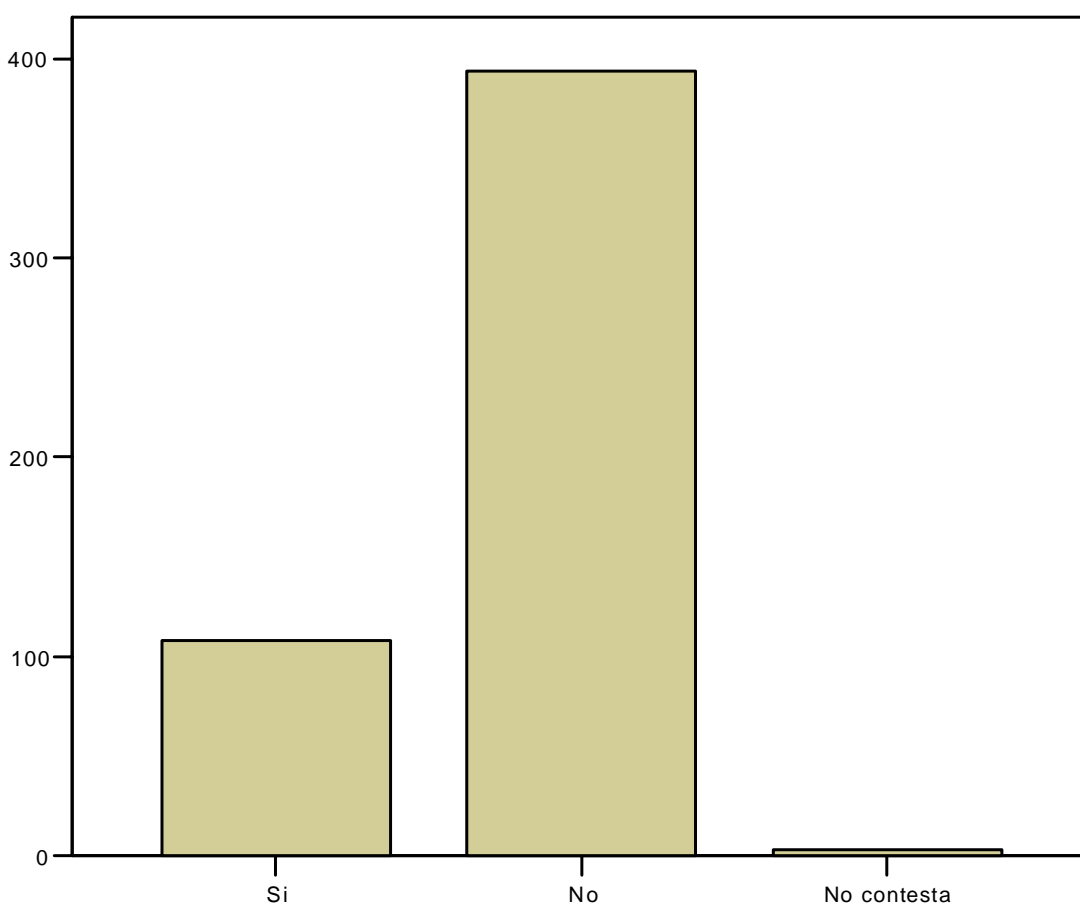


Tabla 177: Frecuencia de la formación sobre drogas legales: medicamentos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	108	21,4
	No	394	78,0
	No contesta	3	,6
	Total	505	100,0

Tabla 177.1.: Estadística de la formación sobre drogas legales: medicamentos

N	Válidos	505
	Perdidos	0
Media		1,79
Desv. típ.		,421
Mínimo		1
Máximo		3

A la pregunta ¿Qué temas se han trabajado en las actividades de prevención de drogodependencias en las que has participado? Los alumnos han contestado en lo referente a la formación sobre medicamentos que no han recibido este tipo de formación en un porcentaje del 78%, una frecuencia bastante alta frente a los que han contestado que sí han recibido formación respecto a este tema, representando un 21,4% del total de los sujetos encuestados.

I.3) Drogas ilegales: marihuana

Gráfico 35: Frecuencia de la formación sobre drogas ilegales: marihuana

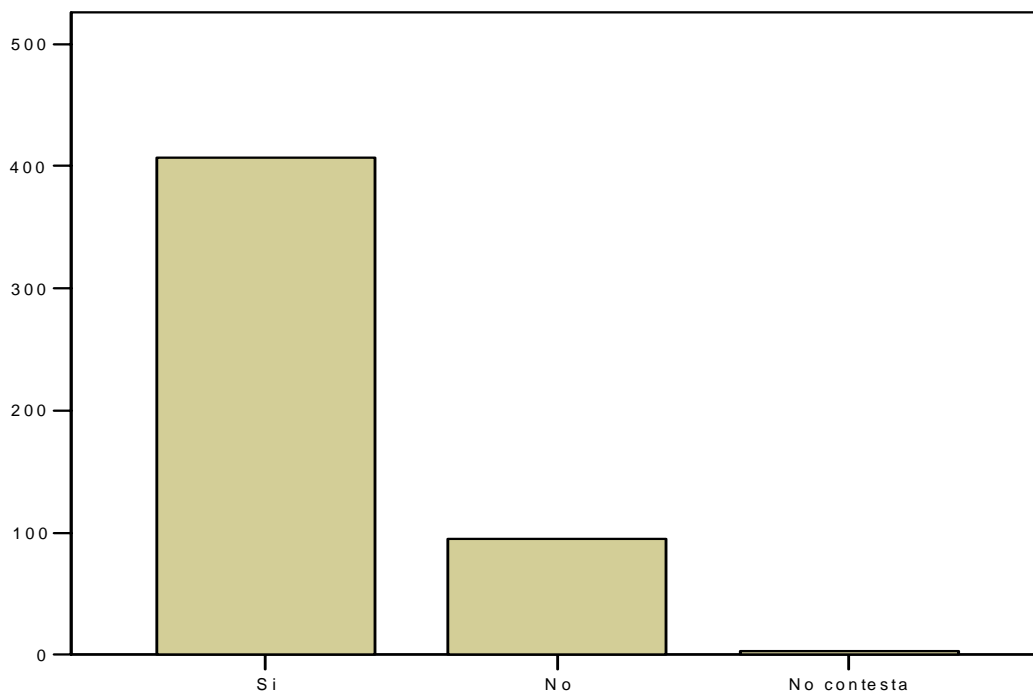


Tabla 178: Frecuencia de la formación sobre drogas ilegales: marihuana

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	407	80,6
	No	95	18,8
	No contesta	3	,6
	Total	505	100,0

Tabla 178.1.: Estadística de la formación sobre drogas ilegales: marihuana

N	Válidos	505
	Perdidos	0
Media		1,20
Desv. típ.		,415
Mínimo		1
Máximo		3

A la pregunta ¿Qué temas se han trabajado en las actividades de prevención de drogodependencias en las que has participado? Los alumnos han contestado en lo referente a la formación sobre marihuana que si han recibido este tipo de formación en un porcentaje del 80,6%, predominado sobre los que han contestado que no han recibido este tipo de formación que representan el 18,8% del total de sujetos que realizaron el cuestionario.

I.4) Drogas ilegales: pastillas

Gráfico 36: Frecuencia de la formación sobre drogas ilegales: pastillas

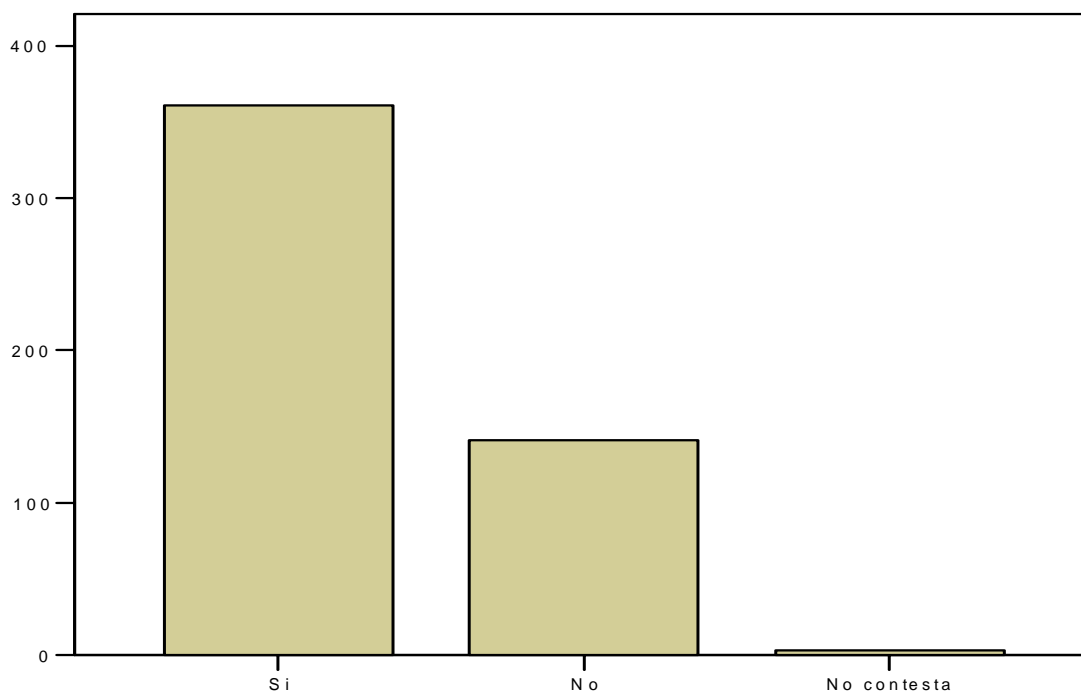


Tabla 179: Frecuencia de la formación sobre drogas ilegales: pastillas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	361	71,5
	No	141	27,9
	No contesta	3	,6
	Total	505	100,0

Tabla 179.1.: Estadística de la formación sobre drogas ilegales: pastillas

N	Válidos	505
	Perdidos	0
Media		1,29
Desv. típ.		,468
Mínimo		1
Máximo		3

A la pregunta ¿Qué temas se han trabajado en las actividades de prevención de drogodependencias en las que has participado? Los alumnos han contestado en lo referente a la formación sobre pastillas que sí han recibido este tipo de formación en un porcentaje del 71,5%, predominado sobre los que han contestado que no han recibido este tipo de formación que representan el 27,9% del total de sujetos que realizaron el cuestionario.

I.5) Drogas ilegales: cocaína o heroína

Gráfico 37: Frecuencia de la formación sobre drogas ilegales: cocaína o heroína

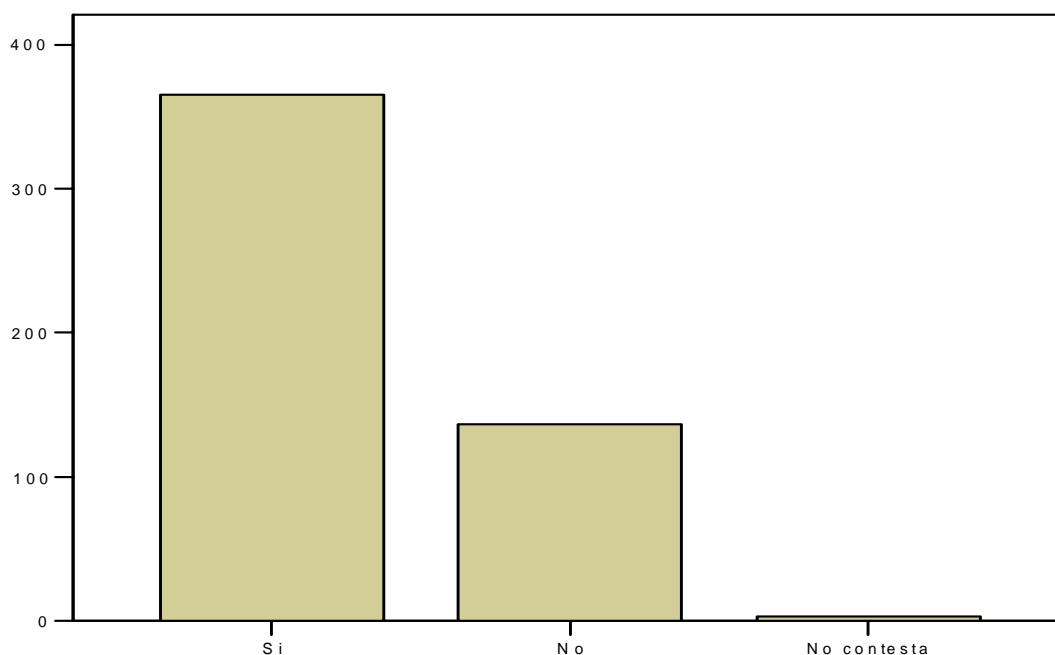


Tabla 180: Frecuencia de la formación sobre drogas ilegales: cocaína o heroína

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	365	72,3
	No	137	27,1
	No contesta	3	,6
	Total	505	100,0

Tabla 180.1: Estadística de la formación sobre drogas ilegales: cocaína o heroína

N	Válidos	505
	Perdidos	0
Media		1,28
Desv. típ.		,464
Mínimo		1
Máximo		3

A la pregunta ¿Qué temas se han trabajado en las actividades de prevención de drogodependencias en las que has participado? Los alumnos han contestado en lo referente a la formación sobre cocaína o heroína que si han

recibido este tipo de formación en un porcentaje del 72,3%, predominado sobre los que han contestado que no han recibido este tipo de formación que representan el 27,1% del total de sujetos que realizaron el cuestionario.

I.6) Cómo decir no al consumo de drogas

Gráfico 38: Frecuencia de la formación sobre drogas: cómo decir no al consumo de drogas

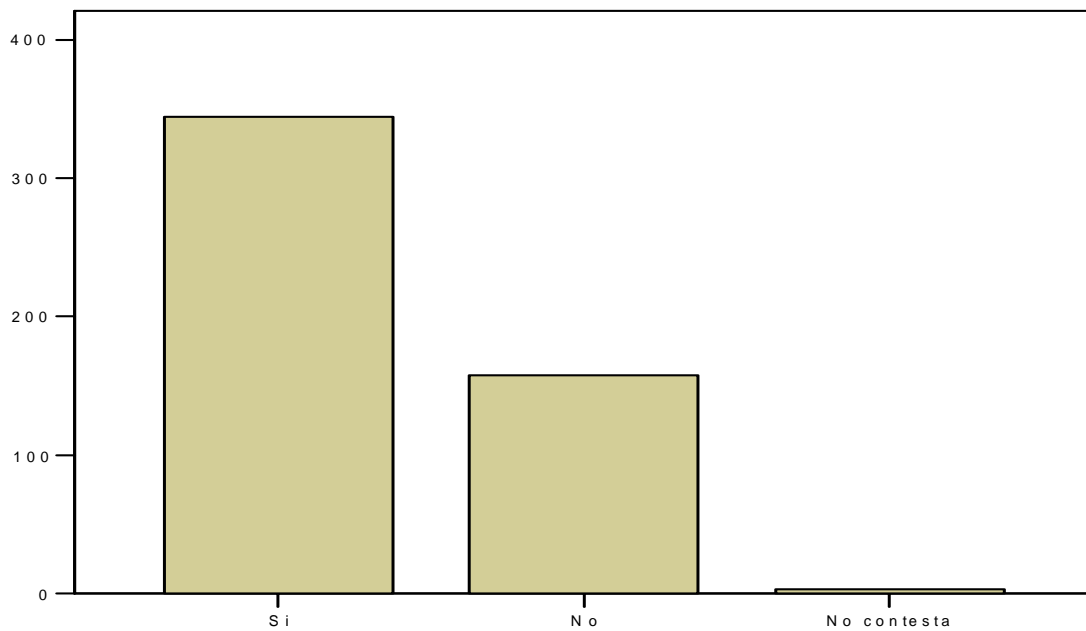


Tabla 181: Frecuencia de la formación sobre drogas como decir no al consumo de drogas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	344	68,1
	No	158	31,3
	No contesta	3	,6
	Total	505	100,0

Tabla 181.1.: Estadística de la formación sobre drogas como decir no al consumo de drogas

N	Válidos	505
	Perdidos	0
Media		1,32
Desv. típ.		,481
Mínimo		1
Máximo		3

A la pregunta ¿Qué temas se han trabajado en las actividades de prevención de drogodependencias en las que has participado? Los alumnos han contestado en lo referente a la formación sobre cómo decir que no al consumo de drogas que sí han recibido este tipo de formación en un porcentaje del 68,1%, predominando sobre los que han contestado que no han recibido este tipo de formación, que representan el 31,39% del total de sujetos que realizaron el cuestionario.

I.7) Otros temas

Gráfico 39: Frecuencia de la formación sobre drogas: trabajar sobre otros temas

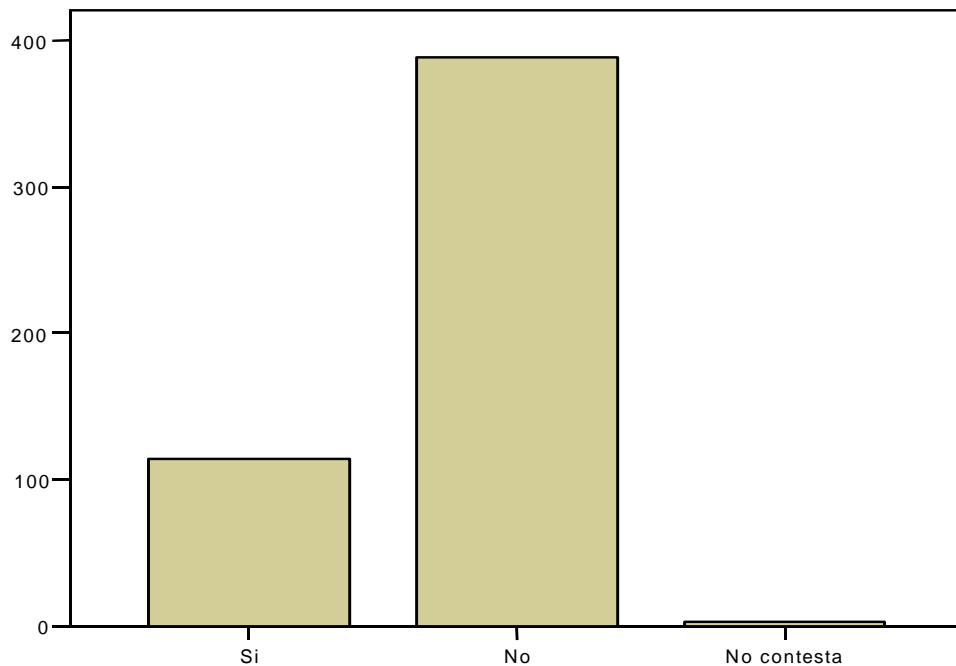



Tabla 182: Frecuencia de la formación sobre drogas: trabajar sobre otros temas de drogas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	114	22,6
	No	388	76,8
	No contesta	3	,6
	Total	505	100,0

A la pregunta ¿Qué temas se han trabajado en las actividades de prevención de drogodependencias en las que has participado? Los alumnos han contestado en lo referente a la formación sobre otros temas diferentes a los preguntados que no han trabajado sobre otros temas en un porcentaje del 76,8%, predominado sobre los que han contestado que si han recibido formación sobre otros temas que representan el 22,6% del total de sujetos que realizaron el cuestionario. En esos otros temas se habla de alucinógenos y de polen predominantemente.

En general, los temas trabajados en mayor frecuencia son:

Mayor porcentaje

	Materia	Frecuencia	Porcentaje
	Drogas legales: tabaco y alcohol	483	95,6%
	Drogas ilegales: marihuana	407	80,6%
	Drogas ilegales: cocaína o heroína	365	72,3%
	Drogas ilegales: pastillas	361	71,5%
	Otros temas: alucinógenos y polen	114	22,6%
	Drogas legales: medicamentos	108	21,4%

Menor porcentaje

Encontramos que los temas estrella trabajados en los programas son el alcohol y el tabaco y la marihuana, en menor frecuencia pero todavía en proporción bastante alta se destacan temas como la cocaína o la heroína, las pastillas (y cómo decir que no al consumo de drogas), con la frecuencia más baja se han destacado otros temas como el polen y los medicamentos.

¿Te gustaría que se hablara de algún otro tema en las actividades de prevención de drogodependencias?

Gráfico 40: Frecuencia de si te gustaría que se hablara de algún otro tema

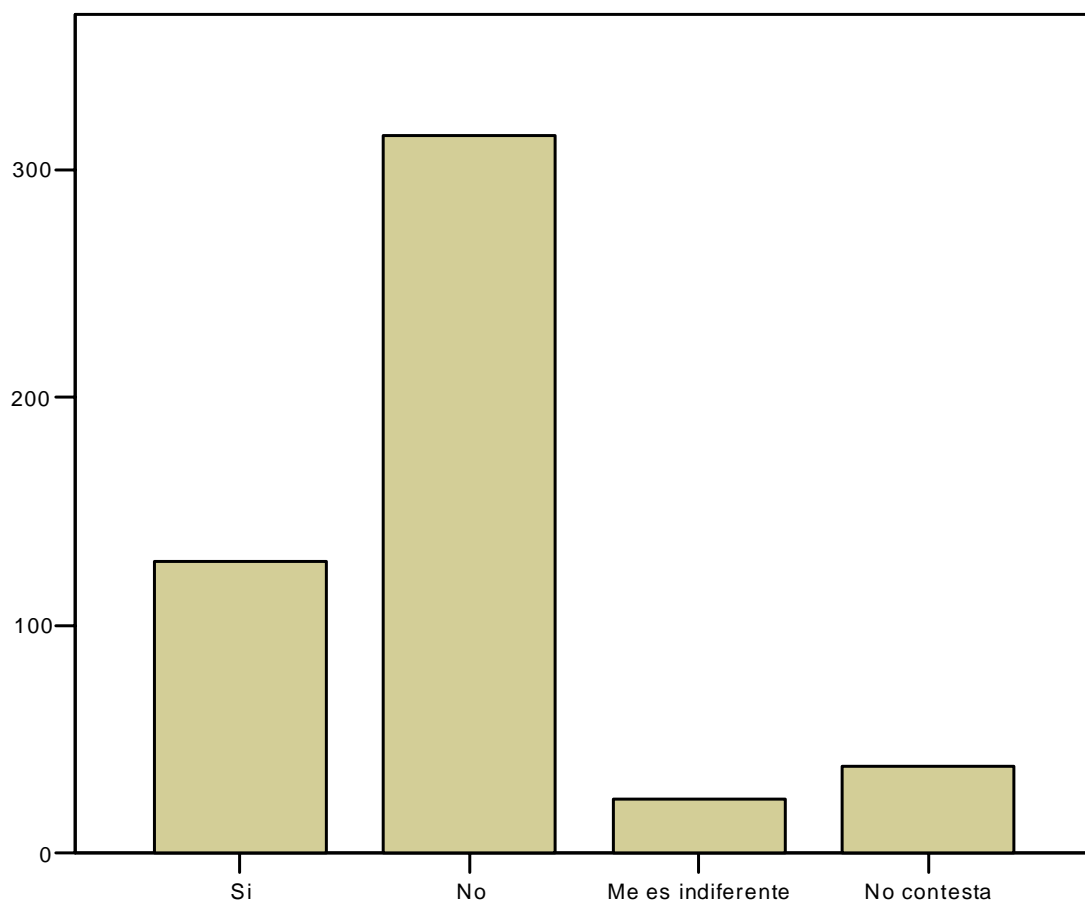


Tabla 183: Frecuencia de si te gustaría que se hablara de algún otro tema

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	128	25,3
	No	315	62,4
	Me es indiferente	24	4,8
	No contesta	38	7,5
	Total	505	100,0

A la pregunta ¿Te gustaría que se hablara de algún otro tema en las actividades de prevención de drogodependencias? Los alumnos han contestado en lo referente a trabajar otro tema distinto al que se trata en prevención de drogodependencias que no con mayor frecuencia, representada por el 62,4%, los sujetos a los que les gustaría que se tratara

otro tema representan 25,3%, aunque menor, es una frecuencia considerable que no se puede pasar por alto, y con la que se ha trabajado en la siguiente pregunta del cuestionario y que a continuación analizamos.

J.1) En caso afirmativo indica cuál

Gráfico 41: Frecuencia del tema que te gustaría que se hablara

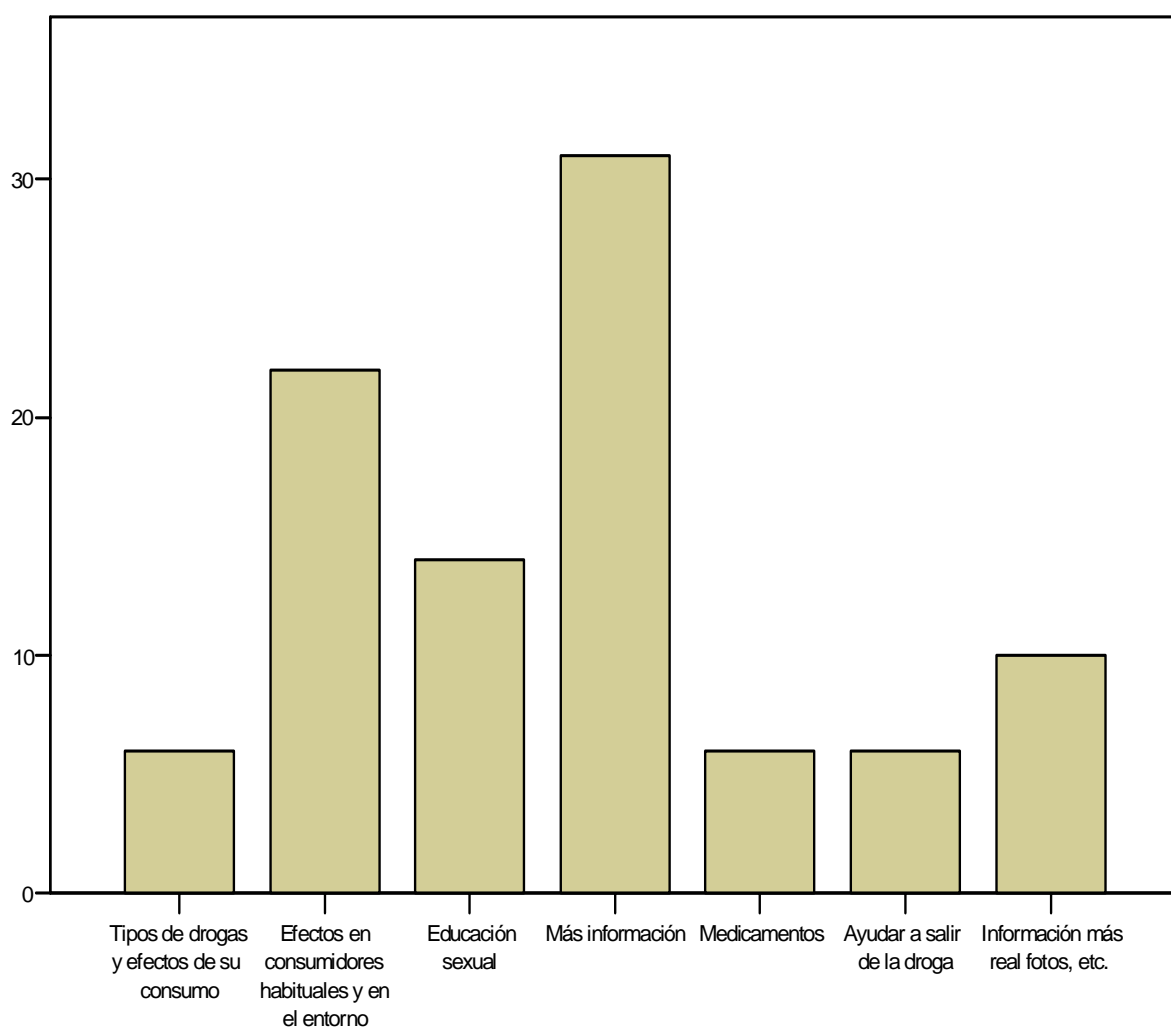
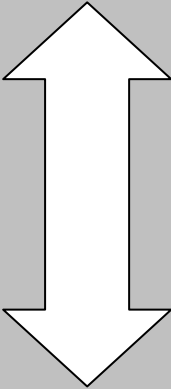


Tabla 184: Frecuencia del tema que te gustaría que se hablara

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Tipos de drogas y efectos de su consumo	6	1,2
	Efectos en consumidores habituales y en el entorno	22	4,4
	Educación sexual	14	2,8
	Más información	31	6,1
	Medicamentos	6	1,2
	Ayudar a salir de la droga	6	1,2
	Información más real fotos, etc.	10	2,0
	Total	95	18,8
Perdidos	Sistema	410	81,2
Total		505	100,0

A la pregunta ¿Te gustaría que se hablara de algún otro tema en las actividades de prevención de drogodependencias? De los alumnos (poco numerosos) que han contestado en caso afirmativo, que representan 25,3%, sólo el 18,5% han especificado aquellos temas de los que les gustaría que se hablase, así se han identificado siete temas distintos a trabajar, registrados de mayor a menor destacamos:

Mayor porcentaje

	Materia	Frecuencia	Porcentaje
	Más información	31	6,1
	Efectos en consumidores habituales y en el entorno	22	4,4
	Educación sexual	14	2,8
	Información más real fotos, etc.	10	2,0
	Medicamentos	6	1,2
	Ayudar a salir de la droga	6	1,2
	Tipos de drogas y efectos de su consumo	6	1,2
Total		95	18,8

Menor porcentaje

Con mayor frecuencia piden más información a nivel general; en segundo lugar piden conocer los efectos de las drogodependencias en los consumidores y analizar las repercusiones que pueden tener en su contexto más cercano; en tercer lugar y como dato que nos ha llamado mucho la atención la demanda de educación sexual, que aunque no está directamente relacionada con el consumo de drogas, los alumnos han considerado que es un tema importante a trabajar y

solicitan que se trabaje en las aulas, lo que nos da una clara visión de que ésta sigue siendo una asignatura pendiente aunque no sea directamente el tema que nos ocupa. Con una frecuencia más baja han demandado una información más real en cuanto a los efectos de las drogas, así como trabajar con fotos, vídeos, etc. Con una frecuencia similar han demandado mayor formación sobre los medicamentos, recordemos que era uno de los temas menos trabajados en el aula; también demandan más información sobre cómo “salir de las drogas” y sobre tipos de drogas y efectos de su consumo.

J) ¿Te han gustado las actividades de prevención de drogodependencias que has realizado?

Gráfico 42: Frecuencia te han gustado las actividades

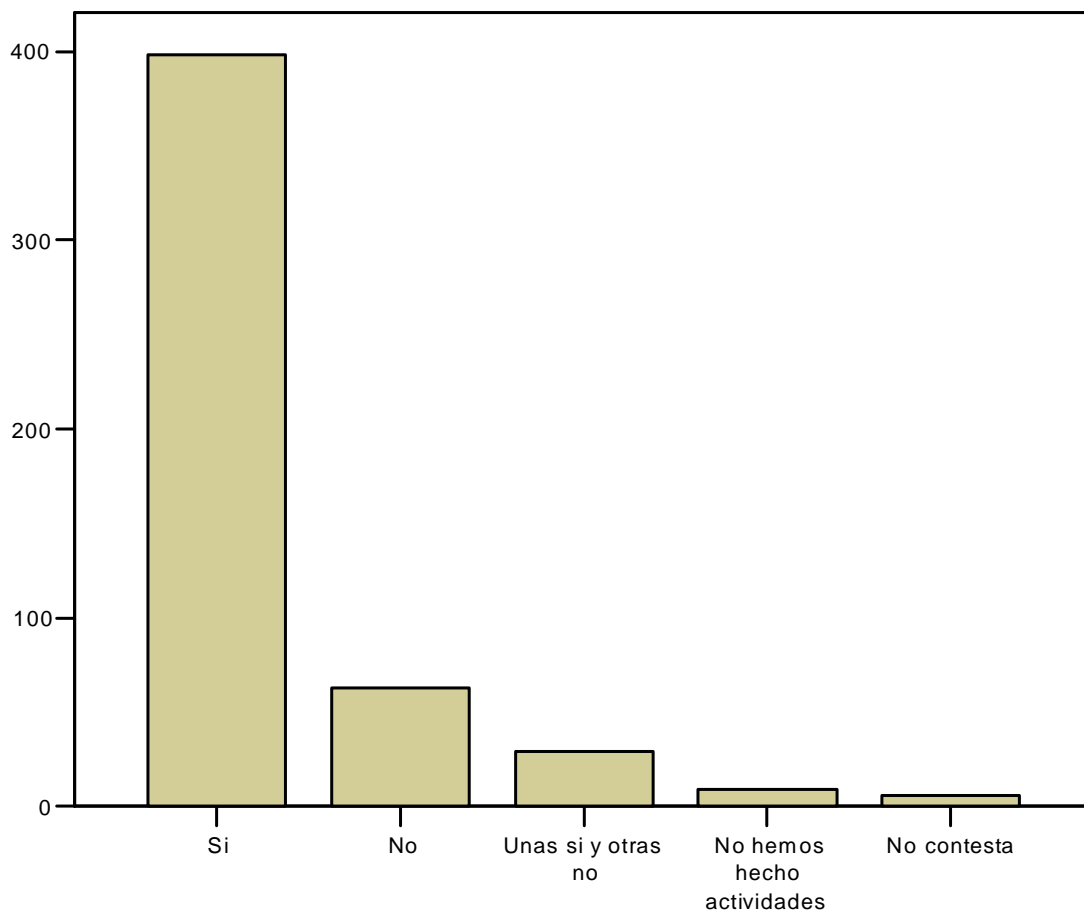


Tabla 185: Frecuencia te han gustado las actividades

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	398	78,8
	No	63	12,5
	Unas sí y otras no	29	5,7
	No hemos hecho actividades	9	1,8
	No contesta	6	1,2
	Total	505	100,0

A la pregunta ¿Te han gustado las actividades de prevención de drogodependencias que has realizado? Los alumnos que han contestado afirmativamente representan el 78,8%, el 12,5% han contestado que no les han gustado. Interesante es considerar en este apartado que el 5,7% ha contestado que unas actividades sí les han gustado y otras no, porcentajes que hay que tener en cuenta, ya que según los alumnos las actividades que se realizan hasta el momento se pueden mejorar.

K) ¿Propondrías otras actividades?

Gráfico 43: Frecuencia propondrías otras actividades

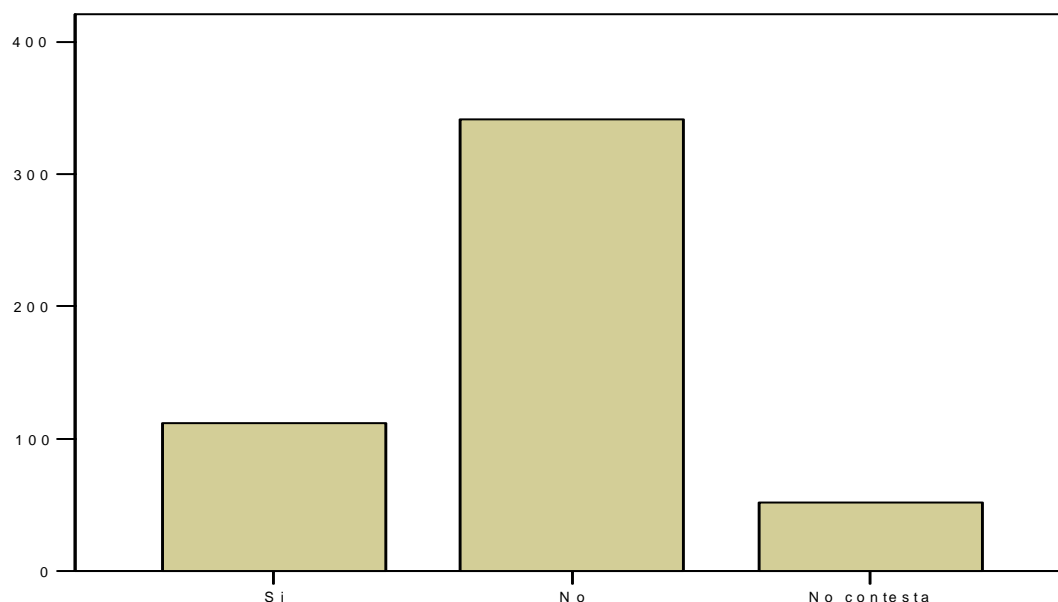


Tabla 186: Frecuencia propondrías otras actividades

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	112	22,2
	No	341	67,5
	No contesta	52	10,3
	Total	505	100,0

A la pregunta ¿Propondrías otras actividades? La respuesta de mayor frecuencia ha sido que no con un porcentaje del 67,5%; un 22,2% han afirmado que sí, que propondrían otras actividades, porcentaje que no hay que perder de vista en el reclamo de mejorar la actividades formativas en prevención de drogodependencia. También ha sido alto el porcentaje de sujetos que no han contestado a la pregunta representando el 10,3%.

L.1) En caso afirmativo indica cuál o cuáles

Gráfico 44: Frecuencia de las actividades que te gustaría realizar

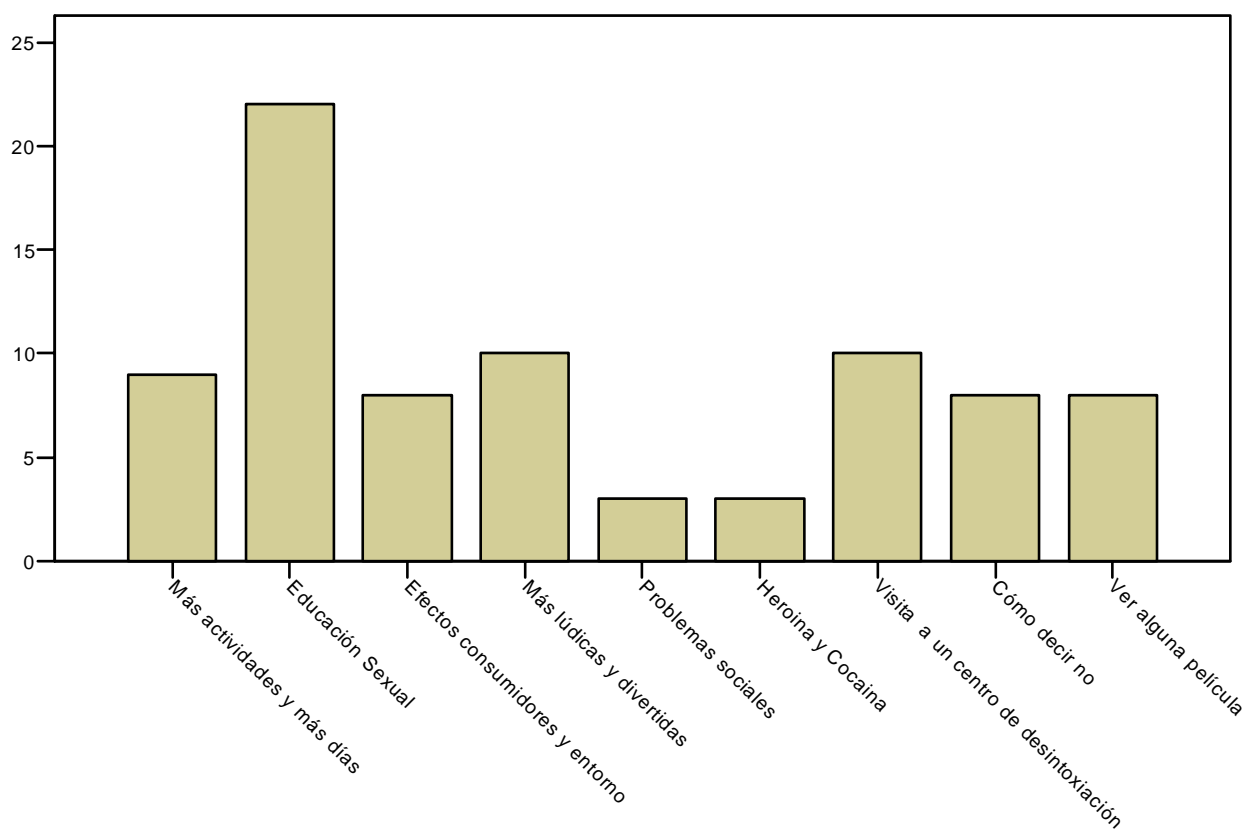
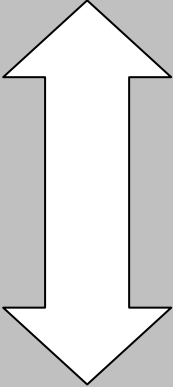


Tabla 187: Frecuencia de las actividades que te gustaría realizar

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Más actividades y más días	9	1,8
	Educación Sexual	22	4,4
	Efectos consumidores y entorno	8	1,6
	Más lúdicas y divertidas	10	2,0
	Problemas sociales	3	,6
	Heroína y Cocaína	3	,6
	Visita a un centro de desintoxicación	10	2,0
	Cómo decir no	8	1,6
	Ver alguna película	8	1,6
	Total	81	16,0
Perdidos	Sistema	424	84,0
Total		505	100,0

A la pregunta ¿Propondrías otras actividades? La respuesta afirmativa representa el 22,2%, aunque tan sólo el 16% ha especificado que tipo de actividad le gustaría realizar, de las respuestas de estos sujetos hemos recogido nueve actividades diferentes que proponen los sujetos, registrados de mayor a menor porcentaje Mayor porcentaje

	Actividad	Frecuencia	Porcentaje
	Educación Sexual	22	4,4
	Visita a un centro de desintoxicación	10	2,0
	Más lúdicas y divertidas	10	2,0
	Más actividades y más días	9	1,8
	Efectos consumidores y entorno	8	1,6
	Cómo decir no	8	1,6
	Ver alguna película	8	1,6
	Problemas sociales	3	,6
	Heroína y Cocaína	3	,6
Total		81	16,0

Menor porcentaje

Con mayor frecuencia aparece otra vez la reclamación de Educación sexual, con un mayor consenso que en el apartado de temas a trabajar, representando en este caso el 4,4% del 16% total, dato a tener en consideración pues la petición de este tipo de actividades formativas es de suma importancia para los jóvenes murcianos. En segundo lugar con un porcentaje del 10% tenemos actividades como visitar centros de desintoxicación, medida que los expertos no siempre han considerado muy acertada, pero que cuenta con la demanda de los destinatarios. Con la misma frecuencia que la anterior actividad, la que ocupa el tercer lugar en el ranking de actividades, se hace hincapié en el carácter de las actividades y se piden que sean más atractivas. En cuarto lugar con un porcentaje del 9% se hace referencia al número de actividades y se pide que se aumenten, así como el número de días que dura la formación. En quinto, sexto y séptimo lugar, las actividades se han recogido en la misma frecuencia representado el 8%, estas actividades están centradas en conocer los efectos de las drogas en los consumidores y en su entorno, herramientas para decir que no al consumo de drogas y ver alguna película sobre la problemática. En octavo y noveno lugar hemos recogido con un porcentaje del 3% realizar actividades que trabajen la problemática social del consumo de drogas y sobre la heroína y la cocaína. Destaca la coincidencia con los temas a tratar que han expuesto los alumnos en la pregunta anterior.

Analizando el grupo de variables pertenecientes a las características de la formación, podríamos afirmar que casi todos los alumnos encuestados han recibido formación en drogodependencias en el último curso escolar, representados por el 94,1%, y que afirman que la duración de las actividades no ha pasado en la mayoría de las ocasiones de unos días, manifestando el carácter puntual de estas acciones formativas. Con respecto al profesional que imparte la formación, los sujetos han afirmado que en la mayoría de los casos es un profesor ajeno al centro el que imparte esta formación, y el horario en el que se realizan suele ser mayoritariamente en tutorías. En cuanto a los contenidos que se trabajan destacan el tema de las drogas legales, como el tabaco y el alcohol. En cuanto a los temas que les gustaría que se trabajaran han señalado recibir más información general, efectos del consumo de drogas en los consumidores y en el entorno. Con respecto a las actividades, los sujetos afirman en su mayoría representada por el 67,5% que sí que les han gustado, aunque no hay que perder de vista al 22,2% que ha manifestado que no les han gustado, lo que viene a poner de relieve la importancia de los modos de aproximación educativa al tema. En cuanto a otras actividades que los alumnos propondrían se ha destacado la Educación sexual, seguida en frecuencia (de mayor a menor) por actividades más lúdicas y la visita a centros de desintoxicación.

LL) ¿La formación de prevención en drogodependencias que has recibido te ha ayudado a saber más sobre las drogas?

Gráfico 45: Frecuencia la formación ayuda a conocer más sobre las drogas

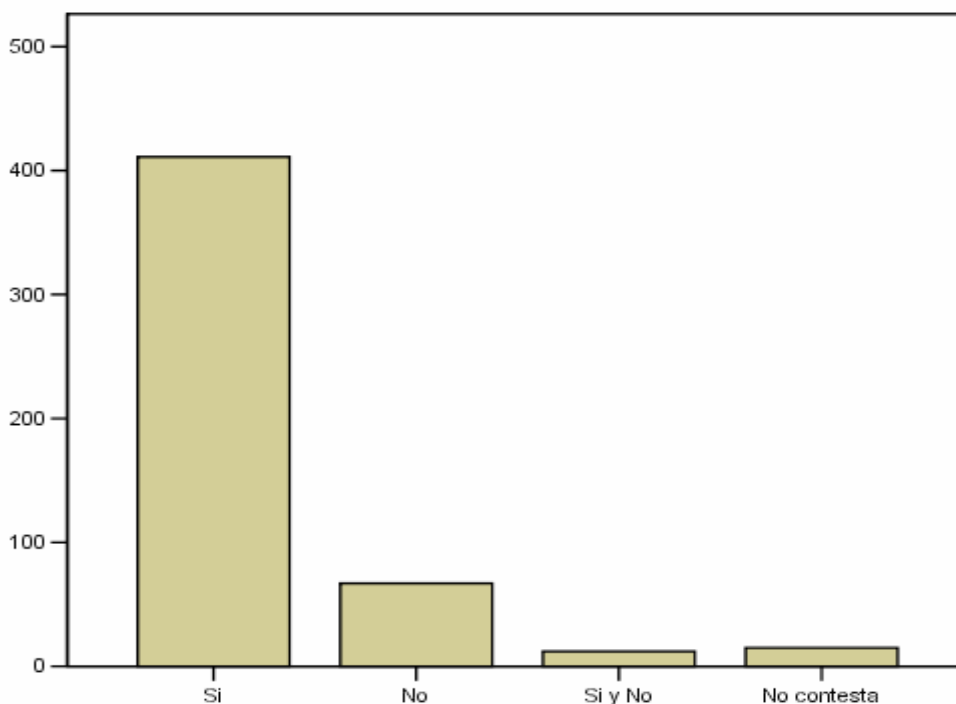


Tabla 188: Frecuencia la formación ayuda a conocer más sobre las drogas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	411	81,4
	No	67	13,3
	Si y No	12	2,4
	No contesta	15	3,0
	Total	505	100,0

A la pregunta ¿La formación de prevención en drogodependencias que has recibido te ha ayudado a saber más sobre las drogas? La respuesta afirmativa representa el 81,4%, considerando la formación como válida para estar más formado en materia de drogodependencias; el 13,3% ha manifestado que esta formación no le ayuda a conocer más sobre las drogas, aspecto preocupante a considerar pues representa una frecuencia de 67 alumnos, dato que no se puede pasar por alto. También hay un 2,4% que tiene dudas a este respecto y un 3% que no ha contestado a la pregunta.

L) ¿Crees que estas actividades son importantes para que los jóvenes no consuman drogas?

Gráfico 46: Frecuencia de la importancia de formación para ayudar a no consumir drogas

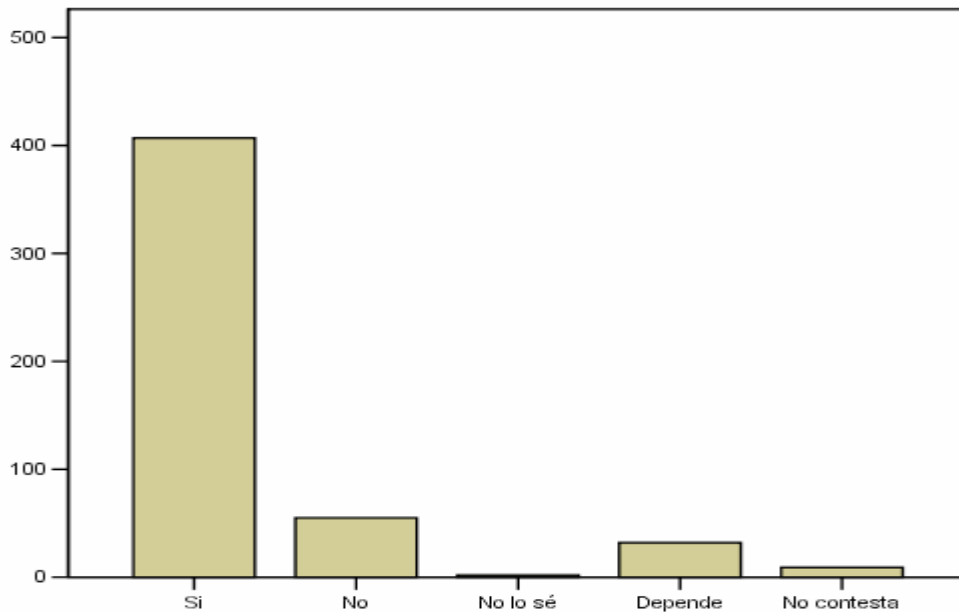


Tabla 189: Frecuencia de la importancia de formación para ayudar a no consumir drogas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	407	80,6
	No	55	10,9
	No lo sé	2	,4
	Depende	32	6,3
	No contesta	9	1,8
Total		505	100,0

A la pregunta ¿Crees que estas actividades son importantes para que los jóvenes no consuman drogas? La respuesta afirmativa representa el 80,6%, considerando la formación como importante para evitar el consumo de drogas, el 10,4% ha manifestado que esta formación no es importante a la hora de favorecer el no consumo de drogas, el 0,44% ha manifestado claramente que no lo sabía, y un 6,3%, es decir, 32 del total de los sujetos ha afirmado que esa cuestión depende, es relativa, manifestando que hay más factores que influyen sobre el consumo o no de drogas más allá de la formación.

M) ¿Crees que el consumo de drogas puede dañar tu salud?

Gráfico 47: Frecuencia del daño a la salud del consumo de drogas

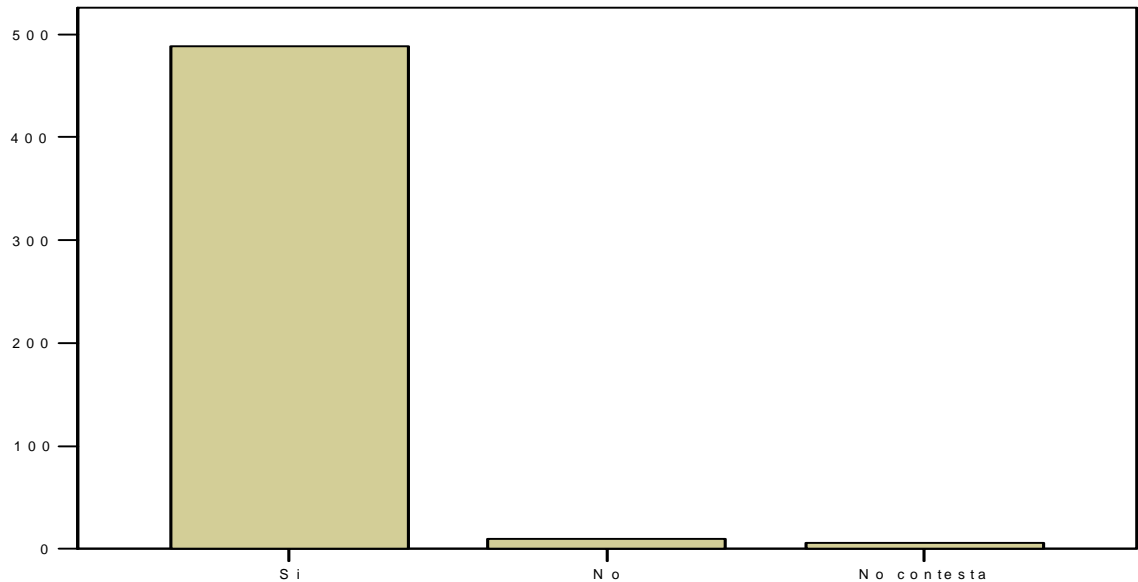


Tabla 190: Frecuencia del daño a la salud del consumo de drogas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	488	96,6
	No	10	2,0
	No contesta	6	1,2
	Total	504	99,8
Perdidos	Sistema	1	,2
Total		505	100,0

A la pregunta ¿Crees que el consumo de drogas puede dañar tu salud? La respuesta afirmativa representa el 96,6%, de los encuestados, que creen, por tanto que el consumo de drogas daña la salud, desmitifican de esta forma la creencia de que los jóvenes se sienten prepotentes ante el consumo de drogas porque no consideran que les vaya a afectar a su salud; a pesar de ello el 2% ha manifestado que el consumo de drogas no afecta a la salud.

Bajo este grupo de variables, definidas por la utilidad de la formación, y de su análisis podríamos afirmar que según los sujetos la formación es para la mayoría útil, pues ayuda a conocer más sobre las drogas, ayuda al no consumo y los sujetos afirman ser conscientes del daño que ocasiona el consumo de éstas a su salud.

N) ¿Consumes algún tipo de droga?

Gráfico 48: Frecuencia del consumo de drogas

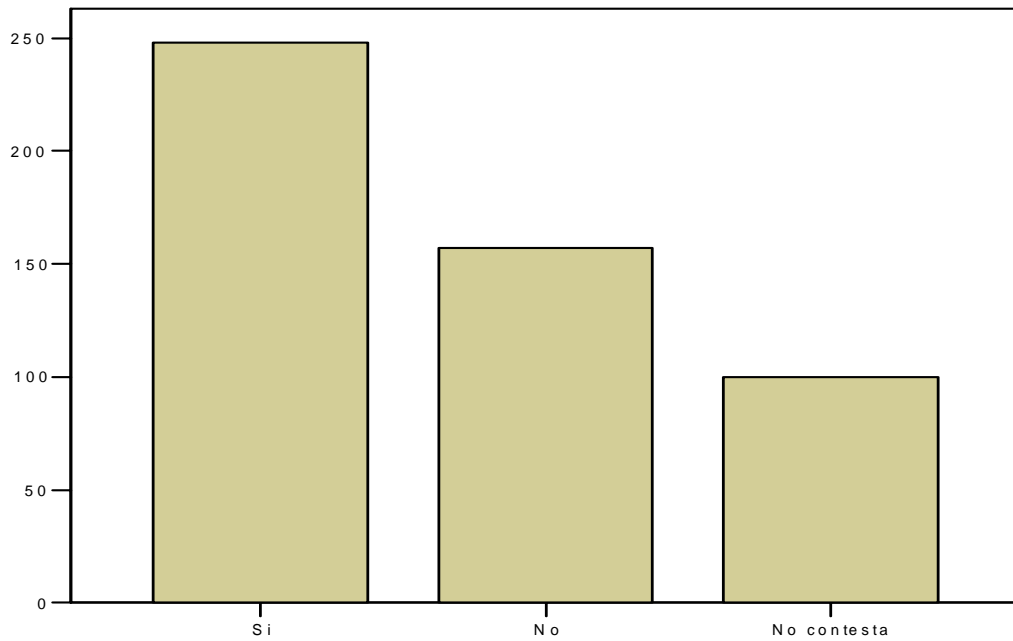


Tabla 191: Frecuencia del consumo de drogas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	248	49,1
	No	157	31,1
	No contesta	100	19,8
	Total	505	100,0

A la pregunta ¿Consumes algún tipo de droga? La respuesta afirmativa representa la mayor frecuencia con un porcentaje del 49,1%. El 31,1% responde que no consume drogas y otro dato a destacar es que el 19,8% no contesta a esta pregunta. El hecho de que la mayoría de los sujetos afirme consumir drogas, no es algo especialmente extraño, pues las edades de los sujetos son las que se han identificado de inicio para el consumo de drogas, sobre todo de alcohol y tabaco (PND: 2004).

O.1) En caso afirmativo indica cuál

O.1.1.) Tabaco

Gráfico 49: Frecuencia del consumo de tabaco

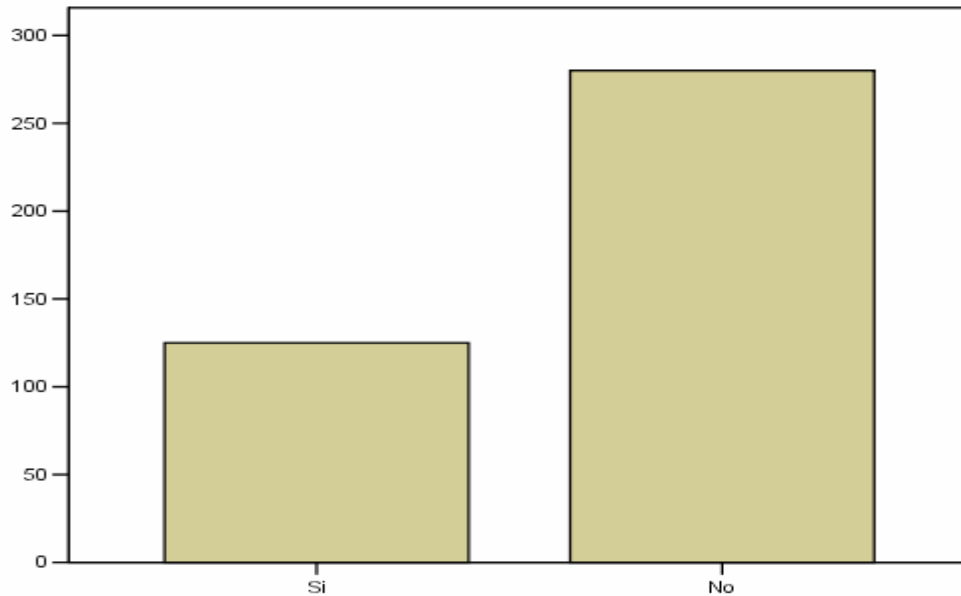


Tabla 192: Frecuencia del consumo de tabaco

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	125	24,8
	No	280	55,4
	Total	405	80,2
Perdidos	Sistema	100	19,8
Total		505	100,0

A la pregunta ¿Consumes tabaco? La respuesta negativa representa la mayor frecuencia con un porcentaje del 55,4% del total de sujetos que han contestado a la pregunta ¿consumes algún tipo de droga? representado por el 80,2% del total de la muestra, el 24,8% ha afirmado que sí consume tabaco.

O.1.2.) Marihuana

Gráfico 50: Frecuencia del consumo de marihuana

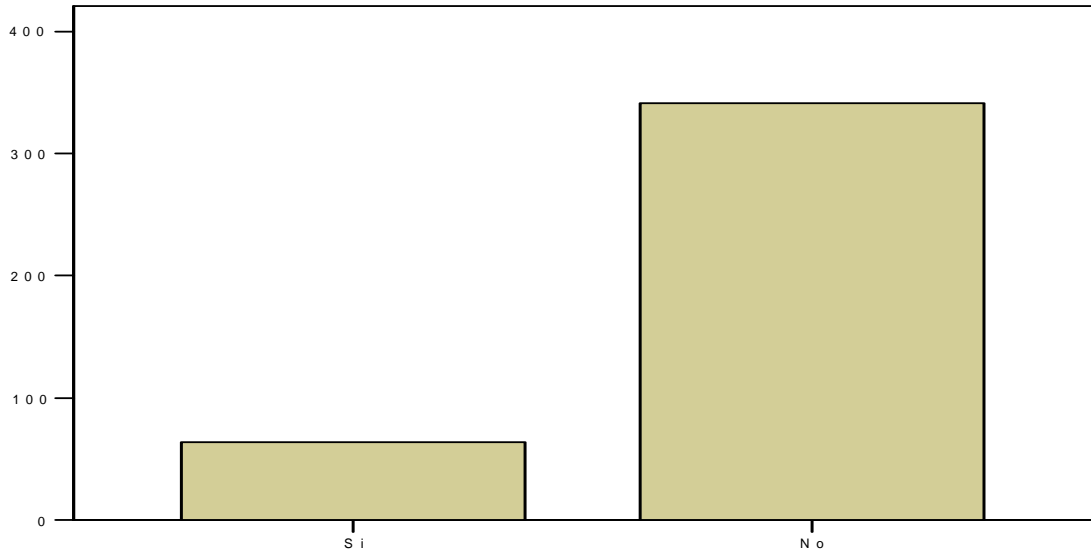


Tabla 193: Frecuencia del consumo de marihuana

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	64	12,7
	No	341	67,5
	Total	405	80,2
Perdidos	Sistema	100	19,8
Total		505	100,0

A la pregunta ¿Consumes marihuana? La respuesta negativa representa la mayor frecuencia con un porcentaje del 67,5% del total de sujetos que han contestado a la pregunta ¿Consumes algún tipo de droga?, representado por el 80,2% del total de la muestra; el 12,7% ha afirmado que sí consume marihuana.

O.1.3.) Alcohol

Gráfico 51: Frecuencia del consumo de alcohol

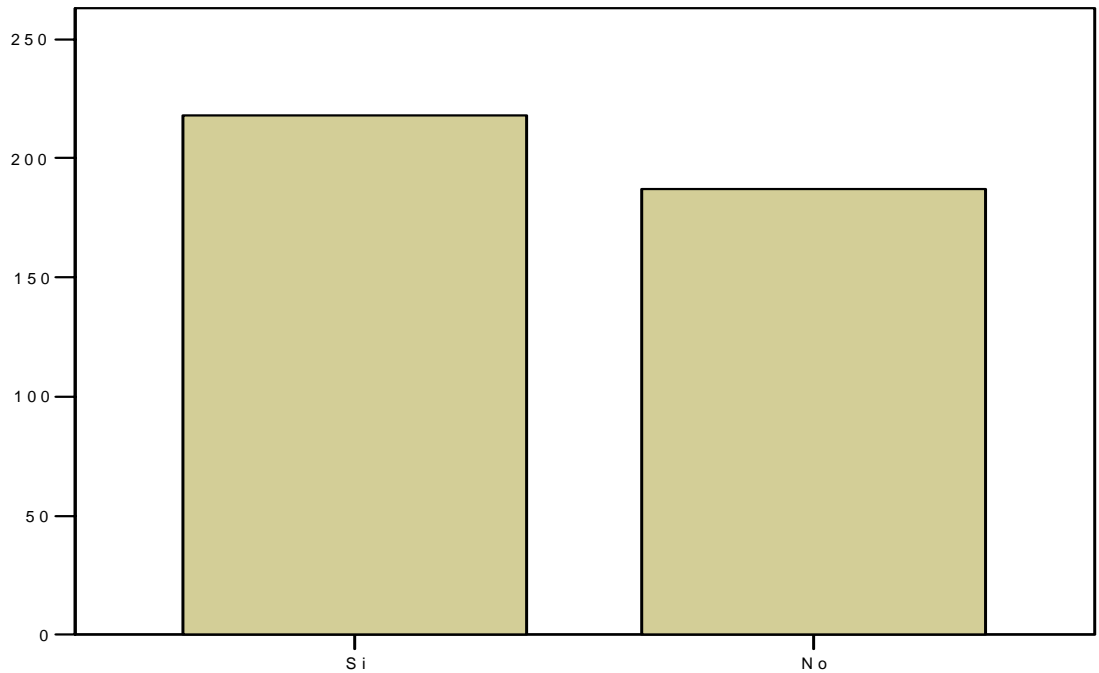


Tabla 194: Frecuencia del consumo de alcohol

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	218	43,2
	No	187	37,0
	Total	405	80,2
Perdidos	Sistema	100	19,8
Total		505	100,0

A la pregunta ¿Consumes alcohol? La respuesta positiva, cambiando la tónica anterior es la que representa la mayor frecuencia con un porcentaje del 43,25% del total de sujetos que han contestado a la pregunta ¿Consumes algún tipo de droga? representado por el 80,2% del total de la muestra, el 37% ha afirmado que no consume alcohol, confirmado que si hay una droga por excelencia consumida y aceptada en nuestro entorno cultural, esa es el alcohol.

O.1.4.) Drogas de diseño

Gráfico 52: Frecuencia del consumo de drogas de diseño

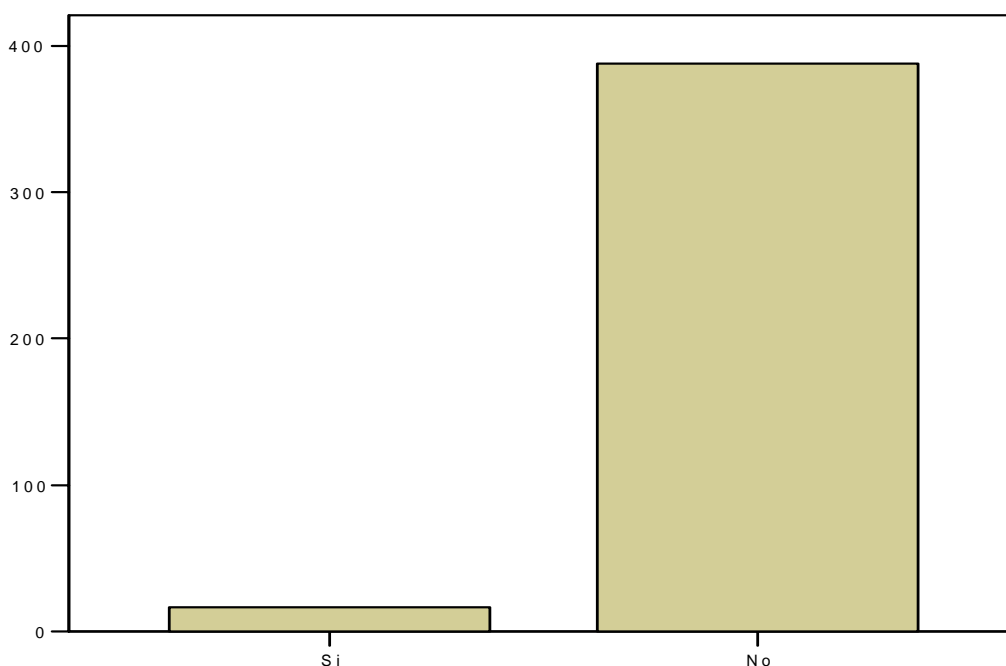


Tabla 195: Frecuencia del consumo de drogas de diseño

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	17	3,4
	No	388	76,8
	Total	405	80,2
Perdidos	Sistema	100	19,8
Total		505	100,0

A la pregunta ¿Consumes drogas de diseño? La respuesta negativa representa la mayor frecuencia con un porcentaje del 76,8% del total de sujetos que han contestado a la pregunta ¿Consumes algún tipo de droga? representado por el 80,2% del total de la muestra, el 3,4% ha afirmado que sí consume drogas de diseño.

O.1.5.) Cocaína

Gráfico 53: Frecuencia del consumo de cocaína

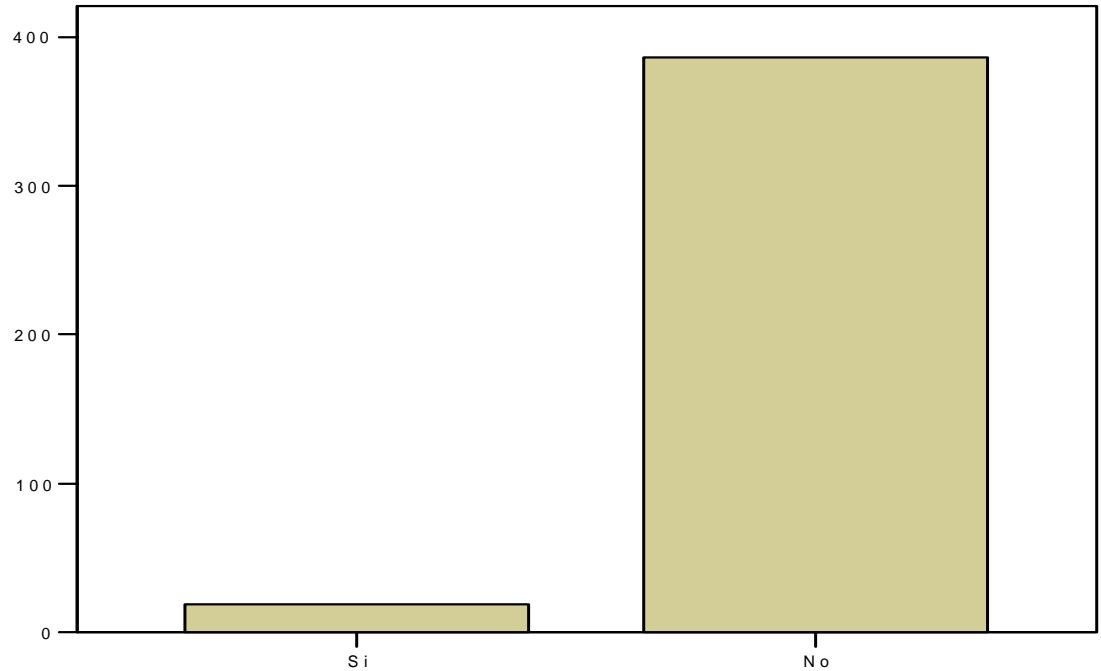


Tabla 196: Frecuencia del consumo de cocaína

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	19	3,8
	No	386	76,4
	Total	405	80,2
Perdidos	Sistema	100	19,8
Total		505	100,0

A la pregunta ¿Consumes cocaína? La respuesta negativa representa la mayor frecuencia con un porcentaje del 76,4% del total de sujetos que han contestado a la pregunta ¿Consumes algún tipo de droga? representado por el 80,2% del total de la muestra, el 3,8% ha afirmado que sí consume cocaína.

O.1.6.) Otras

Gráfico 54: Frecuencia del consumo de otras drogas

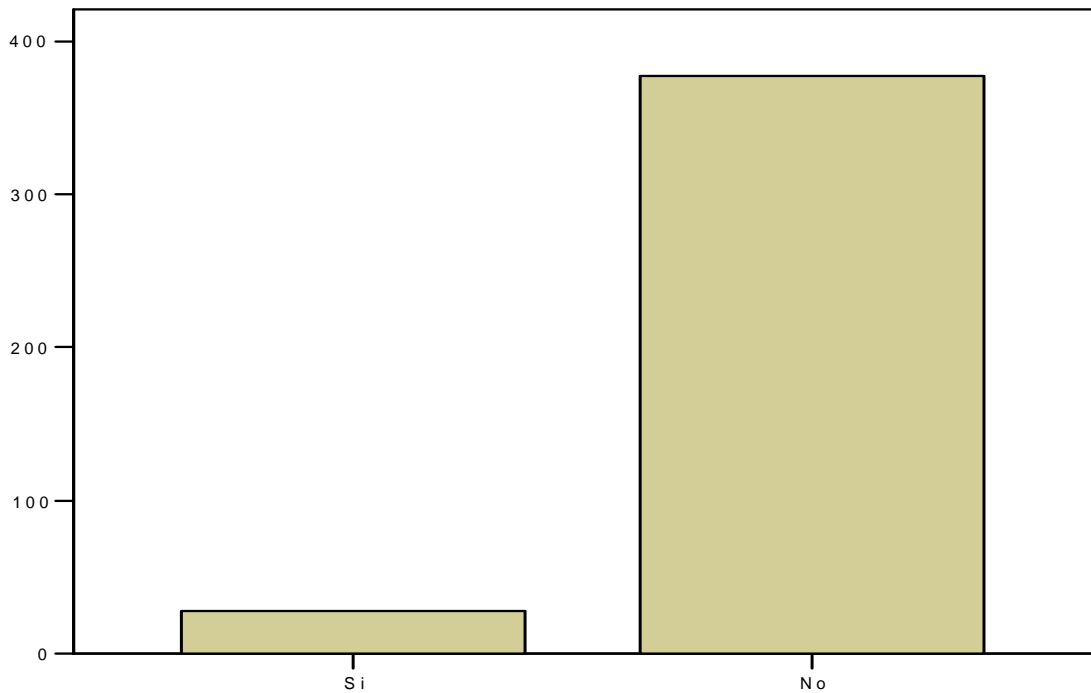


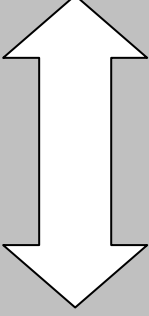
Tabla 197: Frecuencia del consumo de otras drogas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	28	5,5
	No	377	74,7
	Total	405	80,2
Perdidos	Sistema	100	19,8
Total		505	100,0

A la pregunta ¿Consumes otras drogas? La respuesta negativa representa la mayor frecuencia con un porcentaje del 74,7% del total de sujetos que han contestado a la pregunta ¿Consumes algún tipo de droga?, representado por el 80,2% del total de la muestra; el 5,5% ha afirmado que consumen otras drogas.

Por orden de frecuencia de mayor a menor, tendríamos el siguiente ranking de consumo de drogas entre la población encuestada:

Mayor porcentaje



Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Consumen alcohol	218	43,2%
Consumen tabaco	125	24,8%
Consumen marihuana	64	12,7%
Consumen otras drogas	28	5,5%
Consumen cocaína	19	3,8%
Consumen drogas de diseño	17	3,4%
Total de sujetos que consumen drogas	248	49,1%

Menor porcentaje

Estos datos apuntan que entre los sujetos que afirman que consumen drogas hay un policonsumo, es decir, consumen varias drogas pues la suma de los porcentajes de las sustancias consumidas es mayor que el total de sujetos que consumen drogas. Encontramos que la droga que se consume con mayor frecuencia es el alcohol, seguida del tabaco, a la que le sigue la marihuana, en cuarto lugar hemos recogido el consumo de otras drogas, englobando aquí medicamentos, alucinógenos y polen, en quinto lugar destaca el consumo de cocaína que está por encima del consumo de drogas de diseño.

O) ¿Tienes amigos cercanos que consuman drogas?

Gráfico 55: Frecuencia de amigos que consumen drogas

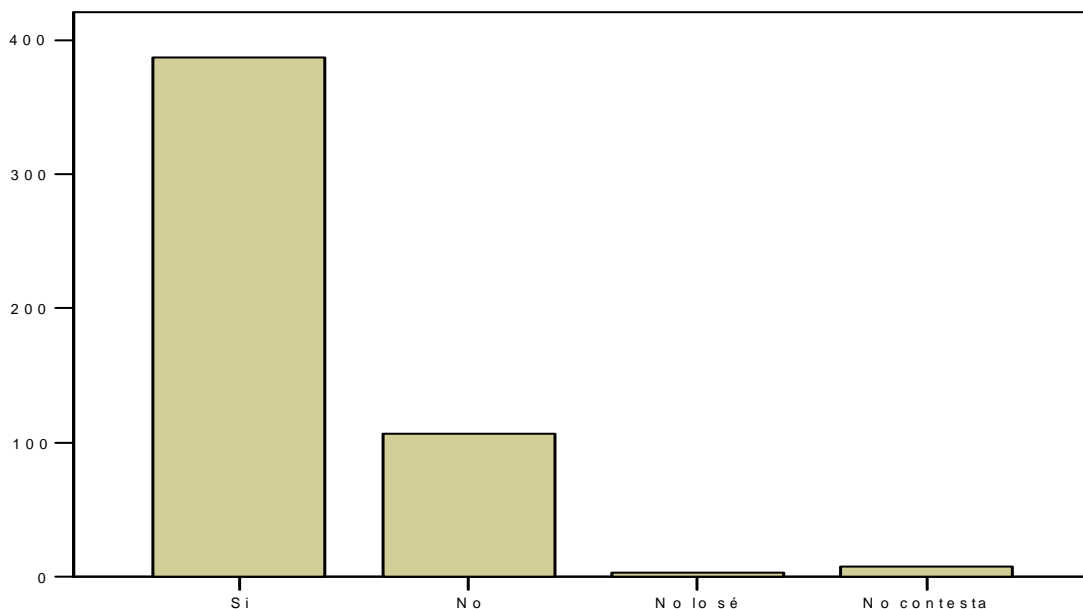


Tabla 198: Frecuencia de amigos que consumen drogas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	387	76,6
	No	107	21,2
	No lo sé	3	,6
	No contesta	8	1,6
	Total	505	100,0

A la pregunta ¿Tienes amigos cercanos que consuman drogas? La respuesta afirmativa representa la mayor frecuencia con un porcentaje del 76,6% del total de sujetos encuestados; el 21,2% ha afirmado no tener amigos que consumen drogas; el 0,6% afirmaba no saberlo y el 1,6% no contesta. Así la mayoría de los sujetos tienen amigos cercanos que consumen drogas: las drogas son algo cercano para ellos aunque no consuman.

P) ¿Por qué crees que algunas personas consumen drogas?

Gráfico 56: Frecuencia de razones por las que se consumen drogas

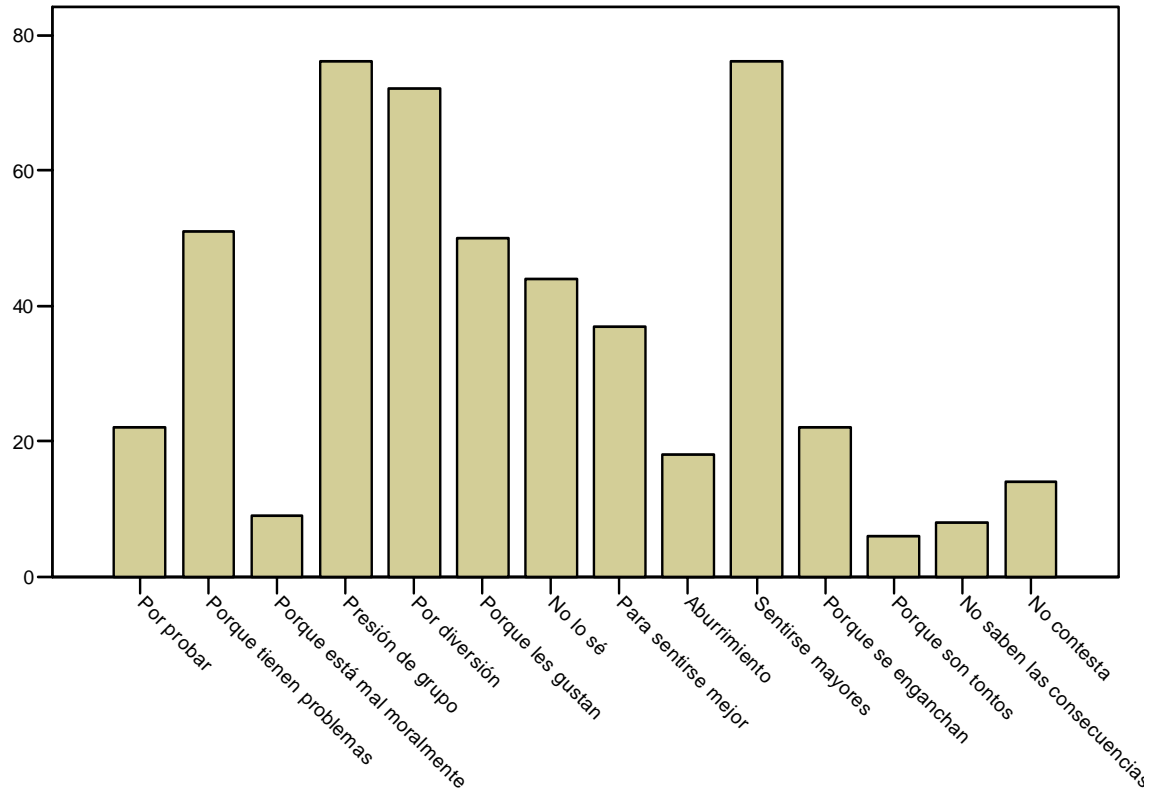
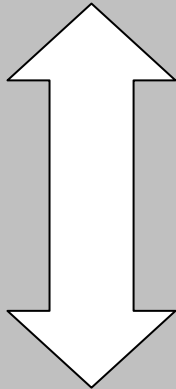


Tabla 199: Frecuencia de razones por las que se consumen drogas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Por probar	22	4,4
	Porque tienen problemas	51	10,1
	Porque está mal moralmente	9	1,8
	Presión de grupo	76	15,0
	Por diversión	72	14,3
	Porque les gustan	50	9,9
	No lo sé	44	8,7
	Para sentirse mejor	37	7,3
	Aburrimiento	18	3,6
	Sentirse mayores	76	15,0
	Porque se enganchan	22	4,4
	Porque son tontos	6	1,2
	No saben las consecuencias	8	1,6
	No contesta	14	2,8
Total	505	100,0	

A la pregunta ¿Por qué crees que algunas personas consumen drogas? Las respuestas han sido de una gran variedad, agrupando en catorce las diferentes respuestas obtenidas y que presentamos a continuación, registradas de mayor a menor porcentaje:

Mayor porcentaje

	Actividad	Frecuencia	Porcentaje
	Presión de grupo	76	15,0
	Sentirse mayores	76	15,0
	Por diversión	72	14,3
	Porque tienen problemas	51	10,1
	Porque les gustan	50	9,9
	No lo sé	44	8,7
	Para sentirse mejor	37	7,3
	Porque se enganchan	22	4,4
	Por probar	22	4,4
	Aburrimiento	18	3,6
	Porque está mal moralmente	9	1,8
	No saben las consecuencias	8	1,6
	Porque son tontos	6	1,2
	Total		502,2

Menor porcentaje

Con la mayor frecuencia aparece la presión de grupo como una de las principales razones por las que los jóvenes consumen drogas; en segundo lugar desataca el sentirse mayores, es decir, imitar al modelo de adulto que consume drogas; en tercer lugar, por diversión y, en cuarto por tener problemas en general.

Así, es de destacar que ya en esta franja de edad (de 13-18 años) es mayor la frecuencia de sujetos que consumen drogas, que la de los que no consumen. La más consumida continúa siendo el alcohol, ya que en el grupo de iguales, los amigos en su mayoría consumen drogas, y entre las razones que inducen al consumo de drogas los sujetos han destacado la presión de grupo y el hecho de sentirse mayores consumiendo.

Q) ¿Crees que este tipo de programas de prevención de drogodependencias debería continuar?

Gráfico 57: Frecuencia de la continuidad de los programas de prevención de drogodependencias

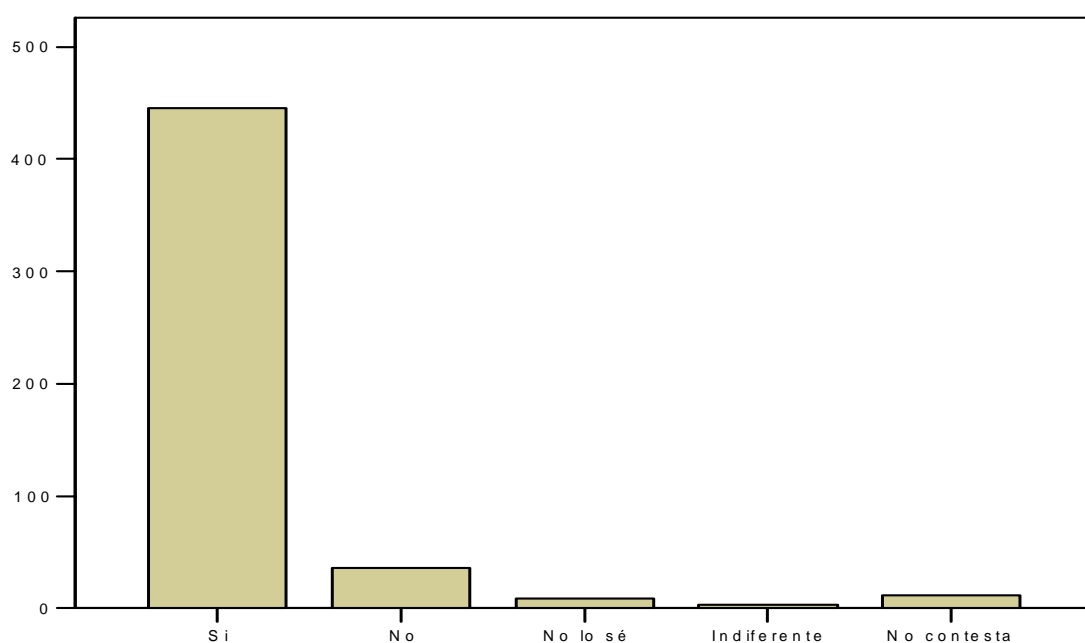


Tabla 200: Frecuencia de la continuidad de los programas de prevención de drogodependencias

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	445	88,1
	No	36	7,1
	No lo sé	9	1,8
	Indiferente	3	,6
	No contesta	12	2,4
	Total	505	100,0

Tabla 36.1.: Estadística de la continuidad de los programas de prevención de drogodependencias

N	Válidos	505
	Perdidos	0
Media		1,22
Desv. típ.		,727
Mínimo		1
Máximo		5

A la pregunta ¿Crees que este tipo de programas de prevención de drogodependencias debería continuar? La respuesta afirmativa representa la mayor frecuencia con un porcentaje del 88,1% del total de sujetos encuestados; el 7,1% ha afirmado que no deberían continuar; un 0,6% ha manifestado que le es indiferente y un 2,4% no ha contestado.

CAPÍTULO QUINTO

V. INTRERPRETACIÓN DE LOS DATOS. CONCLUSIONES

CAPÍTULO QUINTO

V. INTRERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN. CONCLUSIONES



“Un hombre civilizado no tiene ninguna necesidad de soportar nada que sea desagradable. En cuanto a realizar cosas, Ford no quiere que tal idea penetre en la mente del hombre civilizado. Si los hombres empezaran a obrar por su cuenta, todo el orden social se vería trastocado [...]. Una civilización no puede ser duradera sin contar con una importante cantidad de vicios agradables.”

Huxley, *Un mundo feliz*

5.1. INTRODUCCIÓN

Llegada a esta fase del proceso de análisis de la información, ya estamos en condiciones de responder al problema de estudio planteado proponiendo conclusiones. Por tanto, una de las grandes misiones a la que tendremos que hacer frente en esta fase es: la elaboración de conclusiones. Los resultados almacenados tras la disposición y el tratamiento de la información, nos han permitido entrar en un proceso de reflexión crítica, que nos llevará a la construcción de una serie de conclusiones, interpretaciones o decisiones inferidas en mayor o menor grado, a partir de los significados y las relaciones que entre tales significados hemos captado. Aunque es en este momento cuando el proceso inferencial adquiere su mayor protagonismo, es cierto y, ya se ha evidenciado que éste se encuentra presente a lo largo de todo el desarrollo del análisis de la información: desde que nos adentramos en su lectura exploratoria, pasando por las tareas de

categorización y codificación, hasta llegar a esta fase de elaboración de las conclusiones.

Dar sentido a la “realidad” compleja que encierra la puesta en marcha de los PMD, revelando sus significados y las conexiones entre ellos, remite siempre a la construcción de inferencias que toda labor investigadora implica. Este proceso de dar sentido a los resultados, debe conducir a la generación de una serie de interpretaciones, de conclusiones, que permitan la creación de un marco referencial significativo.

Actualmente, existe un consenso general acerca del papel prioritario que debe ocupar la Prevención en el conjunto de las intervenciones, que exige el abordaje del complejo fenómeno de las drogodependencias (asistencia, inserción, control de tráfico de sustancias...). En este sentido, apostamos por el desarrollo de programas comunitarios que contemplen la realidad social en la que se ubican, así como la implicación de los propios destinatarios en la respuesta a sus necesidades, planteando sus propias soluciones. El municipio se presenta, aquí, como un lugar idóneo para poner en marcha estas acciones, en este sentido Palacios (2001: 45-46) ha identificado algunas de las características que hacen que el municipio sea un espacio especialmente idóneo para aplicar el modelo comunitario de prevención:

- Un territorio o término municipal bien delimitado, con un sentido de pertenencia en sus habitantes y un sentimiento de que la calidad de vida colectiva e individual se alimentan recíprocamente.
- Un espacio donde la preocupación por el propio fenómeno de las drogodependencias y, en general, las políticas orientadas a la mejora de la calidad de vida del municipio, han motivado que, de forma más o menos ordenada, se realicen actuaciones sectoriales (educativas, sociales, sanitarias, formativas e informativas) susceptibles de ser coordinadas y encauzadas hacia la resolución del fenómeno de las drogodependencias.

- Un escenario con múltiples recursos ordinarios y normalizados desde los que dar respuesta al fenómeno de las drogodependencias (colegios, ambulatorios, asociaciones, servicios sociales...).
- La posibilidad de impulsar respuestas desde la normalidad, desde lo cotidiano. Así, la resolución del fenómeno de las drogodependencias puede enmarcarse en un concepto más amplio e inespecífico de mejora de la calidad de vida y, de promoción de la salud y el bienestar social. Todo ello justificaría, entre otras razones, la necesidad de que todo municipio cuente con un Plan Municipal sobre Drogas, como marco global que encuadre las políticas sectoriales.
- El Ayuntamiento, como estructura administrativa más próxima al ciudadano, puede servir de motor para gestionar y coordinar actuaciones que permitan hacer frente al fenómeno de las drogodependencias y procurar espacios de participación.

Para que este proyecto de los PMD se haga realidad, es necesario recordar que son los programas que se adecuan a la realidad y los que dan respuesta a las necesidades, motivaciones y valores existentes, los que en estos momentos parecen alcanzar mejores resultados (Séller, 1990), ya que plantean que las estrategias deben estar en consonancia con la población implicada, debiendo contemplarse desde la fase de detección de las necesidades hasta la fase de evaluación de los programas.

Con la intención de conocer qué está sucediendo en cuanto a la planificación, implementación y desarrollo de los PMD de algunas localidades seleccionadas, nuestro estudio pretende conocer uno de los objetivos generales planteados por la investigación y que responde a: analizar los Planes Municipales de Drogodependencias, para ello hemos establecido los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer cuáles han sido las necesidades que han llevado a la realización de los PMD en las diferentes localidades
2. Conocer si se han realizado estudios previos a la puesta en marcha de los PMD que hayan analizado la realidad local.
3. Identificar los objetivos generales de los PMD analizados
4. Identificar las entidades que han participado en la elaboración de los PMD
5. Identificar las entidades que han participado en la puesta en marcha de los PMD
6. Conocer la estructura y los diferentes ámbitos de actuación de los PMD
7. Analizar el tipo de actividades que se realizan desde los PMD
8. Identificar los recursos financieros de los que disponen los PMD
9. Conocer si se realiza evaluación de los PMD, en caso afirmativo, identificar qué tipo, qué instrumentos se utilizan, y durante qué periodo se realiza.

Si observamos, los esfuerzos desde la prevención van dirigidos, entre otros ámbitos, principalmente desde la educación y el desarrollo comunitario. Así, con respecto a la prevención, es necesario insistir en la necesidad de que la intervención preventiva es una opinión claramente educativa y de cambio de hábitos en la comunidad; es decir, aquella que basa sus estrategias en incidir en los estilos de vida que optan por un modelo de vida saludable y que, en el supuesto de optar por la opción del consumo de drogas, éste se realice de forma responsable y controlada.

Para conocer qué se está realizando desde los PMD con respecto al ámbito educativo, hemos propuesto el segundo objetivo general de nuestra investigación, definido en los siguientes términos: analizar los programas escolares de prevención en drogodependencias. **Ámbito educativo de los PMD.** Y que, posteriormente, hemos desgranado en los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer la difusión que se les da a los programas escolares de prevención en drogodependencias
2. Identificar las características de la formación ofertada en los programas escolares de prevención en drogodependencias
3. Conocer el contenido de los programas escolares de prevención en drogodependencias, trabajado en las aulas
4. Identificar la utilidad percibida por los destinatarios encuestados de los programas escolares de prevención en drogodependencias
5. Conocer el nivel de consumo de drogas por parte de los destinatarios encuestados
6. Identificar si se considera pertinente la continuidad de estos programas por parte de los destinatarios.

A continuación, pasamos a desarrollar la forma en la que hemos planteado las respuestas a estos objetivos y que nos ha facilitado la elaboración de las conclusiones; en las que indicamos aquellas aportaciones que creemos que sería necesario realizar, para mejorar el funcionamiento de los mismos, dando respuesta al carácter crítico del proceso investigador, definido como el modelo teórico de nuestro desarrollo investigador.

5.2. CONSTRUIR A TRAVÉS DE LA COMPARACIÓN. EL MODELO DE EVALUACIÓN DE STUFFLEBEAM Y LOS PMD.

Acabada la tarea de construcción de la información (identificación, muestreo, categorización, y codificación), llega el momento de su análisis. Los datos no hablan por sí mismos, hay que hacerlos hablar, hay que extraer su significado, hay que realizar inferencias del texto a su contexto. Como es obvio, no existe un modelo único para llevar a cabo el análisis de la información, sino que éste puede ser efectuado de múltiples formas, según sean los intereses y objetivos, las condiciones y los textos con los que el investigador afronta su trabajo. Nuestro trabajo de análisis de la información lo hemos realizado a través

de la comparación de las unidades de información de los diferentes contextos analizados.

Este análisis comparativo se basa en el Modelo de Evaluación C.I.P.P. de Stufflebeam, a través del cual hemos identificado las cuatro dimensiones de evaluación que lo componen:

- Evaluación de contexto
- Evaluación del programa
- Evaluación del proceso
- Evaluación de los resultados

Estas cuatro dimensiones evaluativas se corresponden con los diferentes elementos analizados a lo largo del proceso investigador, y para los que establecemos la siguiente vinculación (ver tabla 1):

Tabla nº 1: Relación entre los ámbitos de la investigación y las dimensiones de la evaluación.

Dimensiones evaluativas	Ámbitos de investigación
Evaluación del contexto	Documentos de texto de los PMD
Evaluación del programa	
Evaluación del proceso	Entrevistas realizadas a los técnicos locales coordinadores de los PMD
Evaluación de los resultados	Memorias de los PMD del año 2004

La correlación establecida entre el análisis de los documentos de texto de los PMD y la evaluación del contexto y del diseño del programa, es debida a que es en estos documentos en los que se hace alusión al conocimiento de la realidad local, donde se plasma el estudio de necesidades a las que intenta dar respuestas al fenómeno de las drogodependencias desde el ámbito local, así como identificar las características del contexto con el que vamos a trabajar. A su vez, es en estos documentos donde también se redacta todo el proceso de planificación del Plan. En él se desarrollan los aspectos que guían la realización del programa, es decir, el diseño mismo de los Planes.

La evaluación del proceso la hemos vinculado a la información obtenida de las entrevistas realizadas a los técnicos de los Ayuntamientos encargados de coordinar las acciones de los PMD. Consideramos que son estos actores los que verdaderamente conocen el proceso de puesta en marcha de los Planes en sus municipios. Además, son los que han tenido que “batallar” con las dificultades, para poder hacer realidad la propuesta de los PMD en las localidades donde trabajan, conocen cómo se han ido implementando, los recursos con los que han contado, las acciones que han dado un resultado positivo, las que no, etc. Intentan hacer posible que el proyecto planificado pueda plasmarse luego en la realidad local. Argumentos que nos llevan a pensar que son estos técnicos los candidatos idóneos para realizar una valoración sobre el desarrollo de los PMD en las diferentes localidades.

La evaluación de resultados se ha correlacionado con las memorias anuales de los PMD, que se entregan a la Consejería de Sanidad y Consumo al finalizar el año. En estas memorias se recogen datos sobre la evaluación del Plan en general, y de aspectos particulares de aquellos programas de carácter preventivo, que se realizan en las diferentes localidades. En nuestra opinión, estas memorias, más que una evaluación de resultados, recogen un informe sobre las actividades realizadas durante el año por cada uno de los PMD, respondiendo a indicadores que recoge posteriormente el Plan Autonómico en sus memorias anuales. Este tipo de informes, en nuestra opinión, deberían madurar un poco más, y avanzar hacia una “verdadera” evaluación de resultados, a través de la que se conociera cuáles son los efectos producidos por los PMD en la localidad en la que se aplican, y guiar hacia dónde deberían encaminarse éstos. El hecho de que este tipo de informe sea realizado por todos los municipios que ponen en marcha los PMD, así como el carácter uniforme de la información y, sobre todo, que ésta sea la única evaluación que realizan todos los municipios, son indicadores que nos han llevado a seleccionar este tipo de informes y vincularlos a la evaluación de resultados, pues a pesar de todo, es la información que se da a conocer de los PMD y que se publica en la “Evaluación diagnóstico de los Planes Autonómicos sobre drogas” por el PNSD cada año.

A continuación, presentamos las unidades de información de cada uno de los ámbitos seleccionados y que posteriormente compararemos entre sí.

Unidades de información seleccionadas en la información recogida del análisis textual de los Planes Municipales de Drogodependencias:

- Necesidad de realizar el Plan
- Objetivos del Plan
- Coordinación y Participación del Plan
- Estructura y Ámbitos de acción
- Actividades preventivas *versus* destinatarios
- Recursos
- Evaluación

Unidades de información seleccionadas en la información recogida de las entrevistas realizadas a los técnicos municipales de los Planes Municipales de Drogodependencias:

- Necesidad que conducen a realizar el Plan
- Objetivos del Plan
- Definición del Plan
- Participación en la elaboración y en la puesta en marcha del Plan
- Estructura y Ámbitos de acción
- Actividades Preventivas *versus* destinatarios
- Recursos
- Evaluación
- Opinión personal sobre el Plan

Unidades de información seleccionadas en la información recogida del análisis textual de las memorias de los Planes Municipales de Drogodependencias correspondientes al año 2004:

Participación en la planificación y en la puesta en marcha
 Estructura y ámbitos de actuación
 Actuaciones preventivas *versus* destinatarios
 Recursos
 Evaluación
 Modificaciones o aportaciones a los programas de prevención en drogodependencias.

Para realizar este análisis, hemos recogido las unidades de información que han coincidido tanto en los PMD, como en las entrevistas realizadas a los técnicos, y en las memorias. Así las unidades de información comparadas son las presentadas a continuación en la tabla nº 2:

Tabla nº 2: Unidades de información comparables

Unidades de información de los PMD	Unidades de información de las entrevistas realizadas a los técnicos	Unidades de información de las memorias de los PMD
Necesidad de realizar el Plan	Necesidad que conducen a realizar el Plan	
Objetivos del Plan	Objetivos del Plan	
Coordinación y Participación del Plan	Participación en la elaboración y en la puesta en marcha del Plan	Participación en la planificación y en la puesta en marcha
Estructura y Ámbitos de acción	Estructura y Ámbitos de acción	Estructura y ámbitos de actuación
Actividades preventivas <i>versus</i> destinatarios	Actividades Preventivas <i>versus</i> destinatarios	Actuaciones preventivas <i>versus</i> destinatarios
Recursos	Recursos	Recursos
Evaluación	Evaluación	Evaluación

Fuente: Elaboración propia

A continuación, realizamos el análisis comparativo de las diferentes unidades de información de cada uno de los ámbitos trabajados y que posteriormente compararemos entre sí, para realizar este análisis hemos recogido los mapas conceptuales, resultado de la información trabajada en cada uno de los ámbitos que hemos analizado. La información comparada se ha reflejado posteriormente a través de un cuadro de triple entrada para posteriormente pasar al análisis de los mismos.

A continuación, pasamos a contrastar cada una de las unidades de información con la información obtenida con respecto al primer objetivo general, con el fin de conocer el desarrollo de los Planes Municipales de prevención en drogodependencias. Este análisis consiste, en primer lugar, en la presentación de la información obtenida de las diferentes fuentes que presentamos de forma sintetizada a través de diversas tablas, y que ya se analizó de forma específica en el capítulo IV; y en segundo lugar, en un análisis de dicha información.

5.2.1. Análisis comparativo de la unidad de información: Necesidad de realizar el PMD

Esta unidad de información, que se corresponde con los objetivos específicos 1 y 2, se analiza en referencia a la información obtenida del análisis de los textos de los Planes Municipales de drogodependencias, y de las entrevistas realizadas a los técnicos, es decir, del ámbito de evaluación de contexto y diseño, y el de proceso. No se realiza, así de la evaluación de resultados, pues no se hace mención al respecto en la memorias de los PMD; es decir, hay una escasa vinculación de las necesidades sociales demandadas con las acciones que se emprenden, ya que el estudio y conocimiento de la realidad social, que analizamos, no se ajusta a ningún proceso evaluativo y de contraste, de las acciones que se emprenden en el desarrollo de los PMD. Sin embargo, es necesario que los individuos conozcan cuáles son las necesidades que han impulsado la puesta en marcha de una determinada acción social. En el caso de los PMD, este análisis de la realidad, a través del que se identifican las necesidades de una determinada sociedad, comunidad o realidad local, es fundamental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer cuáles han sido las necesidades que han llevado a realizar los PMD en las diferentes localidades
2. Conocer si se han realizado estudios previos a la puesta en marcha de los PMD que hayan analizado la realidad social.

A continuación sintetizamos en la tabla nº 3 agrupando la información obtenida de los diferentes contextos analizados:

Tabla n° 3: Análisis comparado. Necesidad de realizar el Plan

I. NECESIDAD DE REALIZAR EL PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS			
I.1. Por qué se realiza		I.2. Estudios Previos	
Plan	Entrevista	Plan	Entrevista
I.1.1. Necesidad de Coordinación	I.1.5. Necesidad de Coordinación	I.2.1. Datos del SITCAM	I.2.2. Estudio sobre prevalencia de adicciones
I.1.2. Necesidad Administrativa	I.1.1. Necesidad Administrativa	I.2.2. Datos Investigaciones socio-sanitarias	
I.1.3. Necesidad Social	I.1.2. Necesidad Social	I.2.3. Análisis consumo de drogas población	
I.1.4. Necesidad de dotación de recursos	I.1.3. Necesidad Económica	I.2.4. Estudio Sociológico	I.2.1. Estudio social
I.1.5. Necesidad Política	I.1.4. Necesidad Política		
I.1.6. Necesidad de dar estabilidad a las acciones preventivas			

Fuente: Elaboración propia

- Interpretación de la información obtenida

El análisis que hemos realizado se basa en la comparación de la información obtenida de las necesidades reflejadas en los documentos de los PMD estudiados, y los detectados por los técnicos municipales de los PMD.

Si comparamos las subcategorías obtenidas en uno y otro ámbito, en la planificación y en el desarrollo de los programas, podemos observar que hay un índice de coincidencia bastante alto, tanto en las subcategorías definidas en los Planes y en las detectadas por los técnicos. Así, las necesidades de coordinación, administrativa, social, económica y política conforman el grupo de coincidencias, aunque en distinto orden de prioridad. Entre la información que más nos llama la atención, destacamos el hecho de que la subcategoría necesidad de coordinación se registre con mayor frecuencia en los Planes y, sin embargo, los técnicos la registren en menor frecuencia; este hecho puede ayudarnos a comprender, que en

un principio se realicen esfuerzos en la redacción de lo que son los PMD por invertir en coordinación, sin embargo, a la hora de ponerlos en marcha, ese intento no se traduce en acciones concretas, por lo que no se identifica como una necesidad prioritaria.

Por tanto, en este sentido, se reconoce la necesidad de crear una estructura que coordine las acciones en materia de drogodependencias, puesto que hasta el momento cada entidad, institución o individuo trabajan de forma aislada. Las acciones en materia de drogodependencias se centralizan, o mejor dicho, se organizan desde la propia estructura que tiene cada PMD, es decir, desde la Comunidad Autónoma y desde los Ayuntamientos, en la mayoría de los casos la responsabilidad recae en las Concejalías de Servicios Sociales, o de Sanidad.

Para que esta coordinación se produzca, es necesaria una estructura que conozca el funcionamiento de los Ayuntamientos y a su vez, disponga de los recursos necesarios para poner en marcha los PMD. Aquí hablamos de la segunda necesidad detectada en los PMD y la primera por los técnicos: estamos hablando de la necesidad administrativa. La entidad administrativa que ha gestionado esta coordinación de las acciones en materia de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Murcia, ha sido la Consejería de Sanidad y Consumo, que a través de convenios ha invitado a los responsables políticos de los Ayuntamientos a la puesta en marcha de los PMD. No podemos olvidar que el ámbito de trabajo de la Consejería de Sanidad y Consumo, en materia de drogodependencias, se encuadra dentro del Plan Autonómico de drogodependencias (en adelante PAD), en este sentido, resulta curioso observar que concretamente éste está caducado. Sin embargo, a pesar de esta necesidad de actualización, el PAD está vivo, pues de él dependen los PMD.

Observamos pues, que las actuaciones en materia de drogodependencias comparten una estructura jerárquica, que abarcan desde actuaciones a nivel nacional, contempladas en el PNSD; actuaciones a nivel autonómico, desde el PAD; hasta actuaciones a nivel local, que se abordan desde los PMD. Así, el PMD depende del PAD, y éste último del PNSD.

Esta estructura jerárquica hace posible que se parta de unas directrices más generales en cuanto al tipo de programas y acciones a desarrollar en materia de drogodependencias, sin embargo, en el aspecto más específico dificulta la adaptación de estas acciones a las necesidades concretas de cada localidad en función de su realidad social.

Lógicamente, si los propios interesados no demandaran una intervención en materia de drogodependencias, estaríamos más cerca de construir sociedades impositivas y de programas avocados al fracaso, que de ir hacia la construcción de sociedades autónomas y responsables de la realidad social en la que viven. Así, aunque nos pueda parecer lógico que la necesidad social haya sido detectada tanto en los documentos de los PMD como en las entrevistas, es de destacar, que el hecho de que haya aparecido nos haga percibir que los PMD son una demanda de los propios ciudadanos, para responder a sus problemas en materia de drogodependencias. Partir de esta clara demanda social facilita el terreno de abono para el crecimiento y desarrollo de los Planes, desde la estrategia del desarrollo comunitario.

Otra de las necesidades identificadas ha sido la de aunar recursos y, entre otros, hemos destacado los económicos, que son los que principalmente han permitido materializar las propuestas y desarrollar los PMD; ya que éstos últimos son cofinanciados por la Comunidad Autónoma y los Ayuntamientos. En este sentido destacamos que, son los Ayuntamientos que más recursos económicos tienen, los que mayor número de actividades realizan y, mayor dotación presupuestaria destinan a los PMD; y en gran medida, aquellos que disponen de menos recursos, dependen de la financiación de la Comunidad Autónoma para el desarrollo de los Planes. Este hecho que nos resulta discriminatorio, y que condiciona el funcionamiento de los PMD en función de la riqueza de los municipios, permite al menos, que aquellos municipios que por sí solos no podrían poner en marcha los PMD, con la ayuda de la financiación de la Comunidad Autónoma, sí que les sea posible, aunque de forma tímida, emprender este tipo de proyectos.

La última necesidad detectada ha sido la política, los Ayuntamientos demandaban la realización de este tipo de actuaciones, puesto que la administración local está gestionada políticamente, y al igual que en la administración autonómica y nacional, son los representantes políticos los que deciden, en última instancia, cuáles son las prioridades y las acciones a emprender.

Pero, ¿a través de qué instrumentos hemos recogido e identificado estas necesidades?, ¿a través de qué indicadores se ha analizado la realidad para destacar las necesidades anteriormente comentadas?

Según la información analizada, estos interrogantes se han revelado a través de dos vías básicamente; datos sobre el consumo de drogas, y datos sobre información de tipo social. Desde los documentos de los PMD, se ha subdividido estas dos vías en cuatro: datos del SITCAM, datos de investigaciones socio-sanitarias, análisis del consumo de la población y estudios sociológicos. Como vemos, todavía prevalecen los estudios epidemiológicos sobre los de otros ámbitos, parcializando las dimensiones del fenómeno de las drogodependencias, es, por tanto, necesario ampliar esta visión enriqueciéndola con estudios multidimensionales.

Consideraciones derivadas del análisis:

Con respecto al primer objetivo, exponer que se han identificado seis necesidades como impulsoras de la realidad de los PMD; especificar que la necesidad Administrativa ha sido la registrada con mayor frecuencia, información que nos indica el peso de la administración en la realización de estos Planes. Así, se reconoce que los PMD tienen en primer lugar una demanda administrativa, acontecimiento que no es extraño, ya que los primeros impulsores para poner en marcha los PMD son las Comunidades Autónomas, que siguen a su vez las directrices del PNSD. Esto nos permite utilizar la estructura de coordinación administrativa entre las comunidades autónomas, el estado y los municipios. Sin embargo, no debemos olvidar que este tipo de estructuras jerárquicas dificultan

que haya una verdadera participación e implicación de los municipios en la elaboración, aplicación y evaluación de los Planes. Ya que éstos pueden llegar a ser concebidos, y así lo han manifestado algunos técnicos, como “algo que hay que hacer, pero que no se ajusta a la realidad”. Este sentimiento es peligroso, pues, para llevar a cabo los PMD, una de las mejores estrategias es el Desarrollo Comunitario, y si recordamos el hecho de que los propios implicados sean los que demanden las acciones a emprender, así como trabajar por solucionar los problemas o cuestiones que la comunidad implicada considere necesarios, es un eje vital para el buen funcionamiento de los mismos. Aunque no hemos de frustrarnos, pues la realidad social, la que demandan los propios ciudadanos, ha sido la recogida en segundo lugar, lo que nos permite establecer un vínculo de relación entre la realización de los PMD y la demanda para que éstos se pongan en marcha por parte de los grupos sociales en los que se desarrollan.

Es posible que en el inicio de los PMD fuera una buena idea utilizar cauces administrativos, para poder apoyar y poner en marcha los Planes. Pero, también es cierto que, llegado el momento actual, esos cauces deben reestructurarse a favor del desarrollo comunitario, delegando responsabilidades y capacidad de acción en cuanto a la elaboración de los Planes a los municipios, asegurándonos de que sus propuestas sean factibles y de que cuentan con los recursos necesarios para ponerlos en marcha, así como ajustándonos a las necesidades de cada comunidad en particular, ya no eligiendo el “menú del día”, sino realizando una combinación “a la carta” respondiendo al deseo y necesidad de cada momento.

También, ha sido la necesidad económica una de las que se ha identificado como impulsora de los Planes, puesto que anteriormente las actividades en materia de prevención de drogodependencias dependían de la concesión de subvenciones puntuales. La financiación de los Planes permite la realización de una diversidad de actuaciones a lo largo de un período de tiempo más o menos largo, lo que a su vez ha contribuido a dar estabilidad a las acciones preventivas. Hubo también, en este impulso, una necesidad de coordinación entre las diferentes actuaciones que se estaban realizando.

En lo referente a los estudios previos que han analizado la realidad local, es necesario afirmar que, aquellos que realizan todos los PMD analizados provienen de los datos del SITCAM (Sistema de información estadística de la Región de Murcia), en los que la información que se aporta, hace referencia principalmente al grado de prevalencia de adicciones atendidas en los Centros de Salud y Hospitales. Recordamos que esta información nos ofrece una visión de la realidad sesgada, y que es necesario ampliar el análisis a los diversos factores que influyen en el complejo fenómeno de las drogodependencias, si queremos realizar acciones que se ajusten a la realidad social en la que nos encontramos. Otro aspecto a destacar es la periodicidad con la que se realizan estos estudios, pues la mayoría de ellos eran del año 1998, con esta información difícilmente vamos a conocer la realidad actual. En segundo lugar, se ha recogido la realización de estudios sociológicos, aunque solamente han sido dos, de los seis Planes analizados, los que utilizan este tipo de estudios para acercarnos a identificar el contexto.

Destacamos que es lógico que en un principio sean los datos de prevalencia de adicciones los utilizados en materia de drogodependencias, debido principalmente, al predominio del modelo médico, lo que no nos parece lógico es que sea este el tipo de estudios que se mantenga, sin que vaya acompañado de una visión más amplia de la realidad local, de la que luego se puedan derivar las acciones pertinentes en materia de drogodependencias. No olvidamos que algunos municipios ya utilizan este tipo de estudios, y son justamente aquellos que mayores recursos económicos tienen. Promocionar y financiar este tipo de estudios es fundamental para el desarrollo ajustado de la realidad local de los Planes.

Se hace necesario desde aquí, insistir en la necesidad de incluir la evaluación de necesidades dentro de las memorias de los PMD, favoreciendo, de esta forma, la realización de este tipo de actividades.

5.2.2. Análisis comparativo de la unidad de información: Objetivos del Plan

OBJETIVO ESPECÍFICO:

3. Identificar los objetivos generales de los PMD analizados.

Desde el inicio, los objetivos nos indican si las acciones emprendidas han servido para alcanzar las pretensiones con que las confeccionamos. Éstos se van describiendo a diferentes niveles, desde los más generales, a los que llamamos metas, hasta los más específicos y concretos, llamados operativos.

A continuación, sintetizamos en la tabla nº 4 agrupados la información obtenida de los diferentes contextos analizados:

Tabla nº 4: Análisis comparado. Objetivos del Plan

II. OBJETIVO DEL PLAN MUNICIPAL	
Plan	Entrevista
II.1.1. ¿Qué objetivos?	II.1.1. ¿Qué objetivos?
II.1.1. Preventivos	II.1.1. Preventivos
II.1.2. Asistencia	II.1.2. Asistencia
II.1.3. Integración social	II.1.3. Inserción
II.1.4. Coordinación	

Fuente: Elaboración propia

En nuestro caso, no hemos pretendido ahondar en los pequeños senderos a recorrer por los programas, sino que, más bien, nos hemos centrado en identificar aquellos objetivos de carácter más general. Así, los objetivos generales que se han identificado tienen una dimensión preventiva, en primer lugar; en segundo lugar, el gran grupo que hemos identificado han sido los objetivos asistenciales; y, en tercer lugar, los objetivos sobre integración social. Destacar que estos tres grupos han sido identificados y coincidentes tanto en los documentos de los PMD como por los técnicos de los PMD. En cuarto lugar, se ha identificado como objetivo general a alcanzar, en los documentos de los PMD, la coordinación; objetivo que no ha sido identificado por los técnicos de los PMD.

- Consideraciones derivadas del análisis:

Del análisis comparativo, desprendemos que los objetivos, por orden de frecuencia identificados han sido principalmente preventivos, seguidos de los asistenciales, los de inserción y finalmente los de coordinación.

Los cuatro objetivos señalados coinciden con las áreas generales de intervención del PNSD y con el PAD de la Región de Murcia. Esta similitud nos hace seguir incidiendo en la hipótesis de dependencia de los Planes de la administración regional y nacional.

De entre todos estos objetivos destacamos el primero de ellos, pues, aunque en estos momentos hayamos normalizado que los principales esfuerzos en materia de drogodependencias vayan orientados hacia la prevención, objetivo registrado con mayor frecuencia, hecho que nos indica que se están realizando esfuerzos en lo referente al cambio de modelo de intervención en materia de drogodependencias, a pesar de que no debemos perder de vista que en ningún momento se reflejan objetivos vinculados al modelo de intervención promocional de la salud. Este sería el lugar hacia donde tendríamos que ir. Países como Canadá ya han dado este paso. Y en segundo lugar, el hecho de que aparezca el objetivo Coordinación nos va a posibilitar trabajar desde el inicio, para conseguir utilizar los recursos y las estrategias necesarias para dar coherencia a las acciones preventivas.

5.2.3. Análisis comparativo de la unidad de análisis: Participación en la elaboración y puesta en marcha del Plan

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 4 Identificar las entidades que han participado en la elaboración de los PMD

- 5 Identificar las entidades que han participado en la puesta en marcha de los PMD

Las entidades que participan y colaboran en la planificación y realización del PMD, impregnan indudablemente con su carácter al mismo. Identificar cuáles de ellas se implican en su planificación, nos da una visión sobre las dimensiones desde las que se proponen las acciones que se llevarán a cabo. Si entre estas entidades predominan aquellas que tienen un marcado carácter social, nos permitirá entender que la planificación realizada partirá prioritariamente de la demanda social, y el programa a desarrollar tendrá un alto componente participativo. Si por el contrario, prevalecen las entidades institucionales, predominará un carácter normativo en la planificación de dicho programa. Y si, además, el tipo de entidades que planifican las acciones del plan coinciden, o están vinculadas con las entidades que participan en la puesta en marcha de dichas acciones, podremos afirmar que existe una estrecha relación y coherencia entre lo que se dice que se va a hacer y lo que posteriormente se realiza.

A continuación sintetizamos en la tabla n° 5 agrupados los datos obtenidos de los diferentes apartados:

Tabla nº 5: Análisis comparado. Participación en la elaboración y puesta en marcha del Plan

III. COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA DEL PLAN/ IV. PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA/ I. PARTICIPACIÓN EN LA PUESTA EN MARCHA				
III.1. Entidades que participan en la Elaboración/ IV.1 Entidades que participan en la Elaboración		III.2. Entidades que participan en la puesta en marcha IV.2. Entidades que participan en la Implementación/ I.1. Entidades que participan en la puesta en marcha		
Plan	Entrevista	Plan	Entrevista	Memorias
III.1.1. Interinstitucional	IV.1.4. Ayuntamiento	III.2.1. Interinstitucional	IV.2.8. La Comunidad Autónoma	3. Organización gubernamental
III.1.2. Técnicos del Ayuntamiento	IV.1.2. Centro de Servicios Sociales	III.2.2. Comisión Técnica	IV.2.7. La mesa de prevención	
III.1.3. Comisión de trabajo	IV.1.3. Organismos de Coordinación	III.2.3. Técnicos del Ayuntamiento		
III.1.4. Iniciativa privada		III.2.4. Comisión Política	IV.2.1. Ayuntamiento	3. Organización gubernamental
III.1.5. No se especifica		III.2.5. Iniciativa Privada	IV.2.6. Empresas	2. Organización privada
	IV.1.1. Las Asociaciones	III.2.6. No se especifica		
	IV. 1.5. Centro de Salud		IV.2.2. Ámbito Educativo	
	IV.1.6. CPR		IV.2.3. Asociaciones	1. ONG
			IV.2.4. CPR	
			IV.2.5. Salud Mental	

Fuente: Elaboración propia

La primera categoría que vamos a analizar dentro de este apartado, es la de “entidades que participan en la elaboración del Plan”. En ésta, se compara la información obtenida del análisis de los textos de los PMD y de las entrevistas a los técnicos responsables de la coordinación de los Planes.

La primera subcategoría recogida en los PMD ha sido la que hemos denominado “interinstitucional”, agrupando aquí entidades tales como Comunidad Autónoma, Ayuntamientos, Consejería de sanidad, que tienen un carácter administrativo. Esta subcategoría ha sido recogida, en cuarto lugar, en el análisis de las entrevistas realizadas. Para los técnicos municipales la entidad, recogida en primer lugar, ha sido las asociaciones, estas tienen un carácter más cercano a la población. Esto encuentra su razón de ser en que los PMD son un instrumento editado por las instituciones; sin embargo, los técnicos perciben la planificación desde los acontecimientos, y, en ese campo, los verdaderos intérpretes son las asociaciones.

En segundo lugar, hemos recogido la subcategoría “técnicos del Ayuntamiento” de los PMD, y que coincide en el mismo orden con la subcategoría recogida por los técnicos, en su mayor parte trabajadores de los Centros de Servicios Sociales, encargados de redactar y planificar los PMD. Esta unanimidad, nos reafirma en la importante labor que realizan los técnicos municipales, en los que recae la responsabilidad de gestionar y poner en marcha los Planes.

En tercer lugar, se ha identificado la subcategoría “comisión de trabajo” en los PMD, que se han denominado organismos de coordinación. Destacando que, a pesar de que el desarrollo de este tipo de organismos es una de las asignaturas pendientes de los PMD, el pleno funcionamiento de estos organismos está presente tanto en los Planes como en la mente de los técnicos, lo que facilitará que se avance en este sentido en el futuro.

En cuarto lugar, en los Planes se ha recogido la subcategoría “Iniciativa privada”, refiriéndonos aquí, aunque de forma puntual, a la participación de empresas en la planificación de algunas acciones de los Planes. En este lugar, se ha recogido la presencia de la participación de los Ayuntamientos, entendiendo que en este apartado se implican aquellas áreas del mismo no relacionadas directamente con el Plan; ejemplo de ello son las concejalías de juventud, de educación, de cultura, de deportes, etc.

En quinto lugar, hemos recogido la subcategoría “No se especifica” en los PMD, dejando constancia de que en algunos PMD no se hace mención a este aspecto. En sexto y séptimo lugar, las entrevistas han recogido las subcategorías “centros de salud” y “CPR”, que reflejan la participación de estas dos entidades, la primera, vinculada a la enfermedad, en este caso a las personas drogodependientes; y la segunda, al mundo de la educación, potenciando en un principio la prevención.

En un segundo gran apartado, hemos analizado la categoría “Entidades que participan en la puesta en marcha”. Esta categoría se ha comparado con la información obtenida de cada uno de los PMD analizados de las entrevistas y de las memorias.

Siguiendo el orden establecido por el análisis de los PMD, destacamos que la subcategoría referida con mayor frecuencia es la denominada interinstitucional, en la que se agrupan las instituciones regionales y locales, esta subcategoría también ha sido recogida por las entrevistas y las memorias bajo las subcategorías “Comunidad Autónoma”, “Ayuntamiento” y “Organización gubernamental”. La segunda subcategoría destacada en los PMD, ha sido la “Comisión técnica”, la subcategoría equivalente en las entrevistas ha sido la “mesa de prevención”; sin embargo, en las memorias no se ha hecho referencia a ninguna de estas denominaciones. No se recoge el trabajo realizado por las mismas, lo que nos hace pensar que estas comisiones o mesas de prevención son elementos que participan en la planificación y con los que cuentan en mayor o menor medida, los Planes y los técnicos; sin embargo, en las memorias no queda reflejado el tipo de participación de estas entidades en la puesta en marcha de los PMD. Tal vez no

haya participación por parte de éstas, pero tampoco se refleja el grado de esta en caso de haberla.

En tercer lugar, hablamos de la subcategoría “técnicos del Ayuntamiento”, ésta refleja el trabajo realizado por los técnicos en los que se descarga la responsabilidad, tanto de planificar como de ejecutar las acciones.

En cuarto lugar, hemos identificado la subcategoría “comisión política”, en la que se reconoce el trabajo de los representantes políticos de cada Ayuntamiento en la puesta en funcionamiento de las actividades, desde donde, a través de los órganos correspondientes, aprueban las acciones a emprender y se dispone de los recursos necesarios para su puesta en marcha.

En quinto lugar, vuelve a aparecer el sector privado como interesado en poner en marcha acciones con carácter preventivo. Suelen ser empresas que se dedican a implementar programas educativos, o talleres en la mayoría de las ocasiones. En sexto y séptimo lugar, al igual que en la planificación hay Ayuntamientos que han identificado entidades que participan en la puesta en marcha de los PMD, y otros que no, la razón no la conocemos, pero sí las dificultades que añade este desconocimiento en los procesos de mejora de los PMD.

- Consideraciones derivadas del análisis:

En lo referente al objetivo cuatro, destacamos que aquellas entidades que participan en la elaboración de los PMD son interinstitucionales, es decir, la comunidad autónoma, la Consejería de Sanidad, los Ayuntamientos, los centros de Servicios Sociales, etc. Este dato nos hace suponer la vinculación en la concepción de los planes con los PAD, pues si afirmamos algo más, el proyecto del Plan que se aprueba cada año se realiza en la sede de la Comunidad Autónoma, desde el área de Educación para la salud, con un representante de esta área, y representantes políticos y técnicos de los Ayuntamientos. De hecho, la elección de las actividades que se propone, dependen del “menú” que confecciona

la Comunidad Autónoma, quien también aprueba la dotación presupuestaria que adjudica la comunidad a cada Plan. De este modo, aquellos municipios que más recursos financieros tienen, mayores posibilidades poseen de salirse del menú ofertado por la Comunidad (PAD), y adaptarse a las necesidades de su municipio sin perjuicio de la financiación de las mismas.

Hemos recogido que son los técnicos de los Ayuntamientos los que realizan la labor de planificación de las acciones preventivas, y la responsabilidad para que el Plan salga adelante es básicamente de ellos. En tercer lugar, se hace mención a la Comisión de Trabajo. Estas comisiones, en la mayoría de los casos, son figurativas, pues todavía están en proceso de gestación.

Hemos puesto de manifiesto que hay planes en los que no se identifica las entidades que planifican las acciones de los Planes. En sexto y séptimo lugar, identificamos como entidades que participan en la planificación, las asociaciones y los CPRs, aunque hayan sido reconocidos en la frecuencia más baja, es importante destacar su presencia; pues estas entidades también están implicadas en la puesta en marcha y forman parte del tejido social implicado en materia de drogodependencias.

Con respecto al objetivo quinto, una vez analizada la información sobre las entidades que participan en la puesta en marcha, encontramos coincidencias sobre las entidades que se han recogido en mayor frecuencia (la interinstitucional) ahondando en la vertebración jerárquica y la dependencia de los PMD a los PAD. En segundo lugar, nos ha llamado la atención que se haya resaltado la comisión técnica, en la que se destaca el trabajo que realizan los técnicos locales de los PMD en la gestión y realización de los Planes. Han sido significativas, también en este apartado, las Comisiones políticas como facilitadoras de la puesta en marcha de las acciones preventivas, además del papel de las empresas en la participación y realización de las acciones preventivas.

En este apartado de desarrollo de las actividades, se han destacado, sobre todo como entidades implicadas los Centros Educativos, los CPRs y las

asociaciones con acciones fundamentalmente educativas, así como entidades con funciones asistenciales, como los centros de Salud Mental, reflejando un amplio abanico de entidades que participan en la implementación de los Planes.

5.2.4. Análisis comparativo de información: Estructura y ámbitos de acción

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

6 Conocer la estructura y los diferentes ámbitos de actuación de los PMD

Esta unidad de información se ha subdividido en dos categorías. La primera de ellas hace referencia a la estructura del Plan, en este sentido llama la atención que en los documentos de los PMD no se haga mención al tipo de estructura de los mismos, información que hemos obtenido de las entrevistas y de las memorias.

A continuación sintetizamos en la tabla nº 6 la información obtenida de los diferentes contextos analizados:

Tabla n° 6: Análisis comparado. Estructura y ámbitos de acción.

IV. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN					
V. ESTRUCTURA Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN					
II. ESTRUCTURA Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN					
V.1.Estructura del Plan II.1.Estructura del Plan			IV.1. Ámbitos de actuación V.3. Ámbitos del Plan II.2. Ámbitos del Plan		
Plan	Entrevista	Memorias	Plan	Entrevista	Memorias
	V.1.1. Preventivo	V.1.1. Preventivo	IV.1.1. Preventivo	V.3.3. Preventivo	
	V.1.2. Asistencial		IV.1.2. Asistencial	V.3.4. Asistencial	
	V.1.3. Inserción Social		IV.1.3. Inserción social	V.3.5. Inserción Social	II.2.4. Ocio y tiempo libre con menores de riesgo
				V.3.1. Educativo	II.2.1. Educativo
				V.3.2. Comunitario	II.2.3. Ocio y tiempo libre Comunitario
				V.3.6. Asociativo	
				V.3.7. Laboral	II.2.5. Laboral
				V.3.8. Familiar	II.2.2. Familiar
					V.2.6. Sensibilización social
					II.2.7. Publicaciones
					II.2.8. Área de Formación

Fuente: Elaboración propia

De la información obtenida de las entrevistas, hemos extraído tres subcategorías que han estructurado a los PMD en: “Preventivo”, “Asistencial” e “Inserción Social”, que, si recordamos coinciden con los objetivos generales. En las memorias se ha identificado la estructura “preventiva” de los PMD. El hecho de no identificar la estructura “asistencial” y de “inserción social” puede ser debido a que este tipo de acciones se evalúan a través de otras vías.

La segunda categoría responde a los ámbitos de actuación. Aquí, hemos obtenido información sobre los planes, las entrevistas y las memorias. Los ámbitos de actuación de los planes responden a las categorías de la estructura de las entrevistas que, a su vez como dijimos, coinciden con las subcategorías registradas en los objetivos. Las entrevistas también han hecho referencia a estas subcategorías y, además, en el mismo orden que los planes. Llama la atención que los planes han recogido ámbitos de actuación más generales, y sin embargo, en las memorias se han destacado ámbitos más específicos como “ocio y tiempo libre”, “inserción social de menores en riesgo”, el “ámbito educativo”, el “familiar”, el “comunitario”, el “laboral”, la “difusión y sensibilización social de los planes” y las funciones que cumplen, así como las inversiones que se dedican a las “publicaciones”. Salvo el ámbito asociativo, coinciden con los ámbitos plasmados en las memorias y, como observamos, se incluyen dentro de las acciones preventivas que se planifican en los PMD.

Es importante hacer hincapié, aquí, en los ámbitos referidos, puesto que el ámbito de sensibilización social, publicaciones y formación son específicos de las memorias y, además, es muy poca la información recogida de estos programas (bien porque son pocos planes lo que los ponen en marcha, bien porque no se sabe como analizar estas acciones). Lo cierto es que, se han de seguir realizando esfuerzos por conocer cómo se desarrollan y qué cambios son necesarios poner en marcha.

- Consideraciones derivadas del análisis:

En cuanto a la estructura de los Planes, hemos identificado que coincide con los objetivos generales definidos y con la estructura del PAD y el PNSD. Así, al igual que en el apartado de los objetivos; en primer lugar, la estructura a la que mayor importancia se le concede en la información que hemos recogido, ha sido a la “preventiva”. Como estructura ya no aparece ninguna que haga referencia a la coordinación, pero sí aparece como uno de los objetivos marcados. Para que se pueda llevar a cabo este objetivo de coordinación, sería necesario crear una estructura que permitiese dedicar e invertir acciones destinadas a mantener y mejorar la coordinación de los Planes, eje fundamental de los PMD, y todavía uno de sus puntos débiles.

En cuanto a los ámbitos de actuación que han surgido del análisis de la información, destacamos la presencia de aquellos que están al servicio de la prevención. Así, encontramos ámbitos como el “educativo”, que además ha sido el más importante, y sobre el que mayor inversión se ha realizado; ya que posee la capacidad de acceder a todos los jóvenes escolarizados, y a edades a las que comienzan los primeros contactos con las diferentes sustancias. Por su importancia, el desarrollo de este ámbito se ha reflejado en un estudio más específico y cuya información presentamos en la segunda parte de este capítulo. Se habla de ámbito “comunitario”, aunque es cierto que se reduce a programas de ocio y tiempo libre, y a programas con menores en riesgo. En nuestra opinión, se debería reforzar la idea de que el ámbito “comunitario” es el que forma parte del entramado social de la comunidad y abarca a todos los demás, y que los aborda a través de un vínculo de coordinación. Si recordamos que uno de los objetivos generales propuestos es alcanzar un Plan coordinado, y que posteriormente, como acabamos de ver, éste no se ve reforzado por una estructura de los Planes que lo apoye, es lógico que no se pueda producir esta coordinación de cada uno de los ámbitos de actuación en los que los recursos de la comunidad se orientan y se adaptan a las necesidades de la población. Ante esta situación no nos sorprende el hecho de que dentro de todos los ámbitos de actuación, se incluya el comunitario

como otro más, a proyectar sobre los programas de ocio y tiempo libre, y a menores en riesgo. En nuestra opinión, el ámbito comunitario debe impregnar a todos y cada uno de los ámbitos de actuación implicados en el desarrollo de los programas de los PMD, ha de coordinarlos y ponerlos al servicio de la población. Se intenta que participen el máximo de ciudadanos. No es un ámbito particular, es la concepción del funcionamiento coordinado de los diferentes ámbitos que se han identificado. A pesar de que cada uno de los ámbitos identificados constituyen núcleos con identidad propia, destacaremos la innegable vinculación que tienen unos con otros. Sería necesario, en este apartado, realizar un esfuerzo por coordinarlos.

Otra de las informaciones deducidas del análisis comparativo entre los diferentes ámbitos de actuación de los PMD, se refiere al hecho de que hay ámbitos que sólo han sido definidos en la información extraída de las memorias, como es el caso de la “formación de profesionales”, “la sensibilización social” y “las publicaciones”, esto nos llama la atención porque son ámbitos sobre los que menos información hemos recogido, debido, tal vez, a que son ámbitos todavía poco desarrollados; pero, que, por su importancia, debería de hacerse mayor hincapié en ellos. Por ejemplo, destacamos el hecho de que, si se sensibilizase a la población de la necesidad de los PMD, y de la importancia de la implicación de los ciudadanos en el desarrollo de los mismos, así como realizar publicaciones en las que se den a conocer las actividades realizadas y sus efectos positivos en la población, conseguiríamos aumentar la implicación de los ciudadanos en los mismos.

5.2.5. Análisis comparativo de la unidad de información: Actividades preventivas versus destinatarios

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

7. Analizar el tipo de actividades que se realizan desde los PMD

Las categorías que hemos definido bajo esta unidad de información han sido numerosas y entre ellas destacamos:

- Población general
- Actuaciones con padres
- Actuaciones con profesores
- Actuaciones con alumnos
- Actuaciones con empresarios
- Actuaciones con trabajadores
- Actuaciones con niños y adolescentes
- Actuaciones con jóvenes
- Actuaciones con adultos
- Actuaciones con otros colectivos

Esta clasificación de destinatarios ha sido extraída del tipo de acciones que se llevan a cabo. Es un intento de identificar las actividades que se realizan, en función de los sujetos a los que van destinadas, y cuya asociación nos ha permitido identificar las actividades, agrupándolas por el indicador “destinatarios”.

A continuación representamos en diversas tablas (7.1., 7.2., 7.3, 7.4 y 7.5.) las diferentes actividades que se abordan en función de los distintos destinatarios, a los que van dirigidas, en los diferentes contextos analizados:

Tabla n° 7.1.: Análisis comparado. Actividades preventivas *versus* destinatarios

V. ACTIVIDADES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS/ VI. ACTIVIDADES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS/ III. ACTUACIONES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS					
V.1. Población general/ VI.6. Actuaciones con la población general			V.2. Padres y Madres/ VI.7. Actuaciones con los padres		
Plan	Entrevista	Memorias	Plan	Entrevista	Memorias
V.1.1 Campañas de información	VI.6.1. Campañas		V.2.1. Actividades formativas	VI.7.2. Actividades formativas	Cursos de formación
V.1.2. No se especifica			V.2.2. Programas de prevención escolar	VI.7.3. Programas de prevención	Charlas sobre prevención
V.1.3. Programas de prevención de psicofármacos			V.2.3. Difusión de materiales		Difusión de material
V.1.4. Investigación sociológica			V.2.4. Coordinación y asesoramiento		Servicio de asesoramiento y orientación
V.1.5. Actividades deportivas			V.2.5. Jornadas de trabajo		Jornadas de trabajo entre AMPAS
V.1.6. Actividades de promoción de salud			V.2.6. Actividades extraescolares		
V.1.7. Jornadas Municipales			V.2.7. Talleres de salud		Talleres de salud
V.1.8. Cumplimiento de la Ley regional sobre drogas				VI.7.1. Escuela de padres	
V.1.9. Colaboración en el control del tráfico de drogas ilegales					Vídeo forum
	VI.6.2. Edición del Plan				Programas de ocio y tiempo libre
	V.I.6.3. Edición de folletos de actividades				
		Programas de prevención comunitaria de drogodependencias			
		Actividades deportivas			

Tabla nº 7.2.: Análisis comparado. Actividades preventivas *versus* destinatarios

V. ACTIVIDADES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS/ VI. ACTIVIDADES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS / III. ACTUACIONES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS					
V.3. Profesores/ VI.8. Actuaciones con los profesores			V.4. Alumnos/ VI.9. Actuaciones con los alumnos		
Plan	Entrevista	Memorias	Plan	Entrevista	Memorias
V.3.1. Programas de prevención escolar			V.4.1. Programas de prevención escolar	VI.9.3. Programas preventivos	Programas educativos de prevención de drogodependencias
V.3.2. Formación	VI.8.1. Formación	Programas de formación del profesorado Programa de formación en Educación para la Salud	V.4.2. Talleres de prevención	VI. 9.2. Charlas en los centros educativos	Talleres de prevención
V.3.3. Dotación de materiales	VI.8.2. Recursos didácticos	Material didáctico de apoyo	V.4.3. Mediadores juveniles		
V.3.4. Apoyo a la promoción de bebidas sin alcohol		Apoyo a la promoción de bebidas sin alcohol	V.4.4. Actividades extraescolares ocio saludable	VI.9.4.Actividades de ocio y tiempo libre	
	VI.8.3. Asesoramiento y seguimiento de los programas educativos		V.4.5. Apoyo escolar		
			V.4.6. Tutorías compartidas		Sesiones compartidas de tutoría
			V.4.7. No se especifica		
				VI.9.1. Trabajamos con los profesores	
					Unidades didácticas
					Material didáctico

Tabla nº 7.3.: Análisis comparado. Actividades preventivas *versus* destinatarios

V. ACTIVIDADES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS/ VI. ACTIVIDADES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS / III. ACTUACIONES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS					
V.5. Empresarios/ VI.10. Actuaciones con los empresarios			V.6. Trabajadores/ VI.11. Actuaciones con los trabajadores		
Plan	Entrevista	Memorias	Plan	Entrevista	Memorias
V.5.1. No se especifica	VI.10.1. Nada	No se especifica	V.6.1. No se especifica	VI.11.1. Nada	
V.5.2. Formación			V.6.2. Programas de prevención	Talleres de prevención	
V.5.3. Difusión de materiales			V.6.3. Actividades de coordinación con sindicatos		Reuniones informativas
V.5.4. Prevención y control del tabaquismo	VI.10.4. Prevención de tabaquismo			VI.11.2. Formación	
	VI.10.2. Convenios			VI.3. Tabaquismo	Unidad de atención al fumador
	VI.10.3. Asesoramiento				
					Encuesta consumo

Tabla n° 7.4.: Análisis comparado. Actividades preventivas *versus* destinatarios

V. ACTIVIDADES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS/ VI. ACTIVIDADES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS/ III. ACTUACIONES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS					
V.7. Dirigido a niños y adolescentes/ VI.12. Actuaciones con los niños			V.8. Jóvenes/ VI.13. Actuaciones con los jóvenes		
Plan	Entrevista	Memorias	Plan	Entrevista	Memorias
V.7.1. Programas de ocio y tiempo libre	VI.12.1. Ocio y tiempo libre	Programa de ocio y tiempo libre	V.8.1. Programas de ocio y tiempo libre	VI.13.2. Programas de ocio y tiempo libre	Programas de ocio y tiempo libre
V.7.2. Animación a la lectura			V.8.2. Acciones formativas		
V.7.3. Intervención socio-educativa		Apoyo escolar	V.8.3. Información	VI.13.3. Campañas	Campañas de prevención
V.7.4. Acción comunitaria		Actividades comunitarias	V.8.4. Talleres de prevención		
V.7.5. Deporte		Deporte	V.8.5. Dinamización cultural		
V.7.6. Escuela de verano	VI.12.3. Escuelas de verano	Escuela de verano	V.8.6. Promoción del asociacionismo		Promoción del asociacionismo
V.7.7. No se especifica			V.8.7. Orientación laboral		Ámbito prelaboral
	VI.12.2. Programa con chicos con riesgo de exclusión	Programa de menores en riesgo	V.8.8. Certámenes y concursos		Concursos y certámenes
	VI.12.4. Actividades extraescolares	Actividades extraescolares de ocio	V.8.9. Actividades deportivas		
	VI.12.5. Ludoteca	Ludoteca	V.8.10. No se especifica	VI.13.4. No se especifica	
				VII.13.1. Programas escolares	
		Desarrollo personal			

Tabla nº 7.5.: Análisis comparado. Actividades preventivas *versus* destinatarios

V. ACTIVIDADES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS/ VI. ACTIVIDADES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS/ III. ACTUACIONES PREVENTIVAS <i>VERSUS</i> DESTINATARIOS					
V.9.6. Adultos			V.10 Otros colectivos/ VI.14. Actuaciones con otros colectivos		
Plan	Entrevista	Memorias	Plan	Entrevista	Memorias
V.9.1. Programas de ocio alternativo			V.10.1. No se especifica	VI.14.1. No se hace nada	
V.9.2. No se especifica			V.10.2. Programa de prevención		
V.9.3. Formación			V.10.3. Apoyo a ONGs		
V.9.4. Autoempleo			V.10.4. Reducción de la oferta		
V.9.5 Información			V.10.5. Información		
V.9.6. Bibliografía			V.10.6. Divulgación de materiales		
V.9.7. Orientación laboral			V.10.7. Alternativas saludables de ocio y tiempo libre		
V.9.8. Proyectos de prevención comunitaria				VI.14.2. La prevención tiene un carácter universal	
V.9.9. Jornadas de trabajo				VI.14.3. Familias de barrios marginados	
		Concurso y certámenes			

ACTUACIONES CON LA POBLACIÓN EN GENERAL

Al preguntar por las actividades que se realizan con la población en general, en los PMD se han definido acciones, en la mayoría de ellos tales, como: “campañas de información”, actividades que han sido identificadas en primer lugar. Sin embargo, no se han reflejado en las memorias, de las que no se han recogido actividades destinadas a la población en general. Que esta información no haya sido recogida en la memoria de los Planes podría encontrar su “razón de ser” en que este tipo de actividades, agrupadas en el ámbito de sensibilización social, son cumplimentados por pocas corporaciones, recordemos que un porcentaje muy bajo de Planes han reflejado la realización de este tipo de actividades.

En segundo lugar, hemos recogido la subcategoría “no se especifica”, destacando que hay Planes en los que no se hace alusión a las actividades destinadas a la población en general, bien porque no se realicen, bien porque no se hayan reflejado en los Planes o quizás porque no se sepa muy bien como hacerlo, lo que podría poner de manifiesto carencias técnicas por parte los profesionales que las cumplimentan.

A partir de la tercera subcategoría, las actividades destinadas a la población en general se han identificado en una frecuencia muy baja. Así, se han señalado actividades como “programas de prevención de psicofármacos”, “investigación sociológica”, “actividades deportivas”, “actividades de promoción de la salud”, “jornadas municipales”, el “cumplimiento de la Ley regional sobre drogas” y la “colaboración en el control del tráfico de drogas ilegales”. Tan sólo las actividades deportivas han sido reflejadas por los planes.

De la información analizada de las entrevistas, se ha identificado además de las campañas, como actividades destinadas a la población en general, la “edición impresa” de los Planes, actividad que tampoco ha sido reflejada ni en los Planes, ni en el ámbito de publicaciones de las memorias. En este sentido, los técnicos de los PMD advertían, en las entrevistas, que tenían que convencer a sus políticos de la necesidad de dar a

conocer el Plan y sus objetivos a través de la edición impresa del mismo, para que los ciudadanos pudieran creer en estos programas, así como implicarse en el desarrollo de los mismos.

ACTUACIONES CON LOS PADRES

Las actividades recogidas en este apartado han sido identificadas, tanto en los PMD como en las memorias, reflejando una gran coincidencia entre las actividades propuestas en la planificación y aquellas que han sido realizadas y recogidas en las memorias.

Así, de las actividades destinadas a los padres hemos identificado en primer lugar “actividades formativas”, reflejadas tanto en los planes como en las entrevistas y en las memorias, dejando constancia de la necesidad de formar a los padres en el ámbito de las drogodependencias. En segundo lugar, han sido identificados los “programas de prevención” haciendo hincapié, no sólo en la importancia de la formación, sino también el matiz que hace que los esfuerzos se destinen a favor de la prevención.

La “difusión de los materiales” ha sido la tercera de las subcategorías identificadas en los Planes y en las memorias. Lo mismo sucede con la “coordinación, asesoramiento y orientación”, con las “jornadas de trabajo” y los “talleres de salud”, actividades que han sido recogidas tanto por Planes como por las memorias. Las entrevistas han identificado en su tercera subcategoría “Escuela de padres”, término que no ha sido mencionado ni en los Planes ni en las memorias; pero que, sin embargo, dentro de las acciones que realizan se encuentran talleres de salud, actividades extraescolares, difusión de materiales, etc.

Las memorias han identificado además de las ya mencionadas subcategorías las actividades “video forum” y “programas de ocio y tiempo libre”, que han sido relacionadas, y que no han sido reflejadas en los Planes, ya que aunque no se planifiquen inicialmente, sí se realizan.

ACTUACIONES CON LOS PROFESORES

La tercera categoría analizada corresponde a las acciones realizadas con los profesores. Dentro de esta categoría los Planes han identificado los “Programas de prevención escolar”, subcategoría que no ha sido recogida por los técnicos ni en las memorias, creemos que debido, al carácter que estos tienen, ya que en principio los profesores son los que ponen en marcha estos programas, y no se identifican como destinatarios directos de los mismos.

En segundo lugar, se ha identificado la subcategoría “formación del profesorado”, presente en los tres ámbitos analizados (planes, entrevistas y memorias), destacando que en las memorias se ha hecho hincapié en la formación en Educación para la salud, hecho que encuentra su explicación en las estrategias del PNSD 2000-2008, en las que se proponía la formación del profesorado en este ámbito. Y cuyo objetivo no se ha alcanzado todavía.

En tercer lugar la siguiente subcategoría identificada ha sido la “dotación de recursos”, recogida también en los Planes, en las entrevistas y en las memorias, labor realizada por la Comunidad Autónoma en la promoción y el desarrollo de los programas de prevención escolar, por la que se dota de material didáctico a los centros educativos.

En cuarto lugar, se ha recogido la subcategoría “Apoyo a la promoción de bebidas sin alcohol”, identificada también en las memorias, actividad que propone la promoción de bebidas alternativas en las fiestas de los Centros Educativos de Secundaria. Esta actividad sólo ha sido recogida en uno de los municipios. Sería recomendable trasladar al resto y, como recordamos, encaja en los postulados de las escuelas saludables.

La última de las actividades, destinadas al grupo de profesores, ha sido la de “asesoramiento y seguimiento de los programas educativos”. Esta actividad sólo ha sido reflejada en las entrevistas realizadas a los técnicos, y encuentra su sentido en el hecho

de que sean ellos quienes las realizan. Son los encargados de orientar y realizar el asesoramiento y seguimiento necesario para llevar a cabo los programas educativos de prevención. En este ámbito, los técnicos afirmaron sentirse “fuera de contexto” pues realmente quien debería realizar esta actividad sería la Consejería de Educación, a través del personal formado para tal función. La sensación de soledad, que transmitieron los técnicos a la hora de trabajar en prevención de drogodependencias, queda claramente reflejada en esta actividad, de la que además no se recoge información en las memorias, dependiendo de la voluntad y generosidad de los técnicos.

ACTUACIONES CON LOS ALUMNOS

Las actividades destinadas a los alumnos, de los Centros Educativos de las diferentes localidades, han sido, en primer lugar los “programas educativos de prevención de drogodependencias”; en segundo lugar, han sido los “talleres de prevención”, también denominados charlas. Estas actividades se han configurado en todos los ámbitos analizados (planes, entrevistas y memorias). El hecho de que los programas preventivos se destaquen en primer lugar y los talleres en segundo, hace que se les conceda mayor importancia y que se invierta el orden de presencia de estas actividades, que en sus inicios fue al contrario. En este sentido nos llama la atención que algunos técnicos hayan afirmado que no trabajan con los alumnos, que las actividades del Plan las realizan los profesores en sus aulas. Se acaba, así, el aspecto puntual de las charlas de los talleres de prevención de drogodependencias como máximo referente, que pasaría a un segundo lugar. Aunque no deberíamos perder de vista la opinión de los alumnos encuestados y reflejada en el capítulo IV y en la segunda parte de estas conclusiones, para los que las actividades preventivas, por excelencia, eran las charlas y los talleres realizados por personal ajeno al Centro Educativo en el que estudian.

Otras actividades destinadas a los alumnos son las de “ocio y tiempo libre”, las “sesiones compartidas de tutoría” y el “reparto de material didáctico”.

ACTIVIDADES DESTINADAS A LOS EMPRESARIOS

Es de destacar que en los tres ámbitos estudiados, la primera subcategoría identificada sea la carencia de actividades destinadas a los empresarios, denunciando que todavía queda mucho por hacer en este terreno. Sí hay intención, pues en los Planes se habla de “formación”, “difusión de materiales” y de “prevención del tabaquismo”. Esta última actividad también ha sido identificada en las entrevistas, de las que también se han recogido actividades como convenios y asesoramiento. Es de destacar que estas actividades posteriormente no queden reflejadas en las memorias.

ACTUACIONES CON LOS TRABAJADORES

Para estos destinatarios, como ya sucedía en el grupo anterior, las subcategorías recogidas con mayor frecuencia, y que aparecen en los tres ámbitos, son la de “no se especifica” y “no se hace nada”. Destacando, también, que en este ámbito todavía queda mucho por hacer. Se habla de actividades “programas de prevención”, “actividades de coordinación con sindicatos”, “formación”, “tabaquismo” y “encuestas de consumo”. Se subraya en este apartado, que sí se reflejan actividades planificadas y recogidas en las memorias de los Planes, situación que no sucedía con el grupo de destinatarios empresarios.

ADOLESCENTES

En este apartado son numerosas las actividades señaladas, “programas de ocio y tiempo libre”, “intervención socio-educativa”, “actividades comunitarias”, “deporte”, “escuelas de verano”, “programas de menores en riesgo”, “actividades extraescolares” y han sido destacadas en al menos dos de los tres ámbitos analizados.

JÓVENES

En este apartado, también destacamos la coincidencia de las diferentes actividades en los ámbitos analizados, aunque señalamos que coinciden, en menor número, con las actividades destinadas a niños y adolescentes. En primer lugar, y al igual que con niños y adolescentes, señalamos los programas de “ocio y tiempo libre”, “certámenes y concursos”, “acciones formativas”, “campañas informativas”, “promoción del asociacionismo”. Son actividades que se han identificado en al menos dos ámbitos de los tres estudiados. Actividades como “talleres de prevención”, “dinamización cultural” y “actividades deportivas”, se han identificado en uno de los tres ámbitos estudiados.

ADULTOS

Es de destacar que, las actividades destinadas a este colectivo no se reflejan en las memorias, y que los técnicos tampoco tienen muy clara esta división. Recordamos que esta clasificación la hemos elaborado nosotros, ni exactamente a qué grupo de edad, nos estábamos refiriendo, por tanto, como era de suponer no hacen alusión ni las entrevistas ni las memorias. Entre las actividades que recogen los Planes por orden de frecuencia son los programas de ocio y tiempo libre, en los que se hace alusión a actividades realizadas con este colectivo.

OTROS COLECTIVOS

La característica predominante de este grupo es que no se especifica ninguna actividad con respecto a otros colectivos. Algunas de las afirmaciones que se realizan para avalar este hecho, remiten al carácter universal que tiene la prevención. Esta es una de las justificaciones para que no se trabaje con otros colectivos, como inmigrantes y otras minorías, directamente desde los PMD.

- Consideraciones derivadas del análisis:

Destacar que las actividades recogidas tienen un carácter predominantemente preventivo, y que aquellas a las que más recursos se destinan son aquellas que tienen que ver con la formación preventiva, desde el ámbito escolar y dirigidas a los adolescentes. Así, hemos definido actividades destinadas a la población en general tales como, campañas de información, programas de prevención, investigaciones sociológicas, jornadas y, la publicación del Plan y de las actividades puestas en marcha por los mismos. También se llevaban a cabo actividades con carácter represivo, es decir, el cumplimiento de las leyes y ordenanzas municipales sobre el control y tráfico de drogas. Las actividades destinadas a los padres y madres, por excelencia, han sido las actividades formativas a través de programas de prevención, talleres, incluyendo las actividades propuestas por las escuelas de padres.

Con respecto a los profesores, las acciones que se realizan desde los PMD son los programas de prevención escolar, los técnicos locales responsables del desarrollo de los PMD se coordinan con los profesores para poner en marcha los programas educativos de prevención escolar; en el intento de que éstos, con los recursos y el asesoramiento necesario, pongan en marcha estos programas. También se destinan esfuerzos desde los planes, en lo referente a la formación del profesorado, en la dotación de materiales y en el asesoramiento y seguimiento de los programas educativos, como ya hemos manifestado.

Con respecto a los alumnos, los principales esfuerzos que se realizan desde los PMD, son los programas de prevención escolar, en un intento de trabajar en coordinación con los Centros Educativos, pues es un lugar que nos permite acceder a un gran número de personas en edad escolar, facilitándonos impulsar la prevención desde edades muy tempranas y en el momento en el que comienzan los primeros contactos con las drogas. No siempre es posible realizar programas educativos con carácter preventivo, por diversas razones, entre ellas, la saturación de los centros educativos por otros programas, la saturación del profesorado, o incluso la desmotivación del mismo, por ello, en ocasiones también se realizan talleres que ponen en marcha profesionales ajenos a los Centros Educativos, dentro de los mismos y en horario escolar.

El sector empresarial y laboral es uno de los espacios a conquistar por los PMD. Hasta el momento se realizan pequeños esfuerzos, se trabaja con sindicatos, se ofrece

formación en materia de drogodependencias, se difunden materiales, se facilita asesoramiento, pero la respuesta es todavía por parte de estos colectivos muy baja. Destacar que, los Ayuntamientos están poniendo en marcha programas de prevención y control de tabaquismo que ofrecen a sus trabajadores. En este sentido, el campo está por explorar.

En cuanto a las actividades que se realizan con niños y adolescentes desde los PMD, destacamos los programas de ocio y tiempo libre, este es uno de los programas sobre los que mayores esfuerzos se está realizando, ya que este tiempo ocioso aumenta cada día, y la forma de abordarlo suele estar ligada al consumo de drogas, educar en un uso de este tiempo de forma saludable, desde edades tempranas, es una de las metas a alcanzar por los PMD. Así se realizan diversas actividades como animación a la lectura, deporte, escuelas de verano, intervención socio-educativa, actividades extraescolares, programas de intervención con menores de riesgo, ludotecas, etc.

Con los jóvenes, siguiendo la filosofía de utilización del ocio y el tiempo libre de forma saludable, se realizan actividades de ocio y tiempo libre alternativo, además de campañas de información, acciones formativas, talleres de prevención, actividades deportivas, certámenes y concursos, orientación laboral y promoción del asociacionismo y la dinamización cultural, actividades, estas últimas, destinadas a favorecer la participación social de éstos en el entorno en el que se desenvuelven, así como su capacidad de acción para la gestión de su propio entorno social.

Con el grupo de adultos, se siguen promocionando actividades de ocio y tiempo libre, sobre todo en fiestas y celebraciones, a través de la promoción del consumo de bebidas sin alcohol. También se destinan a este grupo actividades formativas, de orientación laboral, jornadas de trabajo, actividades en la biblioteca, etc., para promocionar la prevención del consumo de drogas.

Con otros colectivos; en primer lugar, se advierte que no se realiza ninguna actividad directamente destinada a minorías o inmigrantes, aunque sí se habla de que a través de las actividades, definidas anteriormente, se atienden a colectivos minoritarios. En ocasiones, se apoya de forma indirecta a estos colectivos en colaboración con otras entidades municipales o no, en materia de drogodependencias, y se realizan actividades como: programas de formación, reducción de la oferta, información, divulgación de materiales y, alternativas saludables de ocio y tiempo libre. El principal argumento para no realizar actividades específicas con otros colectivos, proporcionado por los técnicos municipales de los planes, ha sido destacar el carácter universal de la prevención. Consideramos que sería necesario revisar esta característica, para comprobar si está o no reñida con la promoción de actividades destinadas a colectivos minoritarios, que están reclamando una atención especial en materia de drogodependencias, por los problemas que éstas les origina, estamos hablando muy concretamente del colectivo inmigrante.

5.2.6. Análisis comparativo de la unidad de información: Recursos

OBJETIVO ESPECÍFICO:

8. Identificar los recursos financieros de los que disponen los PMD

Esta unidad de análisis nos ha ayudado a recabar la información que nos ha permitido responder al objetivo específico nº 8, a través de la que hemos identificado las diferentes fuentes de financiación de las que disponen los PMD para desarrollarse. Esta información la hemos obtenido de los Planes y de las memorias, ya que al preguntarles a los técnicos, éstos remitían a ambos documentos. A continuación, recogemos de forma sintetizada en la tabla nº 8 la información de los diferentes contextos contrastada.

Tabla nº 8: Análisis comparado. Recursos

VI. RECURSOS		
VI.1. Recursos Financieros/ IV. Fuentes de financiación del programa		
Plan	Entrevista	Memorias
VI.1.1. Financiación del Ayuntamiento		2. Entidades municipales
VI.1.2. Convenio entre la Consejería de Sanidad y el Ayuntamiento		1. Consejerías
VI.1.3. Financiación de Otras Administraciones		3. Otros
VI.1.4. No se especifica		

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los recursos, hemos podido comparar, en lo referente a la financiación, la información obtenida de los Planes y de las memorias. Sólo hemos podido extraer una subcategoría de todas las definidas; las demás, no eran comparables por aparecer en un solo ámbito de los analizados. Esta subcategoría hace referencia a los “recursos financieros”. En este aspecto, se pone de manifiesto una alta correlación entre las subcategorías definidas en los Planes y en las memorias, ya que, además de coincidir en denominación, también coinciden en frecuencia. Identificamos como organismo financiador en primer lugar a los Ayuntamientos, en segundo lugar, la Consejería de Sanidad; y, en último lugar, se reconoce la colaboración de otras Administraciones. Esta financiación se realiza a través de un convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la entidad Municipal.

- Consideraciones derivadas del análisis:

En primer lugar, se ha identificado como primer organismo de financiación a los Ayuntamientos; aunque, hemos de destacar que, los Planes se realizan a través de la firma de un convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia y el Ayuntamiento de cada uno de los municipios. En este convenio se incluye la cofinanciación del PMD, por parte de ambas entidades y, dependiendo de los recursos económicos de los que disponga el municipio; así, la mayor cantidad la aporta la comunidad o el Ayuntamiento. La Comunidad Autónoma aprueba la dotación a financiar, de cada uno de los Planes, cuando se presenta el proyecto anual de los

mismos; éste es, en ese momento, supervisado por la Comunidad una vez dado el visto bueno se gestiona la cesión a la Administración Local de la cuantía financiada por la Comunidad, a la que luego se le añade la que cada Entidad Municipal aporta, y que dependerá de la riqueza económica de cada Ayuntamiento. Esta forma de supervisar, por parte de la Comunidad Autónoma, es propia de un sistema controlador, pues los PMD deberían realizarse en función de las necesidades de cada localidad, y la Comunidad Autónoma, más que supervisar, tendría que facilitar que se realizaran aquellas acciones que cada municipio considera necesario emprender, haciendo mayor la implicación y la participación de los municipios en la gestión de los PMD.

5.2.7. Análisis comparativo de la unidad de información: Evaluación

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

9. Conocer si se realiza evaluación de los PMD, y en caso afirmativo identificar qué tipo, qué instrumentos se utilizan y durante qué periodo se realiza.

A continuación sintetizamos en las diferentes tablas (9.1 y 9.2.) agrupados los datos obtenidos de los diferentes apartados:

Tabla nº 9.1.: Análisis comparado: Evaluación

VII. EVALUACIÓN/ VIII. EVALUACIÓN/ V. EVALUACIÓN					
VIII.1. Se realiza/V.1. Se realiza			VII.2. ¿Durante qué periodo?/ VIII.4. Periodo durante el que se realiza		
Plan	Entrevista	Memorias	Plan	Entrevista	Memorias
	VIII.1.1. Sí	V.1.2. Sí, Memoria anual de las actividades	VII.2.1. No se especifica		
	VIII.1.2. Memoria anual de las actividades	V.1.2. Sí, Memoria anual de las actividades	VII.2.2. Informe anual	VIII.4.1. Anual	
		V.1.1. No	VII.2.3. Informe final	VIII.4.2. Al final del Plan	
				VIII.4.3. Trimestral	

Tabla nº 9.2.: Análisis comparado: Evaluación

VII. EVALUACIÓN/ VIII. EVALUACIÓN/ V. EVALUACIÓN					
VII.3. Tipo de evaluación/ VIII.5. Tipo de evaluación/ V.2. Tipo de evaluación			VII.1. Instrumentos de evaluación/ VIII.3. Instrumentos de Evaluación		
Plan	Entrevista	Memorias	Plan	Entrevista	Memorias
VII.3.1. Evaluación final o de resultados	VIII.5.2. Final	V.2.2. Resultado	VII.1.1. Cuantitativos	VIII.3.1. Cuestionarios	
VII.3.2. Evaluación de proceso		V.2.1. Proceso	VII.1.2. Cualitativos	VIII.3.3. Reuniones de trabajo y entrevistas	
VII.3.3. Evaluación inicial o del proyecto o programa			VII.1.3. No se especifica		
VII.3.4. Evaluación continua	VIII.5.1. Continua			VIII.3.2. Hojas de seguimiento	
VII.3.5. No se especifica				VIII.3.4. No tienen	

Con respecto a la evaluación hemos comparado las categorías: “se realiza evaluación”, “durante qué período”, “tipo de evaluación” e “instrumentos de evaluación”. Son muchas más las analizadas; pero sólo éstas, las que han coincidido y nos han permitido compararlas. Así, en cuanto a “si se realiza evaluación”, destacar que en los planes no se hace mención a este respecto; sin embargo, sí se contempla por los técnicos y por las memorias. Los técnicos han afirmado que sí que realizan evaluación, recogida en el informe anual de las actividades que se han realizado. Sin embargo, en las memorias no se recoge la evaluación de todas las actividades que se realizan; es más, el número de programas que no son evaluados es superior al número de programas evaluados. Esto nos permite reflexionar sobre el déficit evaluativo con el que se desarrollan los PMD.

En cuanto al “período en el que se realiza la evaluación”, los planes han destacado que tienen un carácter anual y final, realizándose informes que posteriormente entregan a la Consejería, y que se denominan memorias. Esta información ha sido también corroborada por las entrevistas a los técnicos municipales, los que también han destacado realizar informes de evaluación trimestrales.

En cuanto al “tipo de evaluación”, destacamos que en primer lugar, se realiza “evaluación final” (en los tres ámbitos analizados: planes, entrevistas y memorias). En segundo lugar, hemos recogido la “evaluación de proceso” que se ha registrado en los planes y en las memorias, sin embargo los técnicos no han constatado la realización de este tipo de evaluación, y son quienes la llevan a cabo. Este hecho nos da una idea de la confusión que aparece entre la concepción de cada uno de los tipos de evaluación, el desconocimiento sobre en qué consiste cada una de ellas, y la poca correlación existente entre lo que se planifica, lo que se hace y lo que se cree que se hace. Destacar que hay un tipo de evaluación que no se refleja en las memorias, pero que sí se planifica en los Planes (y los técnicos afirman realizarla), nos estamos refiriendo a la “evaluación continua”, sobre la que se van tomando decisiones a medida que el PMD se va desarrollando.

En cuanto al tipo de instrumentos utilizados, para recoger los datos para realizar la evaluación, destacamos que, en primer lugar, se utilizan cuestionarios y encuestas, técnicas cuantitativas para recoger la información. En segundo lugar, destacamos las técnicas cualitativas entre las que tenemos las entrevistas; en tercer lugar, se ha destacado las hojas de seguimiento que combinan información cualitativa con información cuantitativa.

- Consideraciones derivadas del análisis:

En cuanto a si se realiza o no evaluación de los PMD se recoge, en primer lugar la opción negativa, es decir, no se realiza evaluación. Esto es debido a que son numerosos los programas de los PMD de los que no se realiza evaluación, pues, generalmente la evaluación se reduce a los programas educativos, de familia y

comunitarios. Salvo un Plan, todos los demás afirman que sí se realiza evaluación de los PMD, y que ésta se materializa; se plasma en la memoria anual de las actividades que realizan desde los PMD, y que envían a la Comunidad Autónoma.

En cuanto al tipo de evaluación que se utiliza principalmente, destacamos la “evaluación de resultados” como aquella a la que mayor referencia se ha hecho; sin embargo, es preciso destacar que el tipo de evaluación de resultados, llevado a cabo, no ha consistido en la evaluación de los efectos del Plan en los destinatarios, ni sobre la realidad con la que se ha trabajado, sino en identificar el número de destinatarios, la satisfacción de los mismos, una vez realizada la actividad. Consideramos que este tipo de evaluación debería apoyarse, con la valoración de los cambios producidos, en la población destinataria y en el entorno. Para realizar este tipo de evaluación es necesario conocer la situación inicial, que nos permita compararla con la final. En este sentido, es de destacar que, este tipo de evaluación es la que con menor frecuencia se ha registrado, así, es necesario potenciar la evaluación inicial que acabará vinculada a la evaluación de resultados, y que nos orientará sobre si es positivo seguir con la actuaciones puestas en marcha o no.

En segundo lugar, hemos recogido la “evaluación de proceso” como la más realizada, comprobando si las acciones preventivas se ajustan al diseño del programa en el que se insertan. Este tipo de evaluación nos permite modificar y mejorar nuestro programa, adaptándolo a las necesidades de los ciudadanos, a los recursos de los que se dispone, trabajar con la metodología más adecuada, comprobar que tipo de evaluación se realiza y qué mejoras son precisas, poner en marcha, para el buen funcionamiento de los PMD.

Los instrumentos utilizados para la realización de la evaluación son: en primer lugar indicadores cuantitativos, encuestas, cuestionarios, el nº de sujetos que asisten a las acciones preventivas, el grado de aceptación y satisfacción de la actividad, etc. Los indicadores cualitativos se suelen utilizar en la evaluación continua, para ver como funcionan los programas y es necesario cambiar o mejorar algún aspecto, se utilizan

grupos de discusión entre el coordinador del Plan o técnicos, y representantes de las entidades que participan en la implementación de las actividades.

Es conveniente hacer hincapié en que, en ocasiones no se valora la información de los datos cualitativos, o bien no se registra. Creemos que es debido, fundamentalmente a que no se sabe muy bien qué hacer con esta información y como reflejarlo, formar a los técnicos en metodología cualitativa sería una buena opción para mejorar el trabajo de los técnicos de los PMD.

En cuanto al período tras el que se realiza la evaluación, destacamos que el establecido, como más frecuente, es el informe anual que se remite a la Consejería. Tal vez, este informe debería reflejar aspectos de la evaluación; aunque luego no vuelve a recaer sobre los técnicos, negándoseles así, la posibilidad de incorporar aquellas mejoras necesarias para el desarrollo de los PMD.

Aunque no ha figurado como unidad de información comparable, consideramos conveniente tener en cuenta las dificultades que han encontrado los técnicos a la hora de llevar a cabo los PMD, con la finalidad de poder subsanarlas. A continuación, describimos aquellas barreras descritas en las entrevistas y en las memorias, así como otras líneas de actuación reclamadas por los profesionales para mejorar la puesta en marcha de los PMD.

BARRERAS

Falta de implicación del profesorado

Es necesaria mayor coordinación

Falta de material didáctico

Poca implicación de los padres

Falta de mayor coordinación con los centros educativos

Falta de tiempo para desarrollar las actividades

El número de asistentes a algunas actividades es bajo

Material poco atractivo

Dificultad de atender al elevado nº de centros educativos

Escasa valoración de los CPRs por la continuidad de los programas preventivos en los centros escolares

Conflictividad en algunas zonas donde se aplican programas.

OTRAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Mayor continuidad de las actividades

Mayor coordinación

Es necesaria la formación de los padres

Mejora de la infraestructura

Es necesarios personal específico para implantar, apoyar y evaluar los programas

Educación intercultural

5.2.8. Aportaciones derivadas del análisis de los PMD

Derivado del análisis de la información analizada, a lo largo de este capítulo, podríamos establecer que, para el buen funcionamiento de los PMD analizados, sería necesario:

1. Generar cauces de gestión, coordinación y financiación que permitan dar mayor participación a los municipios.
2. Promocionar que los estudios realizados para el conocimiento del contexto de actuación, tengan un carácter multidimensional, basado en factores sociales, económicos, políticos, educativos, sanitarios..., no solamente basados en la prevalencia del consumo de drogas.
3. Realizar estudios sobre la realidad social para analizar el contexto, con mayor frecuencia.

4. Establecer cauces de financiación y profesionales que puedan realizar los estudios de análisis de la realidad.
5. Orientar los objetivos generales más allá de la prevención, encaminándolos hacia la promoción de la salud.
6. Propiciar la autonomía de los municipios en la planificación de las actividades preventivas.
7. Fomentar el desarrollo e implementación de las comisiones de trabajo en la elaboración de los PMD, como órganos que representan a las entidades locales.
8. Incluir dentro de la estructura de los Planes un nuevo apartado destinado a garantizar la coordinación.
9. Trabajar por la concepción del ámbito comunitario, que coordine todos los ámbitos de actuación implicados en el desarrollo de los PMD.
10. Potenciar la formación de los padres y madres en materia de drogodependencias.
11. Motivar a los profesores para que pongan en marcha programas escolares de prevención.
12. Implicar a la Consejería de Educación en la realización de los programas escolares de prevención.
13. Facilitar materiales que sean atractivos y fáciles de aplicar en las aulas, que permitan poner en marcha programas escolares de prevención.

14. Incentivar y potenciar el trabajo en materia de drogodependencias en el mundo empresarial y laboral
15. Promocionar actividades destinadas a las minorías sociales que lo necesiten (personas mayores, los inmigrantes, etc.).
16. Desligar la financiación que se concede a los PMD, por parte de la Comunidad Autónoma, de las actividades que se planifican en ellos; así, cada municipio pueda ser libre de emprender aquellas acciones que considere necesarias, sean contempladas o no por la Comunidad Autónoma.
17. Dotar de mayores recursos económicos a los PMD
18. Dotar de mayores recursos personales a los PMD
19. Potenciar la evaluación inicial, y reflejarla en las memorias.
20. Ajustar la evaluación de proceso a aquellos cambios que se han visto necesarios aplicar, en el proceso de desarrollo de los PMD.
21. Realizar una evaluación de resultados contrastada con la evaluación inicial, en la que se pueda apreciar los efectos producidos por el desarrollo de los PMD.
22. Formar a los técnicos municipales en la elaboración, desarrollo y evaluación de proyectos.

Como podemos comprobar, son muchas las modificaciones a incluir en los PMD para mejorar su desarrollo, y posibilitar dar respuesta a las necesidades locales en materia de drogodependencias. Avanzar en este tipo de programas, desarrollando y promocionando la coordinación, la implicación y la participación de los propios interesados (los ciudadanos), son algunas de las metas a alcanzar.

Esta visión de la prevención se corresponde con una comprensión de las drogodependencias como un fenómeno social complejo, que es preciso abordar desde un modelo multidimensional que contemple los factores asociados a las sustancias (tipo, cantidad, vía de administración, etc.), a la persona (actitudes, valores, conocimientos, autoconcepto, identidad, etc.), y al contexto social y medioambiental (escuela, familia, calle, medios de comunicación de masas, etc.).

De acuerdo con esta interpretación, la prevención, para ser eficaz, debe contemplar los factores asociados a las sustancias (información sobre los riesgos, cuestionamiento crítico de su supuesta inevitabilidad en contextos lúdicos, etc.), a la persona (educación para favorecer su desarrollo de forma autónoma) y al contexto social y medioambiental (educación para concienciar a los distintos sectores de la población sobre la importancia de comprometerse con la prevención).

A la hora de diseñar y realizar actuaciones preventivas, es necesario hacer mención a las directrices establecidas en la sesión de la Comisión Técnica Interautonómica del 2 de julio de 1996, donde se acordó por unanimidad la creación de una Ponencia técnica, dirigida a establecer los criterios básicos de homologación que deberán regir las actuaciones preventivas en el conjunto de Estado (Plan Nacional sobre Drogas, 1997). A continuación, se señalan los criterios que definen la prevención de las drogodependencias de base local:

Las políticas sectoriales de prevención de las drogodependencias deben encuadrarse dentro de una política global.

La respuesta a esta problemática ha de darse desde las estructuras ordinarias, de las que se ha dotado nuestra sociedad, en las áreas de educación, salud, servicios sociales, etc.

Los programas de prevención deben diseñarse para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo.

La eficacia de las políticas preventivas está relacionada con el grado en el que sean asumidas por los diversos interlocutores sociales.

Los programas de prevención deben adaptarse a las peculiaridades del fenómeno en cada municipio.

Los programas de prevención deben ser diseñados en función del grupo de edad, la etapa evolutiva y los factores culturales y sociales.

La responsabilidad de la prevención es de todos; va más allá de los servicios sanitarios o sociales, implicando a todos los estamentos con competencias en la materia.

Para conseguir que estos criterios se traduzcan en acciones prácticas, en cuanto a la reducción de la demanda del consumo de drogas, se plantean los siguientes objetivos y estrategias de la prevención en el ámbito local (PNSD, 1997):

1. Reducir la demanda de drogas. Estrategias:

Informar a la población general sobre el fenómeno de las drogodependencias.

Identificar las causas socioeconómicas o laborales, que pueden generar situaciones de riesgo, para el inicio en el consumo de drogas; planteando propuestas de actuación que hagan especial hincapié en aquellas áreas más deprimidas de nuestra comunidad.

Intervenir sobre las condiciones sociales que inciden en el consumo de sustancias capaces de generar dependencia, considerando los factores diferenciales que inciden en los hombres y mujeres, y sus consecuencias.

Educar a la población para una toma de decisiones responsable ante las drogas.

Potenciar la implantación y desarrollo de programas de prevención comunitaria.

En este sentido, los PMD deberían constituir un lugar propicio para poner en marcha estas estrategias, que apuestan, entre otros aspectos, por la educación, por la participación e implicación de los individuos, por abordar el fenómeno de la dependencia, por identificar el contexto en el que, se produce el consumo y el análisis

de los diferentes factores que están presentes en él y, por la promoción y desarrollo de programas de prevención comunitaria.

Desde el análisis que hemos realizado, podríamos afirmar que, unos nueve años después, todavía es necesario propiciar este tipo de estrategias. De forma general, hemos observado que, es necesario realizar mayor esfuerzo por conocer de la realidad social con la que trabajamos; así como, propiciar y fomentar una mayor implicación y participación de los ciudadanos en los PMD; reformular los principios del desarrollo comunitario, para que éste sea entendido como una forma de actuar de forma global y no, meramente, como un ámbito más de actuación, que es la forma como hasta ahora se entiende.

Esta gestación de las conclusiones pasa por analizar, de forma genérica, los diferentes modelos de intervención en drogodependencias. Durante años se había entendido que tanto una información correcta como la prevención de riesgos venían a ser buenos instrumentos para prevenir las adicciones. La mayoría de los programas han venido a incidir, desde esta perspectiva, en los denominados factores etiológicos (contexto, edades, etc.) y, en la diferenciación de los riesgos no similares entre grupos de población (Castillo y Morón, 2005). Esto ha hecho que se haya llegado al convencimiento de que la información sola no funciona, es por lo que planteamos un modelo educativo de prevención, entendiendo éste como un proceso de aprendizaje bien definido y estructurado, que venga a ayudar a los individuos a desarrollar las técnicas efectivas que les permitan afrontar las posibles situaciones de consumo de drogas.

5.3. ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS DESARROLLADOS DESDE LOS PMD

La escuela es un buen marco para proporcionar actitudes, valores y habilidades que favorezcan nuestra salud; ya que, por ella pasa toda o la gran parte de la población. Aunque hay que tener presente que la escuela no es la única responsable en educar para la salud, sino también la familia, las instituciones sanitarias, los amigos, la legislación y los medios de comunicación.

La responsabilidad de la escuela está en incluir programas de educación para la salud dentro de su proyecto educativo, clarificar a los alumnos cuales son sus actitudes y valores ante la salud, y hacerles que opten por una vida saludable. Transversalmente, la realidad de las drogas debería estar presente en los objetivos e intenciones de carácter general, en las señas de identidad del centro, en la selección de contenidos (conceptuales, procedimentales y actitudinales), en la metodología, en la programación de actuaciones y en la evaluación.

La aportación de la Pedagogía social a la Educación para la salud, se traduce como han afirmado García, Sáez y Escarbajal (2000), sobre todo, en la referencia a los dos contextos donde se realiza la intervención socioeducativa (el escolar y el social), a los postulados que orientan tal intervención y a las temáticas, que son objeto de la misma.

Así, lo constatan diferentes autores que incluyen entre los ámbitos de la Pedagogía social muchos de los comprendidos en la Educación para la salud (tercera edad, mujeres maltratadas, drogadicción...); o Feroso (1994), para quien, en general, el objeto de la pedagogía social es la educación social de los individuos: matizando que, sobre todo, lo es la fundamentación, justificación y comprensión de la solución de problemas sociales mediante la educación, que se llevaría a cabo efectuando una acción dinámica sociocultural, una intervención pedagógica en los servicios sociales para la prevención, ayuda y reinserción o resocialización. El proceso educativo para la salud debe estar inserto en un proceso más amplio, destinado a potenciar los factores que sostienen estilos de vida saludables, y a reducir los que generan daños a la salud.

Esta nueva concepción de la Salud, y de la Educación para la Salud, hace necesario reconsiderar lo que entendemos por "*Escuela saludable*" que, según la definen Gavidia y Rodes, (1998): "es aquella que posee un ambiente sano donde se aprende de una manera saludable y solidaria con el medio, en la que la participación de todas las personas relacionadas con la escuela saludable configura su ambiente social, cuyas notas identificativas caracterizan estos centros". La actuación a través del

ambiente trata de utilizar lo que se denomina “currículo oculto” como una vía de transmisión de actitudes y valores. Los objetivos se pretenden hacer explícitos al alumnado, para que éste contribuya también en su desarrollo y no sea una cuestión exclusiva del profesorado.

Siguiendo la afirmación de García, Sáez y Escarbajal (2000: 114), *“la Educación para la salud en la escuela no puede aislarse del contexto más amplio en el que se articula, configurando así una dimensión vital que debe tratarse desde una perspectiva ecológica”*. En este sentido, la coordinación institucional y social tienen que constituir un eje fundamental en la educación y prevención de drogodependencias, para conseguir sus objetivos, para rentabilizar y optimizar recursos, potenciar la complementariedad de acciones, y progresar en la consecución de mayores cotas de bienestar social y personal (Bas, 1997).

Este compromiso, tenemos que hacerlo desde nuestra función de profesionales, sin ocupar los espacios que les corresponden a otros, y como ciudadanos y ciudadanas. Así, por ejemplo, los responsables políticos tendrán que proponer y establecer medidas orientadas a conseguir una sociedad más libre de drogodependencias; los medios de comunicación social pueden colaborar a crear una opinión crítica respecto al no consumo de sustancias tóxicas para divertirse; las asociaciones de padres y madres, organizar procesos formativos mediante escuelas de padres y madres para desarrollar una acción educativa en la familia y en el centro educativo; otras asociaciones pueden cubrir espacios de ocio y tiempo libre, promoción de alternativas, etc.; los coordinadores/as de programas asesorando y apoyando con diferentes recursos humanos y materiales la acción educativa de equipos directivos, de orientación y profesorado en general, de acuerdo con sus demandas; los centros educativos integrando la educación sobre las drogas en el Proyecto de Centro, y desarrollándolo en el Proyecto Curricular, ya que ambos cobran sentido en el momento que se convierte en práctica educativa mediante la Programación de aula.

La actuación del educador en solitario, de poco serviría, sin el apoyo de toda la comunidad educativa. Sin embargo, esta acción común no resulta fácil, no sólo por la

propia complejidad de la prevención escolar, sino también por la dificultad para una cultura de colaboración en los centros educativos.

Si entendemos que la educación escolar, en general, no se puede llevar a cabo sólo a través de campañas, sino que hace falta una política decidida, apoyada en planes dotados con recursos materiales y humanos, también en relación con la educación preventiva, la escuela tiene que superar actuaciones más o menos puntuales, para plantear un proyecto común, que aglutine los esfuerzos de profesores, alumnos, padres y servicios de apoyo.

La actuación del educador sólo tendrá sentido si hunde sus raíces en el Proyecto Educativo de Centro. En este Proyecto, a partir de un conocimiento de la realidad de las drogas en el propio medio, se articularán estrategias y programas de actuación acordes con la dinámica educativa de cada centro. Este Proyecto se concretará en programas individuales específicos, que respondan a necesidades específicas, tratando de saber qué es lo que se precisa para los objetivos a alcanzar, así como las estrategias de acción que haya que poner en marcha para conseguir el desarrollo integral óptimo. Este programa implica un "sistema de tratamiento integrado" en el que estén coordinados todos los servicios disponibles. Y si este proyecto individualizado ha de estar integrado en el proyecto educativo del centro, el proyecto de centro ha de estar integrado, siempre que sea posible, en programas comunitarios (Megías, 1999).

Existen, por otra parte, grandes posibilidades de colaboración, tanto dentro como fuera de los tiempos y los recintos escolares, que no se pueden olvidar. En una escuela abierta y comprometida con la comunidad todo es relativo, flexible, con tal de que los objetivos educativos se tengan en cuenta, sin evadir responsabilidades profesionales. Con una buena conjunción de servicios escolares y extraescolares será más fácil ofrecer respuestas educativas adecuadas a las diferentes necesidades, dentro de un programa conjunto de asistencia a todos los problemas que puedan presentar los estudiantes.

Megías (1999), ha señalado diversas tareas básicas que corresponden a la comunidad educativa y, por consiguiente, también a los educadores:

1. Conocer la extensión y características del consumo de alcohol u otras drogas, entre los alumnos y en el contexto social en el que éstos se mueven.
2. Disponer de un proyecto educativo que integre estrategias, como respuestas adecuadas a las necesidades existentes entre la población escolar.
3. Colaborar con los servicios de la propia comunidad de forma que la intervención educativa escolar esté integrada dentro de los esfuerzos comunitarios.
4. Informar y asesorar a padres y alumnos con problemas de drogas.
5. Derivar los casos problemáticos hacia los servicios adecuados, sin perder el contacto con estos individuos, y colaborando siempre en la intervención educativa propuesta.
6. Participar en las actividades de promoción de la salud dentro de la propia comunidad.
7. Coordinarse con las entidades públicas y privadas de la comunidad para una mejor explotación de los recursos de la misma.
8. Estimular y apoyar a padres y alumnos, para que se impliquen en actividades, servicios, asociaciones, programas, etc., orientadas a dar respuestas a los problemas de drogas.

A partir de ahí, se comprende que la acción educativa debe ser compartida e interdisciplinar, al mismo tiempo que deberá potenciarse la dimensión intercultural de la educación. Desde esta perspectiva, el marco ideal para la prevención y el tratamiento del abuso de las drogas, en centros educativos, no es otro que el de la promoción de la salud, un marco de acción que desarrolla el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud, que posibilita el pleno desarrollo físico, psíquico y social de los educandos, que favorece buenas relaciones entre todos los miembros de la comunidad educativa, y de ésta con su entorno.

En este marco, se comprende la necesidad de superar los límites del PEC (Proyecto Educativo de Centro) y del PCC (Proyecto Curricular de Centro), que son

medios para mejorar la práctica educativa, introducir en los centros una verdadera cultura de la reflexión, definir una política y ética de los valores educativos, y asumir el papel del profesor como investigador, para conocer la realidad y dar las respuestas que convengan (Bonal, 1996).

Lo idóneo sería que los profesionales de la educación fueran más allá de la atención a los alumnos, en un compromiso de equipo que lleve a actuar sobre los problemas sociales. Y no hay que olvidar que los problemas de las drogodependencias son unos problemas personales inmersos en una problemática social compleja.

Por ello es necesario tener en cuenta la existencia de ciertos fenómenos culturales en los que adolescentes y jóvenes están inmersos. Así, se puede entender que el fenómeno de fin de semana asociado al consumo de alcohol, y de otras sustancias, no surge por generación espontánea. Los cambios sociales y culturales de los años 80, han provocado que los jóvenes de hoy hayan sido socializados en la “cultura del fin de semana”, cultura que ha sido perfectamente utilizada en su beneficio por el marketing del alcohol. Como señala Comas (1996), la comprensión “del problema de la droga” será completa cuando seamos capaces de integrar en el modelo, el proceso de mundialización, la reestructuración de los mercados y la división internacional del trabajo, procesos de los que forma parte la irrupción histórica del fin de semana y la conformación del mercado internacional del alcohol. Ante esta situación, aparece una tremenda ambigüedad, tanto de análisis como de respuesta, en la sociedad actual.

Parece como si la sociedad estuviera paralizada ante un fenómeno que si, por una parte, crea graves problemas a la misma, por otra, aporta no pocos beneficios, de todo tipo, a los que no se quiere renunciar. Estas contradicciones sociales tienen su reflejo en la familia, la escuela o las administraciones y, posiblemente, entre los profesores.

Una postura social frecuente, aunque paradójica, ante las drogas, consiste en poner la responsabilidad de la parte problemática fuera del propio ámbito de actuación. Así, la familia entiende que es la administración la que tiene que dar soluciones, mientras que los poderes públicos descargan sobre padres y madres la tarea. Los medios de comunicación sostienen que su tarea no es educar, que eso corresponde a los centros

educativos y a las familias. Los profesores entienden que se trata de una cuestión que corresponde a los padres y a servicios especializados. (Megías, 2000).

Al profesorado le preocupa cómo integrar la educación sobre drogas, pues, se puede tener muy clara la necesidad de hacerlo, pero no saber cómo llevarlo a la práctica de la clase, por miedo a no actuar correctamente, al no sentirse seguro a nivel conceptual y metodológico.

La formación tiene que contribuir a su capacitación, para abordar la educación sobre drogas con claridad en los conceptos y con estrategias metodológicas adecuadas, que permitan una integración curricular normalizada y la mejora de la práctica educativa. Por consiguiente:

“... hay que pasar del discurso teórico, de la cultura de la palabra, a su materialización y concreción práctica, lo que implica atravesar la barrera de una enseñanza mecánica, acrítica y transmisora a una enseñanza activa que promueve actuaciones cognitivas en el profesorado, para que, de esta forma, las puedan promover en el alumnado” (Bas, 2000: 21).

En definitiva, la prevención requiere una intervención del profesorado, a lo largo del proceso educativo, descartando la intervención puntual tanto del profesorado como de un especialista ajeno al centro, así como el de no hacer nada.

No puede existir un profesor reflexivo e investigador sin la formación adecuada. Además, si se asume que el maestro/profesor tiene que ser, ante todo, un educador, no un especialista en drogas, su formación en este sentido constituirá el mejor aval y soporte para llevar adelante una acción preventiva eficaz. La tarea educativa no se puede improvisar.

En la escuela se necesitan educadores, y no simples transmisores de conocimientos. En este sentido, un conjunto de charlas o un cursillo sólo podrán sensibilizar ante los problemas de drogas y descubrir las posibilidades educativas de la escuela. Una auténtica formación sólo puede conseguirse si, a la información objetiva unimos el contacto real con los problemas (práctica), la elaboración y evaluación de programas (investigación). Esta formación, por supuesto, es un proceso continuo que se inicia, a ser posible, al comenzar la preparación para el magisterio y sigue durante toda la vida profesional. La "formación continua" resulta básica para todos los promotores de la prevención y, dentro de ésta, la "supervisión continua", dentro de una reflexión continuada sobre el propio trabajo educativo, en el marco de un compromiso interdisciplinar (Megías, 1999).

Algunos estudios, sobre el profesorado y la prevención, ofrecen diferentes análisis de los discursos de los docentes ante las drogas, como problema en el medio escolar. Como es de esperar, aparece una gran variedad de actitudes en el profesorado, que van desde la inhibición, a diferentes grados y concepciones de la participación.

Son diferentes posiciones las de los profesores ante la prevención escolar, que convendría contrastar, confirmar en su caso, y analizar en profundidad, no sólo para comprender a los profesores sino también para concretar las estrategias de acción escolar. Nuestro estudio intenta aportar, en este sentido, nuevos elementos de reflexión.

Resultaría muy injusto cargar de responsabilidades, mucho más aún, acusar al maestro o al centro educativo en su conjunto, cuando la escuela está limitada por normas, sobrecargada por una presión social exagerada, y limitada por la carencia de recursos. Conviene recalcar la necesidad de apoyo al profesor, tanto desde el propio sistema educativo como desde la sociedad en general.

Hay que insistir en la necesidad de respetar la función del docente, la figura del maestro o del profesor, porque ese prestigio es imprescindible para que cumpla sus tareas. El aprendizaje no es una mera transmisión de conocimientos. Es un complejo fenómeno que se da en un ambiente afectivo, que lo favorece o dificulta, y que inevitablemente entraña contradicciones.

A continuación, vamos a describir y comentar los objetivos específicos propuestos en este estudio de investigación, con respecto al segundo objetivo general, con el fin de conocer el desarrollo de los programas escolares de prevención en drogodependencias, realizados desde los Planes Municipales sobre drogodependencias. La información para realizar este análisis la hemos obtenido de las entrevistas realizadas a los alumnos de 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria de cuatro localidades de la Región de Murcia, y que han formado una muestra total de 505 alumnos. Se pretendió, también, entrevistar a los profesores y orientadores, para reflejar en este análisis la situación de estos programas por parte de los destinatarios (profesores y alumnos); sin embargo, la muerte muestral, de este último grupo, fue muy alta, tanto que sólo se obtuvo respuesta por parte de dos orientadores. Al final, el estudio se ha realizado con la información obtenida de los cuestionarios realizados por los alumnos. Y ya, sin más dilaciones, ya que el proceso de obtención de la información y su tratamiento ha sido explicado en el capítulo III y IV, pasamos al análisis de los objetivos.

2º OBJETIVO GENERAL: ANÁLISIS POR PARTE DE LOS DESTINATARIOS DE LOS PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS. ÁMBITO EDUCATIVO DE LOS PMD

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la difusión que se les da a los programas escolares de prevención en drogodependencias

Es frecuente encontrarnos, al preguntar a los destinatarios de las actividades diseñadas y puestas en marcha desde los PMD, si saben qué es eso de los PMD, con una respuesta negativa en la mayoría de los casos. Situación que ha sido confirmada en nuestra investigación, ya que la mayoría de los encuestados han afirmado no conocer ni haber oído nada al respecto.

Este desconocimiento del que parte la población destinataria de las actividades diseñadas por los PMD, es un indicador del fracaso de las acciones emprendidas en cuanto a la difusión del mismo. Recordemos que, como ya hemos visto anteriormente en las memorias de los PMD, son muy pocos los municipios que tienen un Plan de Comunicación previsto en el diseño y planificación del mismo.

Si los individuos y la comunidad, en este caso los destinatarios, no conocen la existencia de los PMD, entonces ¿cómo van a responder estos últimos a las necesidades de la comunidad? Es difícil contestar a esta pregunta. Si los propios implicados desconocen las herramientas que les permitirán afrontar o responder a sus necesidades, ¿cómo van a ser parte activa de dicho programa bajo esta situación de “ignorancia”? Es posible que otra vez, y puede que no intencionalmente, volvamos a desarrollar programas impuestos desde las instituciones, eso sí, esta vez los técnicos, los expertos, trabajan en el contexto social en el que se desarrollan los programas. Se pone así de manifiesto que, los pilares desde los que se pone en marcha el desarrollo comunitario no son los que dominan en el marco actual de la puesta en marcha de los PMD. No es cierto, a partir de este análisis que se trabaje con y en la comunidad.

2. Identificar las características de la formación ofertada en los programas escolares de prevención en drogodependencias

Para alcanzar este objetivo, hemos planteado, a los alumnos encuestados, cuestiones referentes a la duración de la formación, a la necesidad o no de dar mayor continuidad a las actividades preventivas, a la condición externa o interna de los centros educativos, de los profesionales que imparten la formación de las acciones preventivas, el horario de las mismas, si les gustan estas actividades y si propondrían otras.

Con respecto a estos aspectos, hay que destacar que las actividades formativas tienen mayoritariamente un carácter puntual, ya que no se distribuyen a lo largo del curso escolar, sino que no se extienden, en la mayoría de ocasiones, más allá de unos días. Ante esta situación, los propios destinatarios han afirmado que sería positivo que estas actividades tuvieran mayor continuidad. Nosotros creemos que sería conveniente integrar los programas escolares preventivos dentro del currículum escolar; para así, poder ofrecer una formación más amplia y con posibilidades de alcanzar los objetivos propuestos en la programación. Para ello, sería necesario que dentro de la estructura de los PMD se implicase la Consejería de Educación, puesto que los programas preventivos, hasta el momento dependen de la buena voluntad de los profesores. Si se cree en este proyecto, y se quiere llevar a cabo, es necesaria la coordinación de estas actividades, no sólo por agencias o instituciones que “venden” literalmente los programas escolares preventivos, sino que su promoción debe desarrollarse desde la propia estructura escolar.

La aplicación de muchos de estos programas depende de la capacidad de empatía, comunicativa y de generación de necesidades que tienen los técnicos municipales coordinadores de los PMD, que ofrecen los programas preventivos y el asesoramiento necesario para llevarlos a cabo, presentándolos a un amplio concurso en el que compiten con una amplia gama de programas educativos de carácter social. ¿Cuáles serán los elegidos para su implementación? Todos no pueden ser abordados.

Siguiendo con las características de las actividades formativas de los programas escolares de prevención, los encuestados han afirmado que en la mayoría de las ocasiones, la formación ha sido impartida por profesorado ajeno al centro, información que vuelve a poner de manifiesto el carácter externo de la aplicación de estos programas, externos a la estructura de los centros educativos, y desvinculados de los

mismos. En este sentido, se hace más patente todavía la necesidad de implicar a la comunidad educativa, así como a las estructuras administrativas que la rigen.

En cuanto al horario en que se desarrolla este tipo de formación, hemos confirmado que mayoritariamente se desarrollan en las sesiones de tutoría, siendo esta área el “saco roto” en el que van a caer la mayoría de los programas escolares de carácter social. Educación en valores, Educación ambiental, Educación intercultural, Educación para la convivencia, Educación vial, y Educación para la salud, entre otras, forman parte de las áreas transversales. Sin embargo, se imparten, en el caso de que así se haga, de forma horizontal y puntual a través del área de tutoría.

En este sentido, partimos de un problema de base: ¿qué ha pasado con la transversalidad en nuestro país? Si, como recordamos, en la LOGSE se incluía como contenido transversal, la Educación para la salud y dentro de ésta, la prevención de las drogodependencias, no podemos afirmar que este proyecto se ha consolidado en la práctica; por consiguiente, los programas preventivos siguen teniendo un aspecto puntual en aquellos Centros Educativos en los que son seleccionados como candidatos a impartir durante algunas sesiones, en horario de tutoría.

¿Cómo resolver este problema de la aplicación de la transversalidad? ¿Sería conveniente apostar por trabajar estos contenidos de forma horizontal? Sea como fuere, este es un tema demasiado complejo como para abordarlo convenientemente en estas páginas.

3. Conocer el contenido de los programas escolares de prevención en drogodependencias trabajado en las aulas

En cuanto a los contenidos trabajados en los programas de prevención de drogodependencias, destacamos que, en primer lugar se trabajan con mayor frecuencia aspectos relacionados con el alcohol y el tabaco. Este hecho podría responder a que los programas preventivos suelen trabajar con la hipótesis de la escalada (Kandel, 1991), por la cual el consumo de las drogas legales nos lleva a proseguir con el consumo de las drogas ilegales, intentando no consumir las drogas más accesibles por su carácter de

legalidad, y pretendiendo por efecto, evitar el consumo de las drogas ilegales. Otra de las razones que queremos reflejar y que responden a la importancia que se le da a trabajar estos contenidos (alcohol y tabaco) son aquellos relacionados con el hecho de que estas drogas son muy accesibles y cuentan con mayor disponibilidad en nuestra sociedad; ya que, el consumo de ambas sustancias está muy arraigado en nuestra cultura, y nuestros jóvenes tendrán que elegir si consumen o no, y aceptando los riesgos que esta decisión comporte.

Sin embargo, nos llama la atención que en estos programas, basados en la prevención de drogas legales, apenas se habla del consumo de medicamentos, hecho que nos sorprende bastante por el alto porcentaje de la población que se automedica y las repercusiones que esta automedicación tiene en nuestra calidad de vida. En este sentido, Rodríguez *et al.* (2000) afirman que la invasión médica, con la medicalización de la salud, de la enfermedad, de la sexualidad, del envejecimiento y de la muerte destruye en las personas los fundamentos últimos de la salud: la capacidad de asumir su condición y de hacer frente, por sí mismo, a los acontecimientos y a las pruebas de su existencia biológica. Por ello, consideramos que el consumo de medicamentos debería ser tenido en cuenta en los programas de prevención de drogas legales.

El segundo lugar, de los contenidos trabajados en los programas preventivos, lo ocupa la marihuana; es cierto que el consumo de esta sustancia ha ido aumentando a lo largo de los años, llegando a percibirse por los jóvenes como una droga menor, cuyo poder de dependencia es muy bajo y sin apenas efectos secundarios. Falsas creencias que han disminuido la percepción del riesgo de su consumo. En tercer y cuarto lugar, siguiendo la lógica de la hipótesis de la escalada, los alumnos han afirmado trabajar temas como las drogas de síntesis, la cocaína y/o heroína.

El quinto lugar ha sido otorgado al contenido vinculado con la política de la creación de una sociedad de abstemios, como resultado de aplicar la misma máxima para todos “cómo decir no al consumo de drogas”.

En un porcentaje mucho más pequeño que los anteriores contenidos, los alumnos destacaron trabajar temas como los alucinógenos y el polen.

Si nos fijamos detenidamente en el carácter de estos contenidos, nos daremos cuenta de que hacen referencia exclusiva a las sustancias psicoactivas, no apareciendo temas relacionados con el contexto y la persona. Estos programas preventivos se basan mayoritariamente en uno de los tres grandes pilares defendidos como imprescindibles, para comprender el fenómeno de las drogodependencias. Sería conveniente hacer una llamada de atención sobre los programas escolares preventivos, que se están poniendo en marcha, ya que no deberían centrarse solamente en uno de los aspectos que afectan a este fenómeno.

Este argumento también ha sido defendido por los destinatarios de los programas escolares. Así, cuando les preguntamos sobre los temas que les gustaría trabajar en el aula, han afirmado que sería conveniente tener más información de carácter general, conocer los efectos del consumo de las drogas y, además, sus repercusiones en el contexto social de las personas consumidoras y su entorno. También han afirmado que sería necesario trabajar con material audiovisual, fotografía, vídeos, visitas a algún centro de desintoxicación y cómo se puede salir de las drogas. Información que nos vuelve a confirmar la necesidad de abordar el fenómeno de las drogodependencias desde una perspectiva multidimensional, no unidimensional, como mayoritariamente se ha puesto de manifiesto en nuestro estudio.

Otro de los temas a trabajar, que creemos necesario mencionar, y que han solicitado los destinatarios, ha sido el de la Educación sexual, tal vez la asociación drogas-sexualidad facilitada por las campañas de prevención del sida, hayan puesto de manifiesto que este tema sigue siendo una asignatura pendiente. En el momento en el que se afirma que una de las vías de transmisión del VIH/sida es a través del consumo de drogas por vía parental, se aumenta el discurso represivo y estigmatizado hacia los usuarios de drogas por esta vía y especialmente a los consumidores de heroína, estableciéndose una relación directa entre enfermos de sida y consumidores de heroína. Además, cuando se dio a conocer esta asociación, el consumo de heroína por vía

parental estaba asociado a las clases sociales más bajas. Existía, entonces, una relación entre estructura social y drogodependencias. Situación que todavía se complica más si recordamos que otra de las vías de contagio es a través de las prácticas sexuales sin protección. También en otras ocasiones, entre los jóvenes, se afincan las falsas creencias en las que se asocia el consumo de drogas a unas relaciones sexuales más placenteras, “facilitan la comunicación”, “se siente más”, “se pierde la timidez”, son algunas de las afirmaciones que se hacen a este respecto.

Sería pues interesante recoger esta propuesta e incluir este contenido dentro de los programas de prevención en drogodependencias.

Según los temas abordados, destacaríamos que echamos en falta contenidos que favorezcan la autonomía de los jóvenes, agudicen su sentido crítico y eduquen, para que sean capaces de elegir; es decir, tomar sus propias decisiones, no las impuestas desde fuera sino las propias, asumiendo la responsabilidad y los riesgos de cada elección.

4. Identificar la utilidad percibida por los destinatarios encuestados de los programas escolares de prevención en drogodependencias

La información obtenida la hemos canalizado a través de cuestiones como: ¿la formación de prevención en drogodependencias que has recibido te ha ayudado a saber más sobre las drogas?, ¿crees que estas actividades son importantes para que los jóvenes no consuman drogas? y ¿crees que el consumo de drogas puede dañar tu salud?

Los alumnos encuestados afirmaron, en un porcentaje bastante alto, que la formación recibida a través de los programas escolares de prevención en drogodependencias les había ayudado a saber y conocer más sobre las drogodependencias, con lo que deducimos que, a pesar de la parcialidad de la información ofrecida sobre este tema, también estos programas son válidos, aunque no exclusivos, para que estos programas sean eficaces.

Con respecto a la percepción que los alumnos tienen sobre los riesgos del consumo de drogas, apreciamos que son conscientes en un porcentaje muy alto (96,3%) de los daños que provocan en la salud el consumo de las drogas. Aquí hay un cambio en

la tendencia nacional (PNSD, 2005), que tiende a disminuir los riesgos asociados al consumo.

Con respecto a la importancia de estas actividades para que los jóvenes no consuman drogas, un porcentaje bastante alto de alumnos (80,6%) han afirmado que sí son importantes estos programas para alcanzar este objetivo. Un porcentaje menor se ha dividido en tres opciones: la primera, se basa en la afirmación de que estos programas no sirven para que los jóvenes no consuman; la segunda, en frecuencia, es la defendida por aquellos encuestados que afirman que el consumo de drogas depende de diversas variables y es difícil tener respuesta a esta pregunta, depende del caso; y en tercer lugar, situamos al grupo que ha defendido que no sabe si existe una relación entre los programas de prevención y los jóvenes que no consumen.

Estas tres últimas opciones señaladas, aunque minoritarias, son importantes para reflejar que hay una parte de los alumnos destinatarios que cuestionan la eficacia de las actividades preventivas, en cuanto a la consecución de jóvenes abstemios.

5. Conocer el nivel de consumo de drogas por parte de los destinatarios encuestados

Es de destacar que es en esta cuestión donde mayor porcentaje no contesta a los interrogantes formulados, representando un 19,8% de los alumnos encuestados. Por otra parte, sigue siendo mayor el porcentaje de alumnos que consumen drogas con respecto a aquellos que no consumen; sin embargo, tampoco hemos de alarmarnos, pues es en estas edades (14-18 años), cuando comienzan los primeros contactos con el consumo de drogas y, además, tampoco son todos los jóvenes encuestados consumidores de drogas, ya que un porcentaje relativamente alto (un 31,1%) ha afirmado consumir drogas. Esta información nos reafirma en la idea de que los adolescentes no son potenciales consumidores de drogas, afirmación que ha servido a la teoría de la Conducta problema (Jessor, 1992), que trata a este grupo social como si fueran sujetos de riesgo.

La información obtenida, de todas formas, hay que interpretarla con cuidado, pues no conocemos qué es exactamente lo que los alumnos encuestados han interpretado por “drogas”. Suponemos que, dentro de este grupo, no se han incluido los

medicamentos; ya que, si no, el número de alumnos no consumidores hubiese disminuido sensiblemente. Las drogas siguen entendiéndose como aquellas sustancias psicoactivas perjudiciales para la salud, considerando las ilegales como las más peligrosas, legales las que menos (siempre refiriéndonos al tabaco y al alcohol).

Pero, qué fracción de la sociedad no sucumbe al consumo de drogas. Tal vez sean los niños, a los que educamos dentro de una sociedad consumidora, los que por propia voluntad no se acercan a ella; pero, son sus padres los encargados de iniciarles, acallarán sus dolores con una píldora y lo mismo ocurrirá cuando estén muy nerviosos. Sin embargo, si este proceso iniciático, este aprendizaje del consumo de drogas, se desarrollase entendiendo los límites de la dependencia, y en el que las drogas están presentes, y al servicio del ser humano, si recuperásemos este ritual y se trasladara a la sociedad en general, podríamos desarrollar una cultura libre de drogodependencias, que no de drogas. Aunque ahora bien ¿qué es eso de recuperar el ritual? Abordar este ámbito sería objeto de un amplio estudio de investigación, que emplazamos para un futuro no muy lejano.

Por otro lado, al intentar conocer la cercanía del consumo de drogas a estos alumnos, nos hemos encontrado con que la mayoría tienen amigos cercanos que consumen drogas. Esto nos indica que nuestros jóvenes conviven con el consumo de drogas, que éste es una realidad que les pilla muy de cerca. Pretender que no consuman de por sí, o por el miedo a los riesgos que puede ocasionarles en su salud el consumo de drogas, es un objetivo difícil de alcanzar. Tal vez sería menos pretencioso replantear la situación, reconociendo que es posible el consumo y de qué forma este consumo sería menos perjudicial, analizar sus repercusiones, así como las del no consumo. ¿Por qué no saborear un buen vino, acompañado de una exquisita comida y disfrutar de los placeres del gusto, el tacto, el olfato, etc.? Es tan perjudicial para la salud...

Con respecto a los motivos por los que las personas consumen drogas han destacado, con mayor e igual frecuencia, la presión de grupo y el hecho de sentirse mayores. Y en segundo lugar, asocian el consumo de drogas a la diversión.

Con respecto a la presión de grupo, hay buenos programas preventivos que trabajan sobre este aspecto. Con respecto al motivo de sentirse mayores consumiendo

drogas, deberíamos llevar cuidado, ya que tendríamos que reflexionar sobre el modelo de adulto, trabajar con este grupo social para obtener resultados en el grupo social modelado, es decir, los jóvenes. Sería positivo desarrollar un amplio número de teorías basadas en el modelo de adulto, e incidir sobre esta población.

Con respecto al último de los motivos que hemos resaltado, “por diversión”, hemos de señalar que a pesar de los esfuerzos realizados por promover espacios de ocio y tiempo libre alternativos a los establecidos por la industria de la diversión, donde el consumo de drogas ha adquirido un lugar privilegiado y casi exclusivo, no se ha conseguido poner en marcha alternativas que funcionen con un carácter continuado, más allá de programas puntuales.

Cuando planteamos la cuestión ¿crees que este tipo de programas de prevención de drogodependencias debería continuar? a los alumnos encuestados, nos confirmaron mayoritariamente la necesidad de la continuidad de este tipo de acciones preventivas. El hecho de que los propios destinatarios demanden este tipo de actuaciones nos hacen afirmar que deben mantenerse, pues son aceptadas por la población implicada. Pero, también sugerimos que sería necesario, vista la información obtenida, realizar algunos cambios en los programas preventivos, que a continuación especificamos.

5.3.1. Aportaciones derivadas del análisis de los programas escolares de prevención en drogodependencias

Contar con un Plan de comunicación que permita a los destinatarios de los programas conocer qué son los PMD.

Incluir los programas preventivos dentro del currículum escolar.

La implicación de la Consejería de Educación en la aplicación y desarrollo de estos programas.

Ampliar el horario, esto es, las horas lectivas de formación, sobrepasando la dimensión puntual con la que se desarrollan en estos momentos.

Realizar una referencia clara con respecto a los temas transversales, en lo que respecta al área de Educación para la salud, y se opte por la vía que se opte (transversalidad u horizontalidad), este área se lleve a cabo.

Ampliar los contenidos abordados en los programas, y sobrepasar la dimensión que hace referencia a las sustancias psicoactivas, atendiendo a un enfoque global que contemple temas relativos, a las personas y al contexto.

Tener en cuenta la necesidad de ofertar la Educación sexual en estos programas.

Tener en cuenta la necesidad de abordar contenidos referidos al consumo de medicamentos.

Reconocimiento del espacio de las tutorías más allá del “saco roto” al que van a caer mayoritariamente las transversales.

Desarrollar actividades más dinámicas y participativas en las que se cuente con material audiovisual.

Desistir de la idea de que lo correcto es el no consumo; esa afirmación no se ajusta a nuestra realidad social.

No tratar al adolescente como problema, por las características propias de su desarrollo.

Propiciar la capacitación de los destinatarios, así como favorecer su autonomía.

Tener cuidado con el modelo de adulto-consumidor que se está transmitiendo, en los niños primero, en los adolescentes posteriormente.

Seguir apoyando e invirtiendo en los programas escolares de prevención en drogodependencias.

¿Qué modelo de intervención educativa para la salud se está poniendo en práctica, desde este análisis de los programas escolares de prevención en drogodependencias? Si comparamos la tabla nº 4 del capítulo I, cada uno de los aspectos relevantes que se definen con cada uno de los modelos allí descritos (-el modelo informativo; el modelo persuasivo motivacional y el político-económico-ecológico-), obtendremos una aproximación de los elementos que conjugan la práctica educativa analizada en este trabajo.

Comenzamos por analizar el primer aspecto: el referente al concepto de salud que se aborda desde estos programas. No tenemos información específica referente a la concepción de la salud, aunque por la información que hemos obtenido diríamos que no podemos hablar de una concepción de la salud salutogénica, en la que como se ha descrito, la salud es un recurso para poder establecer estilos de vida saludables de acuerdo con la concepción del modelo político-económico-ecológico. Consideramos que según los postulados de los programas escolares analizados, la salud es un objetivo

vital a alcanzar, aunque para alcanzar este objetivo se pretende que las personas adopten conductas caracterizadas por la ausencia del consumo de drogas, ya que el mensaje que se transmite, desde sus postulados, es que el consumo de drogas es malo, y por tanto hay que evitarlo.

Esta forma de entender la salud, puede, y de hecho lo es, parecer confusa. Si ante diversas situaciones el ser humano aprende, desde su más tierna edad, que las drogas son buenas, porque le ayudan a aliviar determinados dolores y se toman en las fiestas, donde los mayores se lo pasan bien, cómo les vamos a decir cuando llegan a la adolescencia que son malas y que es mejor no tomarlas. Evidentemente, sólo aquellos adolescentes dominados por el miedo normativo a lo prescrito por los adultos, nos harán caso. Si algo caracteriza a estos jóvenes es la conducta rebelde y de oposición frente al adulto, ya que ésta es una etapa de la vida caracterizada por las contradicciones, y de imitación de otros en sus conductas, es decir, de oposición ante la imposición con respecto a lo que se dice que se debe hacer (en este caso concreto, el no consumo de drogas), y de imitación de un modelo consumista de adulto, en el que evidentemente también están presentes las drogas. Cómo pretendemos, pues, tener éxito en nuestros programas, si reproducimos este esquema.

Consideramos que ya hay suficiente información para evidenciar el fracaso de este tipo de programas preventivos, y que sería, por tanto, el momento de acercarnos a ese concepto de la salud como recurso vital, elemento clave para promover un estilo de vida saludable, pero desde el que se enseñe a vivir con las drogas, pues forman parte de nuestra realidad social: están ahí. Negándolas sólo conseguiremos engañarnos a nosotros mismos. Frente a esta realidad, en la que el consumo de drogas está presente, el individuo y la comunidad tienen dos opciones, o las consumen o no. Reflexionar sobre cómo realizar este consumo sin que se produzca perjuicio en nuestra salud y merme nuestra calidad de vida, en el caso de que se opte por el consumo, tal vez sería un buen principio.

En cuanto al análisis de la realidad, podríamos decir que estos programas se orientan por las normas sociales dominantes, es decir, se basan en la idea, volvemos a incidir, de que el consumo de drogas perjudica nuestra salud. El contexto social en el que se produce este consumo de drogas, que además está normalizado en muchas

ocasiones, es obviado, pretendiendo crear una sociedad de abstemios, lejos de la sociedad consumista en la que estamos inmersos. El análisis que se realiza en estos programas, según han percibido los destinatarios de los mismos, se basa exclusivamente en hablar de las sustancias psicoactivas: tabaco, alcohol, marihuana, drogas de síntesis, cocaína, heroína, alucinógenos, polen y sus efectos negativos en la salud física. Pero, ¿qué pasa con las dimensiones psicológicas y sociales de las drogodependencias? Hay numerosos programas, como hemos descrito en el capítulo II, que se basan en estas dimensiones; sin embargo, los destinatarios sólo perciben la dimensión que hace referencia a la sustancia. Sería entonces pertinente responder a las demandas de los alumnos, e incorporar con mayor presencia aspectos que hagan referencia a las dimensiones psicológica y social, abordando el fenómeno de las drogodependencias desde una perspectiva más amplia, pluridimensional.

Con respecto a los objetivos generales de estos programas escolares, partimos de que, en un principio, proporcionan información sobre los efectos negativos en nuestra salud física del consumo de determinadas drogas, así como la pretensión de que el alumno adquiera habilidades que los expertos consideran beneficiosas para su salud, en este caso, no llegar a consumir drogas. Como podemos ver, estos objetivos se plantean desde el modelo informativo y comienzan también a abordarse desde el modelo persuasivo-motivacional.

Hay que reconocer que incluso partiendo de estos principios (pretender el no consumo de drogas y aumentar la percepción del riesgo sobre el consumo de drogas), pocos esfuerzos se invierten por desarrollar la capacidad de análisis del fenómeno de las drogodependencias, por fomentar la capacidad crítica de los destinatarios y su autonomía, así como por facilitarles las herramientas que les permitan tomar las opciones que estimen oportunas con respecto al consumo de drogas. En definitiva, poco se invierte en capacitar a los jóvenes para vivir en una sociedad donde las drogas están presentes, sin que éstas lleguen a mermar sus condiciones de vida.

Se sigue imponiendo lo que es necesario que los adolescentes hagan, por parte de los expertos, incluso llegando a veces a camuflar su influencia a través de programas

de formación de agentes jóvenes para que, desde el grupo de iguales, repitan el discurso imperante, “las drogas son malas, no las consumas”.

En qué momento se hace partícipe a los jóvenes de la generación de su propia salud, o en qué momento se le hace consciente de la importancia de sus propias decisiones y de las repercusiones que estas decisiones tendrán y tienen en sus estilos de vida. Si ellos no se reconocen como protagonistas de sus propias vidas, es muy probable que sean títeres de determinados intereses.

Con respecto a la metodología utilizada en los programas escolares de prevención, ésta se basa principalmente en la persuasión de los jóvenes para que digan “no al consumo de drogas”, y esto se traduzca en la conducta perseguida de no consumo. Persuasión propulsada por el miedo a los efectos del consumo de drogas en nuestra salud. Se trata de proteger a los jóvenes de esa enfermedad que arrastramos desde el siglo XX, “la drogodependencia”. Este tipo de metodología se engarza en los postulados generales de los programas. A veces se trabaja con charlas; en otras ocasiones, a través de dinámicas que tienen un carácter más participativo, aunque las directrices de su desarrollo vienen dominadas por los postulados generales a los que hemos hecho alusión.

Recordemos aquí que es necesario, para conseguir que los jóvenes se sientan implicados en la generación de su propia salud, que sean partícipes, es decir, que las estrategias metodológicas se basen en el intercambio colaborativo, que permitan a los destinatarios ser escuchados y reformular el propio programa desde la realidad en que estos viven. Tarea difícil, sin duda, pero que tendremos que emprender cuanto antes, si queremos avanzar en la implicación de los verdaderos protagonistas de esta historia, los jóvenes.

Está claro, que la práctica educativa se orienta desde una perspectiva unidireccional, en la que unos establecen lo que es correcto realizar, en este caso los técnicos o profesores, y otros, los alumnos, reciben pasivamente el conocimiento, aunque luego lo ajusten en su propia realidad, y pongan o no en marcha lo que se les ha prescrito. No estamos, por tanto, ante programas que busquen la autonomía de las

personas, seguimos ignorando esa premisa a la que ya hemos hecho referencia, la capacitación de los individuos, sin la que es difícil contribuir al desarrollo de una sociedad cada día más libre, sino, al contrario, cada día más sujeta a los postulados e intereses del consumo. Es más, cabe preguntarnos: ¿Qué sentido tiene zambullirnos en acciones educativas sin contar con los verdaderos protagonistas, es decir, trabajamos por el bien de ellos, pero sin contar con ellos? Parece absurdo que todavía en el siglo XXI tengamos que abordar cuestiones como qué entendemos por EDUCACIÓN o qué EDUCACIÓN queremos. ¿Pretendemos adoctrinar o capacitar?, ¿queremos seguir creyendo en los expertos?, o ¿queremos desarrollar personas autónomas?. Recordamos de nuevo a Delors (1996), en su informe "La educación encierra un tesoro" recuerda los pilares básicos de aquella: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a convivir. Son las metas básicas de la acción educativa en general y, por esta razón, también los objetivos prioritarios de la educación sobre las drogas. Estos postulados deberían tenerse muy presentes en la elaboración de programas preventivos.

Mientras que los técnicos, investigadores, expertos, etc. siguen trabajando por conocer cuál es la fórmula más ajustada para prevenir el consumo de drogas, una parte de la sociedad no deja de intoxicarse, con la pretensión de escapar de una realidad que les hace daño, que les duele, que ha desarrollado valores y normas sociales que en poco respeta la pluralidad dimensional de los seres humanos, producto de la cultura que hemos creado, pero también son hijos de la madre naturaleza. No dar respuesta a nuestras necesidades básicas y confundirlas, nos pone en peligro. Es, por tanto, urgente un cambio de dirección en las bases teóricas que guían los programas de prevención en drogodependencias, así como en la aplicación de los mismos.

A pesar de este análisis, es sólo una pequeña parte de la sociedad la que se intoxica perjudicando su salud (física, psíquica y social). La vida es una rueda que sigue girando, muchos son los elementos que nos quedan por conocer, demasiados los interrogantes.

BIBLIOGRAGÍA

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV. (1993). *Investigación-acción participativa, monográfico de Documentación social*, número 92, Madrid, CÁRITAS.

Aguinaga, J. y Comas, D. (1997): *Cambio de los hábitos en el uso del tiempo*. Madrid: INJUVE.

Ajzen, I. (1985). From decisions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckman (Eds.), *Action-control: from cognition to behavior* (pp. 11-36). Nueva York: Springer.

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Homewood, IL: Dorsey Press.

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes an predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Akers, R.L. *et al.* (1979). Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory. *American Sociological Review*, 44, 636-655.

Alcazar, V. Y Canals, A. (1996). El papel de los grupos de usuarios en un proceso de normalización. *Otros programas de reducción de riesgo*. Barcelona: Grup IGIA. Mimeo. Marzo.

Altheide, D.L. y Johnson, J.M. (1994). Criteria for Assessing Interpretive Validity in Qualitative Research. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, California: Sage.

Alvarez, M., *et al.* (1991). La evaluación en los programas de orientación: evaluación del contexto y del diseño. *Revista de Investigación Educativa*, v.9, n.17, pp.49-82.

Álvarez, P. (1991). La coordinación de los programas autonómicos y locales: datos de una investigación. En Grupo Interdisciplinar sobre drogas (GID), *La coordinación institucional* (pp.91-98). Madrid: Fundamentos.

Alvira, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Ander-Egg, E. (1971). *Introducción a las Técnicas de Investigación Social*. Humanitas: Buenos Aires.

Ander-Egg, E. (1980). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: El Cid Editor.

Anguera, M. T. (1986). La investigación cualitativa. *Educar*, 10, 23-50.

Anguera, M.T. (1985). *Metodología de la observación en las ciencias humanas*. Madrid: Cátedra.

- Anguera, M.T. (1989). Innovaciones en la Metodología de Evaluación de Programas. *Anales de Psicología*, 5, 13-42.
- Aragones, T. et al. (1994). *Documento de trabajo sobre "Drogas, legalización y sistema sociosanitario" diciembre*. Barcelona: Grupo IGIA.
- Arana X., y Vega A. (1998). Esquizofrenia de las drogas legales o la cuadratura del círculo: entre la promoción y la prevención. En X. Arana, y I. Márquez, (Coord.), *Agentes sociales ante las drogas*. Madrid: DYKINSON.
- Arana, X. y Márquez, I. (1998). *Los agentes sociales ante las drogas*. Madrid: DYKINSON.
- Atkinson, P.A. (1992). *Understanding Ethnographic Texts*. Newbury Park, California: Sage.
- Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and actino: A social cognitive theory*. Engleworrd Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barberá, A. y Peñalver, P. (1997). *Fuerza de ley. El "Fundamento místico de la autoridad"*. Madrid, Tecnos.
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Bas, E. (1997). Educación en valores y prevención de drogodependencias. Estrategias de intervención. *Educación y valores temas transversales del currículum*. Almería: Centro de Profesores de Almería.
- Bas, E. (2000). *Prevención de drogodependencias, en secundaria. Integración en las Áreas curriculares*. Madrid: Narcea.
- Baselga, E. et al. (1980). *Las drogas*. Bilbao: Ed. Mensajero.
- Bates, R. (1989). *Teoría Crítica de la administración educativa*. Valencia: Universitat, D.L. Servei de Publicacions.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Ministerio del Interior: Madrid.
- Becoña, E. et al., (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Bellver, M.C. y García, R. (1997). Objetivos y estrategias de los programas de prevención escolar y comunitaria nacionales: Una revisión (1985-1994). En J. Escamez (Ed.), *Prevención de la drogadicción* (pp. 115-134). Valencia: Nau Llibres.
- Benney, M. y Hughes, E. (1956). Of Sociology and the Interview: Editorial Preface. *Americam Journal of Sociology*, 62.

- Benson, D. y Hughes, J.A. (1983). *The perspective of ethnomethodology*. Londres: CA: Sage.
- Berelson, B. (1971). *Content Analysis in communication research*. New Yor: Hafner.
- Bergh, B.L. (1989). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Needham Heights, Massachusett: Allyn and Bacon.
- Berk, R. y Rossi, P.H.(1990). *Thin kingabout Program Evaluation*. Londres: Sa Publ.
- Bermejo, E. Y Musito, G. (1987). *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención*. Valencia: Nau Libres.
- Bonal, X. (1997). *Las actitudes del profesorado ante la coeducación : propuestas de intervención*. Barcelona: Graó.
- Botvin, G.J. *et al.*, (1980). Preventing the onset of cogarette smoking through life skills training. *Preventive Medicine*, 9, 135-143.
- Botvin, G.J. *et al.*, (1982). The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. *Preventive Medicine*, 11, 199-211.
- Botvin, G.J. *et al.*, (1989). A cognitive-behavioral approach to sustance abuse prevention: One-year follow-up. *Addictive Behaviors*, 15, 47-63
- Botvin, G.J. *et al.*, (1990). Preventing adolescent drug abuse though a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a three-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 437-446.
- Botvin, G.J. *et al.*, (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA*, 273, 1106-1112.
- Botvin, G.J. *et al.*, (1997). School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6, 5-19.
- Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1992). Adolescent tabacco, alcohol, and drug abuse: Preventing strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.
- Bougon, M., (1983). Uncovering Cognitive Maps. En G., Morgan, *Beyond Methods*. London: Sage.
- Bradbuern, N. y Sudman, S. (1981). *Improving Interview Method*. San Francisco: Jossey Bass.
- Brooks, J.S. *et al.*, (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116, 111-267.

- Burroughs, W. (1997). *Yonqui*. Barcelona: Anagrama.
- Bustelo, M. (1990). La evaluación de programas de intervención comunitaria. *Cuadernos de acción social*, 26, 90-95.
- Calvo, E. (1999). Alcohol y juventud. Patrones actuales de consumo y sugerencias preventivas. En J. A. Morón (Dir.) *Educación para la Salud y Municipio*. Sevilla: Consejería de Salud-Junta de Andalucía, Dirección General de Salud Pública y Participación.
- Castillo, A.J. y Morón, J.A. (2005). Drogas y comunidad. Estrategias de prevención comunitaria de las drogodependencias desde el ámbito local. En A. García y A.M. Sánchez (Eds.), *Educación, drogas y sociedad*. Universidad de Murcia: Murcia.
- Catalano, R.F. *et al.*, (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26, 429-455.
- Chomsky, N. (1991). *Ilusiones necesarias: control de pensamiento en las sociedades democráticas*. Madrid: Prodhufi.
- Cicourel, A. (1982). *El método y la medida en sociología*. Madrid: Ed. Nacional.
- Clandinin, D.J. y Connelly, F.M. (1994). Personal Experience Métodos. En N.K. Denzin, y Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Clark, J. (1989). Opiniones contrapuestas. Toma de decisiones y acción administrativa. En Bates, R. (Ed), *Teoría Crítica de la administración educativa*. Valencia Universitat, D.L.: Servei de Publicacions.
- Clark, N. y McLeroy, J. K. (1995). Creating capacity through health education: what we know and we don' t. *Health Education Quarterly*, 22, 273-289.
- Colás, P. (1986). La metodología cualitativa en el estudio de cuestiones educativas. *Cuestiones Pedagógicas*, 4-5, 79-91.
- Colás, P. (1992a). La evaluación de programas desde la perspectiva crítica. Comunicación presentada al *II Simposio Internacional sobre Teoría Crítica e Investigación-Acción*. Valladolid, 2-4 de Marzo.
- Colás, P. (1992b). El análisis de datos en la metodología cualitativa. *Revista de Ciencias de la Educación*, 102, 521-539. Octubre-Diciembre.
- Colás, P. (1994). La metodología cualitativa en España. Aportaciones científicas a la educación. *Bordón*, 46 (4), 407.
- Colás, P. (1998). El análisis cualitativo de datos. En L. Buendía y otros: *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. Madrid: Mc Grau-Hill.
- Colas, P. y Buendía, L. (1992). *Investigación Educativa*. Sevilla: Alfar.

- Colás, P. y Rebollo, M.A. (1993). *Evaluación de programas. Una guía práctica*. Sevilla: Kronos.
- Comas, D. (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- Comas, D. (1987). Drogas: el mito del paraíso perdido. En *Culturas y drogas*, Catálogo de la exposición del Museo Etnológico Nacional. Madrid: Ministerio de Cultura.
- Comas, D. (1990). *El síndrome de Haddock. Alcohol y drogas en enseñanzas medias*. Madrid: MEC.
- Comas, D. (1992). La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención. *Adicciones*, 4,15-24.
- Comas, D. (1994). *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los 90*. Madrid: Instituto de la Juventud. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Comas, D. (1995). *Los Jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Comas, D. (1996). Representación social y estrategias sobre drogas: el caso español. En VV.AA., *Aprender y cambiar: Balance y perspectiva del futuro de la intervención sobre drogas en España* (pp 73-95). Barcelona: Itaca.
- Comas, D. (1998). Hitos en la construcción de un referente operativo para la prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar. En Grupo Interdisciplinar sobre Drogas, *Estudios e Investigaciones*, FAD: (<http://www.fad.es/estudios/index.htm>).
- Comas, D. (2001). *La evaluación de programas de ocio alternativo de fin de semana*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Comisión Interinstitucional sobre Drogodependencias (1990). *Plan Tribunal de Drogodependencias 1990-1992*. Bilbao: Gobierno Vasco.
- Cormier, D. (1990). *Toxicomanies: styles de vie*. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- Costa, M. y López, E. (1989). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Dabbs, J.R. et al. (1982). *Varieties of Qualitative Research*. London: Sage.
- De Miguel, A. (Coord.) (1994). *La sociedad española 1993-94*. Madrid: Alianza.
- Delors, J. et al. (1996). Educació: Hi ha un tesor amagat a dins. *Informe a la UNESCO de la Comissió Internacional sobre Educació per al segle XXI*. Barcelona: Centre UNESCO de Catalunya.

- Denzin, N.K. (1978). *The Reseca Art*. Mc Graw-Hill: New York.
- Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (Eds.) (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Domínguez, J. L. (1995). Drogas y subjetividad. Siervos, drogados y apaleados u otras historias (para no dormir-se).. En I. Muñagorri, *Protección de la seguridad ciudadana*. Oñati: Inst. Internacional Social Jurídica.
- Donaldson, S.L., Graham, J.W. y Hansen, W.B. (1994). Testing the generalizability of intervening mechanism theories: Understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 195-216.
- Donmoyer, R. (1992). *The forms and functions of qualitative research in the United States*. Comunicación presentada en la reunión anual de la American Educational Research Association. San Francisco.
- Donovan, J.E. (1996). Problem-behavior theory and the explanation of adolescent marijuana use. *Journal of Drug Issues*, 26, 379-404.
- Donovan, J.E., Jessor, R. y Costa, F.M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: A replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 762-765.
- Eco, U. (1993). *Cómo se hace una tesis: técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. Barcelona: Gedisa.
- Edwards, G. y Arif, A. (1981). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Ginebra: OMS.
- Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain*. París: Calmann-Lévy.
- Elliot, D.S. et al. (1989). *Múltiple problem youth: Delinquency, substance use, and mental health problems*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Elliott, D.S. et al. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Elzo, J. E. et al. (1994). *Drogas y escuela V*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Elzo, J. et al., (1996). *Escuela y drogas*. Victoria: Gobierno Vasco.
- Erickson, F. (1986). Qualitative Methods in Research on Teaching. En M.C. Wittrock (Ed.), *Handbook of Research on Teaching*. New York: Mac Millan.
- Escámez, J. (1990). Directrices para la elaboración de programas preventivos en drogodependencias. En J. Escames (ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención* (pp. 193-208). Madrid: Dykinson.

- Escámez, J. (Dir.) (1990). *Drogas y Escuela. Una propuesta de intervención*. Madrid: Dykinson.
- Escohotado, A. (1995). Conjeturas y Experiencias. En L. Pantoja y L. Guridi, *Drogas, Desarrollo y Estado de Derecho*. Bilbao: Universidad de Deusto
- Escohotado, A. (1996). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Evans, R. (1976). Smoking in children: Developing a social psychology strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5, 122-126.
- Fabregas, J. (1988). *Psicoterapia de las drogodependencias. La creación de un paradigma. La toxicomanía, sujeto, objetivo y pretexto*. Madrid: Espax.
- Farley, J. et al. (1985). Reconceptualization of vocational education program evaluation. Universidad de Ohio.
- Fermoso, P. (1994). *Pedagogía Social*. Barcelona: Herder.
- Fernández Sierra, J. y Santos Guerra, M. A. (1992). *Evaluación cualitativa de programas de Educación para la Salud*. Málaga: Aljibe.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992a). Valoración de programas. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.) *Introducción a la Evaluación Psicológica*, 2, (pp. 473-503). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992b). A model for planning evaluation research. In J. Mayne, M. L. Bemelmans-Videc, J. Hudson & R. Conner (Eds.) *Advancing Public Policy Evaluation: Learning from International Experiences* (pp. 205-213). Amsterdam: Elsevier.
- Fernández-Ballesteros, R. (Ed.) (1995). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research. Addison-Wesley: Reading, MA.
- Flay, B.R. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology*, 4, 449-488.
- Flay, B.R. y Petraitis, J. (1995). Aspectos metodológicos en la investigación de medidas
- Fox, D. (1980). *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: EUNSA.
- Frankl, V. E. (1979). *La idea psicológica del hombre*. Madrid: Rialp.
- Funes, J (1996). *Drogas y Adolescentes*. Madrid: Aguilar.

- Gamella, J.F. y Álvarez, A. (1999). *Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Barcelona: Ariel.
- García Losada, J. (1998). *Ponencias de las III Jornadas sobre prevención Municipal de las drogodependencias*. Ayuntamiento de Alcorcón. Madrid (Fuenlabrada).
- García Más, M.P. (1988). *Consumo de sustancias tóxicas en la tercera edad*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (Instituto Nacional de Estudios Sociales).
- García Matilla, E. (1990). *Subliminar, escrito en nuestro cerebro*. Madrid: Bitácora.
- García, A. (1992). *La Pedagogía Social en su contexto*. Barcelona: PPU.
- García, A. (1993). Servicios Sociales y participación ciudadana. *Revista de Pedagogía Social*, (8), Marzo, 33-39.
- García, A. (1996). El modelo evaluativo de la Investigación-Acción. En J. L. Rodríguez Diéguez y F. J. Tejedor Tejedor (Eds.), *Evaluación educativa. I. Evaluación de los aprendizajes de los alumnos*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- García, A. (1997). La escuela y la exclusión. En J.R. Bueno (Dir.), *Exclusión e intervención social*. Valencia: Nau Llibres.
- García, A. (1998). Educación para la salud y drogas: hacia un cambio de enfoque. *Pedagogía social*, 1, (Segunda Época), 59-69.
- García, A. (1998a). Educación para la salud y drogas: hacia un cambio de enfoque. *Pedagogía social*, (1) Segunda Época, 59-69.
- García, A. (1998b). La Investigación-Acción como marco de referencia de la Intervención social. En J.R. Bueno y A. García (Coords.), *La construcción del conocimiento en Trabajo Social* (pp. 8-53). Valencia: Nau Llibres.
- García, A. (1998c). Educar y promover la salud: dimensiones sociales de las 'Escuelas promotoras de salud'. En A. García (Coord.), *Claves de Educación para la salud* (pp. 57-78). Murcia: DM
- García, A. (1998d). Educación para la salud y desarrollo de la comunidad. En A. Escarbajal (Coord.), *La Educación Social en marcha*. Valencia: Nau Llibres.
- García, A. (1998e). Educación para la salud y comunidad. En J.A. Morón Marchena (Dir.), *Educación para la salud y Municipio* (pp. 31-45). Dos Hermanas (Sevilla): Ayuntamiento de Dos Hermanas (Sevilla)/Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía.
- García, A. (2000). Educación para la salud y elementos socioculturales de la alcoholización. *Anales de Pedagogía*, (18), 111-124. Murcia.

- García, A. (Coord.) (1998f). *Claves de Educación para la Salud*. Murcia: Diego Marín.
- García, A. y Benito, J. (1996a). La Educación para la Salud en el contexto de la Reforma educativa. *Pedagogía Social*, (14), Diciembre, 135-145.
- García, A. y Benito, J. (1996b). Educación, familia y democracia. *Surgam*, 2ª Época, Año XLVII, (441). Septiembre-Octubre, 25-40.
- García, A. y Benito, J. (1996c). Familia y Educación. La integración de lo sociocomunitario. *La Cristalera*, (6), 23-27.
- García, A. y Benito, J. (2000). Educación para la salud y coste social de la droga. *Surgam*, Segunda época, año LI, 13-19.
- García, A. y Escarbajal, A. (1997). Educación para la salud en la perspectiva del bienestar. En J. Sáez (Coord.), *Transformando los contextos sociales: la educación en favor de la democracia*. Murcia: DM.
- García, A., Sáez, J. y Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- García, A y Sánchez, A.M. (2005). *Drogas, Sociedad y Educación*. Murcia: Universidad de Murcia.
- García, P. (1991). Propuesta de un modelo de intervención para el cambio de actitudes y tratamiento ante el consumo de drogas. Programa de evaluación e intervención en Educación Especial. En *VIII Jornadas de Universidades y Educación Especial*. A Coruña (pp. 359-374).
- García-Rodríguez, J.A. y López Sánchez, C. (1998). *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias*. En Ortiz, M.A., *Estrategias de Prevención Comunitaria*. Madrid: Síntesis.
- Gavidia, V. y Rodes, M. J. (1998). La escuela saludable, la transversalidad y los centros escolares promotores de la salud. *Bordón*, 50(4).
- Gibson, (1972). Notes on administration and philosophy. *Journal of Educational Administration*, 10 (2), 119-127.
- Gil, J. (1994). *Análisis de datos cualitativos. Aplicaciones a la investigación educativa*. Barcelona: PPU.
- Gimeno Sacristán, J. (1992). El curriculum: ¿Los contenidos de la enseñanza o un análisis de la práctica?. En J. Gimeno Sacristán y A. Pérez Gómez, *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid: Morata.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies fir Qualitative Research*. Chicago: Adine Press.

Goetz, J.P. y Lecompte, M.D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo de investigación educativa*. Madrid: Morata.

González Lucini, F. (1994). *Temas transversales y Áreas curriculares*. Madrid: Aluada.

González Lucini, F. (1997). Educación en valores y transversalidad: Un reto para la educación contemporánea. En M.I. Serrano (Coord.), *La Educación para la salud del siglo XXI comunicación y salud* (pp. 113-119). Madrid: Díaz Santos.

González Requena, J. (1992). *El discurso televisivo: espectáculo de la postmodernidad*. Madrid: Cátedra.

González, A. y Sáez, J. (1988). Limitaciones del modelo tecnológico en la evaluación de programas de Animación Sociocultural. *Anales de Pedagogía*, 6.

González, C., Funes, J., González, S., Mayol, I. y Romaní, O. (1989). *Repensar las drogas*. Barcelona: Grup IGIA.

Goodman, A. y Gilman, A. (1981). *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Buenos Aires: Medicina Panamericana.

Gorman, D.M. (1996). Etiological theories and the primary prevention of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 505-520.

Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

Granado, O. (1991). La coordinación institucional y la participación social en un marco territorial. En Grupo Interdisciplinar sobre drogas (GID), *La coordinación institucional* (pp. 91-98). Madrid: Fundamentos.

Greene, W.H. y Simons-Morton, B.G. (1989). *Educación para la salud*. México: Interamericana.

Grignon, R. y Rochon, A. (1985). *Le plan d'évaluation de P.O.U.S.S.I.N.* Montréal: Département de Santé Communautaire. Cité de la Santé de Laval.

Gross y Humphreys (1985). *Evaluating interuention programs*. Columbia University, New York: Teachers College Press

Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) (1997). *Reducción de la demanda de drogas. Prevención del abuso de drogas en España*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) (2000). *Impulso de la participación municipal en drogodependencias: documento base*. Madrid: GID.

Guba, E. G. (1985). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En A. Gimeno (Ed.), *La enseñanza, su teoría y su práctica* (pp. 148-165). Madrid: Akal.

Guba, E.G. y Lincoln, Y.S. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks, California: Sage.

Guba, E.G. y Lincoln, Y.S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative research. En Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S., (Eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage.

Hansen, W.B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7, 403-430.

Hargreaves, A. (1998). La renovación de la escuela en la era Postmoderna. *Kikiriki*, 49, 16-24.

Harner, M. J. (1976). *Alucinógenos y chamanismo*. Madrid, Ed. Labor.

Hawkins, J.D. et al. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64- 105.

Hawkins, J.D. y Weis, J.G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.

Heim, R. (1958). *Les champignons hallucinogènes de México*. Paris: Editions du Museum National d'Histoire Naturelle.

Henerson, M. (1987). *How to measure altitudes*. London: Sage.

Herbig, J (1983). *El final de la civilización burguesa*. Barcelona: Grupo Editorial Grijalbo.

Hermán, J. (1987). *Evaluator's handbook*. London: Sage.

Holsti, O.R. (1968). Content Analysis. En G. Lindsey, y Aronson, *The handbook of social psychology*. II. Reading Mass, Addison Wesley.

Hopkins, D. (1985). *La investigación en el aula. Guía del profesor*. Barcelona: PPU

Huba, G.J. y Bentler, P.M. (1982). A developmental theory of drug use: Derivations and assessment of a causal modeling approach. En P.B. Baltes y O.G. Brim (Eds.), *Lifespan development and behavior* (pp. 147-203). Nueva York: Academic Press.

Hutchinson C, (1959). *La lógica de la investigación científica*, Madrid: Tecnos.

Ibáñez, J. (1985). Análisis sociológico de texto o Discursos. *Revista Internacional de Sociología*, 43.

IGIA (1995). *Los estudios de las drogas en España en la década de los ochenta: Hacia un modelo de interpretación*. Barcelona: en prensa.

Izquierdo, M^a J. (1984). *El problema de la clasificación en las Ciencias Sociales. El problema de la clasificación mujer/varón*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.

Jacob, E. (1988). Clarifying qualitative research: A focus on traditions. *Educational Researcher*, 77(1), 16-24.

Jervis, G. (1977). *La ideología de la droga y la cuestión de las drogas ligeras*. Barcelona: Cuadernos Anagrama.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605

Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D.E. Rogers y E. Ginzburg (Eds.), *Adolescent at risk: Medical and social perspectives* (pp. 19-34). Boulder, CO: Westview Press.

Jessor, R. *et al.*, (1990). Personality, life chances, and adolescent health behavior: An application of Problem-Behavior Theory. En K. Hurrelmann y F. Lösel (Eds.), *Health hazards in adolescence*. Hawthorne, Nueva York: Adline.

Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.

Jessor, R. y Jessor, S.L. (1980). A social-psychological framework for studying drug use. En D. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

Jodelet, D. (1984). Représentation sociales: phénomènes, concept et théorie. En S. Moscovici, *Psychologie sociale*. París: PUF.

Johnson, C.A., *et al.* (1990). Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 447-456.

Kandel, D.B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. En D. J. Lettieri, M. Sayers y H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives* (pp. 120-127). Rockville, MD: Nida Research Monograph 30.

Kandel, D.B. (1982). Epidemiological and psychological perspectives on adolescent drug use. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 328-346.

Kandel, D.B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.

Kandel, D.B. *et al.*, (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A Developmental Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 3(2), 133-140.

Kaplan, H.B., Martin, S.S. y Robins, C. (1982). Application of a general theory of deviant behavior: Self-derogation and adolescent drug use. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 274-294.

Kaplan, H.B., Martin, S.S. y Robins, C. (1984). Pathways to adolescent drug use: Self-derogation, peer influence, weakening of social controls, and early substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 270-289.

Krippendorff, K. (1980). *Metodología del análisis de contenido*. Barcelona: Paidós. 1990.

Kröger, C.H., Winter, H. y Shaw, R. (1998). *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias*. Lisboa: OEDT.

Krohn, M.D. *et al.* (1996). Reciprocal causal relationships among drug use, peers, and beliefs: A five-wave panel model. *Journal of Drug Issues*, 26, 405-428.

Kumpfer, K.L. y Turner, C.W. (1990-1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal of Addictions*, 25, 435-463.

Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G., y Janik-Konecny, T. (1994). Expert Report on Primary Prevention of Substance Abuse. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Köln.

LaBarre, W. (1938). Native American Beers. *American Anthropologist*, 40, 224-234.

Lamo de Espinosa, E. (1983). Contra la nueva prohibición: los límites en derecho penal en materia de tráfico y consumo de estupefacientes. *Bol. Inf. M° de Justicia*, 1, 303.

Lavouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.

Lesourne, O. (1984). *Le grand fumeur et sa passion*. París: PUF.

Lettieri, D.J., *et al.* (Ed.) (1980). *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives*, Research Monograph 30. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Lévi-Strauss, C. (1964) *El pensamiento salvaje*. México: F. de Cultura Económica.

- Lévi-Strauss, C. (1979) *Antropología Estructural II*. México: Siglo XXI.
- Lincoln, Y. (1985). *Effective Evaluation*. San Francisco, CA.: Jossey-Bass.
- Lincoln, Y. et al. (1985). *Organizational Theory and Inquiry*. Beverly Hill: Sage.
- Lincoln, Y. y Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Lofland, J. y Lofland, L.H. (1984). *Analyzing Social Setting*. Belmont, California: Wadsworth.
- López Ibor, J. J. (1976). *Alienación y nenúfares amarillos*. Barcelona: Dopesa.
- López-Aranguren, E. (1996). El análisis de contenido. En M. García, J. Ibáñez y K. Alvira, *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 461-492). Madrid: Alianza.
- Luce, R. et al. E. (1995). *Análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia en la atención de la salud: principios, práctica y potencialidades*. México: Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica.
- Luengo, M.A., Otero, J.M., Mirón, L. y Romero, E. (1995). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Santiago: Xunta de Galicia.
- Madsen, J.S. (1986). *Alcoholismo y farmacodependencia*. México: D.F.
- Magri, N. (1996). El debate socio-sanitario. En *Workshop Los agentes sociales ante el fenómeno de las drogas*. Oñati: Inst. Internacional Social Jurídica
- Manming, P.K. y Cullum-Swan, B. (1994). Narrative Content and Semiotic Analysis. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln, (Eds.) *Handbook of Qualitative Research* (pp. 463-479). Thousand Oaks, California: Sage.
- Marcelo, C. (1992b). Dar sentido a los datos: la combinación de perspectivas cualitativa y cuantitativa en el análisis de entrevistas. En C. Marcelo (coord.), *La investigación sobre formación del profesorado: métodos de investigación y análisis de datos* (pp. 13-48). Argentina: Cíncel.
- Marcelo, C. (Coord.) (1992a). *La investigación sobre formación del profesorado: Dar sentido a los datos: la combinación de perspectivas cualitativa y cuantitativa en el análisis de entrevistas*. En C. Marcelo (coord.), *La investigación sobre formación del profesorado: métodos de investigación y análisis de datos* (pp. 13-48). Argentina: Cíncel.
- March, M. (1997). Criterios y elementos metodológicos para la evaluación de programas de prevención de las drogodependencias. *Pedagogía Social*. 1º(2ª Época), 115-141.

Marchioni, M. (1994). *La utopía posible. La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales*. La Laguna-Tenerife: Benchomo.

Marchioni, M. (1998). Intervención global en drogodependencias. *Ponencias de las III Jornadas de Prevención Municipal de la Drogodependencia*. Fuenlabrada (Madrid).

Marchioni, M. (1999). *Comunidad, participación y desarrollo*. Madrid: Ed. Popular

Marcuse, H. (1969). *An Essay on Liberation*. Londres: Penguin.

María Moliner (1966). *Diccionario de Uso del español*. Madrid: Credos

Márquez, I. (1996). El negocio del Siglo Vs discurso oficial. En X. Arana, R. Del Olmo, *Normas y culturas en la construcción de la "cuestión droga"*. Barcelona: Hacer.

Márquez, I. (Coord.) (1994). *Las Drogas, de ayer a mañana*. Madrid: Talasa.

Márquez, B. et al. (1992). *Proyecto de evaluación del programa de orientación laboral comunitaria implementado en la comunidad chabolista de -El Vacie- (Sevilla)*. Dirigido por la Dra. Pilar Colas Bravo. Universidad de Sevilla. Sin publicar.

Martí, O. (1980). Economía política de la droga (I). *Monthly Review*, (Sección española) (12), 50-52.

Martí, O. (1988). *Informe sobre la drogodependencia*. Barcelona: Partit dels Comunistes de Catalunya (PCC).

Martí, O. (1996). Pensar la dependencia y no la droga: reflexiones a caballo de los mitos de Sisifo y el del niño que quería vaciar el mar con una concha. En X. Arana, R. Del Olmo (Comps.), *Normas y culturas en la construcción de la cuestión droga*. Bcelona: HACER

Martí, O. (1998). Obstáculos derivados de la vida cotidiana y del pensamiento cotidiano que dificultan la prevención de las drogodependencias. En X. Arana y I. Markez (coord.), *Agentes sociales ante las drogas*. Madrid: Dykinson.

Martín, E. (1991). Reflexiones y propuestas desde una perspectiva municipal. En Grupo Interdisciplinar sobre drogas (GID), *La coordinación institucional* (pp. 91-98). Madrid: Fundamentos.

Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la prevención por objetivos. En E. Becoña, I. Salazar y A. Rodríguez (Eds.), *Drogodependencias IV. Prevención* (pp.51-73). Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

Martín, E. (1997). La prevención en España hoy: Propuestas de consenso institucional, técnico y social. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 67-84), Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

- Martín, M. (1989). Visión del mundo y uso de la información en los jóvenes. *Estudios de Juventud*, 33. Ministerio de Cultura, INJUVE, Madrid.
- Martínez, A. *et al.* (1990). Una evaluación de programas de intervención en las instituciones de menores de Valencia. *Revista de Investigación Educativa*, 8(16), 325-331.
- Mateo, J. (1990). La toma de decisiones en el contexto de la evaluación educativa. *Revista de investigación Educativa*, 8(16), 95-112.
- Mateo, J. (1991): *El proceso evaluativo*. Material inédito no publicado.
- McKinney *et al.* (1985). *Critical evaluation for vocational education*. Universidad de Ohio.
- Megías, E (Dir.) (2000b). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Fundación “la Caixa”.
- Megías, E. (1992). Evaluación de los dispositivos asistenciales. En XX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, *Avances en drogodependencias III*. Córdoba: 319-329.
- Megías, E. (1996). Drogas y medios de comunicación social. *Revista Toxicodependencias*, 2, (3), 69-74.
- Megías, E. (Coord.) (2000a). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: FAD.
- Mendel, G. (1977). *La descolonización del niño*. Madrid: Ariel.
- Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos*, 46.
- Merton, R.K. (1964). *Teoría y estructura social*. México: FCE.
- Mezirow, J. (1994). El aprendizaje transformativo en el centro de trabajo. En F. Palazón, y M. Tovar (Compil.), *I Jornadas de formación ocupacional y educación permanente* (pp. 65-85). Murcia: FOREM.
- Midkiff, R.M. y Burke, J.P. (1987). An action research strategy for selecting and conducting program evaluations, *Psychology in the Schools*, 24, 135-144.
- Míguez, H. A. (1998). *Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Miles, M.B. y Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Newbury Park, CA: Sage.
- Mitchell, M. y Jolley, J. (1992). *Research design explained* (2nd ed.). Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich.

- Mollenhauer, K. (1986). Conflictos y situaciones conflictivas en la adolescencia a la luz de la Pedagogía Social. *Revista de Pedagogía Social, 1*.
- Monera Olmos, M.L. (1985). La formación de los animadores en el ámbito no formal: nuevas perspectivas en didáctica. *Cuestiones pedagógicas, 2*, 197-208.
- Moskowitz, J.M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literatura. *Journal of Studies on Alcohol, 50*, 54-87.
- Muñoz-Ortiz, M. y Ansorena, A. (1987). *La evaluación de contexto en hogares funcionales*. Madrid: Fundación Banco Exterior.
- Neri, A. (1987). *Salud y Política Social*. Buenos Aires: Hachette.
- Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre las drogas. Las drogas y la educación*. París: UNESCO.
- Núñez, I. (1993). Ciencia y Post-utopía. En *Después de las utopías* (Actas de las reuniones de la asociación interdisciplinar "José Acosta", Vol. XIX. Madrid: UPCO.
- Nutbeam, D. (1997). Indicators of Adolescent Health: Expanding the framework for assessing health status among young people. *Promotion and Education, IV(4)*, December, 10-14.
- O'Hare, P. A. et al. (1995). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup IGIA.
- Oetting, E.R. y Beauvais, F. (1986a). Clarification of peer cluster theory; A response to Peele, Cohén, and Shaffer. *Journal of Counseling and Development, 65*, 29-30.
- Oetting, E.R. y Beauvais, F. (1986b). Peer cluster theory: Drugs and the adolescent. *Journal of Counseling an Devetopment, 65*, 17-22.
- Oetting, E.R. y Beauvais, F. (1987). Peer clusier theory, socialization characteristics, and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 205-213.
- OMS (1981). Evaluación de los programas de salud: Normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud. *Salud para todos, 6*, Ginebra: OMS.
- OMS (1983). Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud. *Informes técnicos, 690*.
- OMS (1986a). *Carta de Ottawa para la Promoción de la salud*. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS.
- OMS (1986b). *Objetivos de la estrategia regional europea de la salud para todos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- OMS (1993): *La Red Europea de Escuela Promotoras de Salud*. Copenhague: Oficina
- OMS (1995). *A picture of health: a review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Ginebra: OMS.
- OMS (1997a). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI*. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS.
- OMS (1997b). *Conference Resolution. The Health-Promoting School; An Investment in Education, Health and Democracy. 1st Conference of the European Network of Health-Promoting Schools*. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS.
- OMS (1998). *Declaración de Atenas sobre las Ciudades Saludables*. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS.
- Orte Socias, C. (1997). El maltrato entre iguales: análisis y propuestas de intervención. En Comunicación presentada al *XII Seminario Interuniversitario de Pedagogía Social*, Universidad de Deusto, Bilbao.
- Palacios, D. (Dir.) (2001). *Manual para la Elaboración de Planes Municipales sobre Drogas*. Madrid: Federación Española de Municipios (FEMP).
- Palacios, F.A.; Fuetes, J.C., y Cabrera, J. (2001). *Las drogas: tópicos, luces y sombras*. Madrid: Debate.
- Parlett, M. y Hamilton, D. (1976). La Evaluación como Iluminación. En Gimeno, J. y Pérez. A (1989). *La Enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal Universitaria.
- Patton, M.Q. (1980). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Peiró R. (1996). Los grupos de discusión en el entorno sanitario. *Quaderns de Salut Pública i Administració de Serveis de Salut*, 8. Valencia: Institut Valencia de Estudis en Salut Pública.
- Pérez Gómez, A. (1983). Modelos contemporáneos de evaluación: En J. Gimeno y A. Pérez Gómez (Eds), *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal Universitaria
- Pérez Juste, R. (1991). Evaluación de programas de orientación. *VII Encuentro Estatal de Pedagogía 'Pedagogía y Orientación en la Reforma*. Albacete.
- Pérez Serrano, G. (1984). *El análisis de contenido en la prensa*. Madrid: UNED.
- Pérez-Campañero, M. P. (1991) *Cómo detectar las necesidades de intervención socioeducativa*. Madrid: Narcea.
- Perry, C.L. (1986). Community-wide health promotion and drug abuse prevention. *Journal of School Health*, 56, 359-363.

Perry, C.L. y Kelder, S.H. (1992). Models for effective prevention. *Journal of Adolescent Health, 13*, 355-363

Petratis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin, 117*, 67-86.

Pitman, M.A. y Maxwell, J.A. (1992). Applications of qualitative and Ethnographic Research. En M.D. LeCompte W.L. Millroy y J. Preissle (Eds.), *The Handbook of Qualitative Research in Education*. San Diego, CA: Academic Press.

Pitz y Mckillip (1984). *Decision Analysis for Programs Evaluators*. Berveriy Hill. California: Sage.

Plan Nacional sobre Drogas (1985). *Plan Nacional sobre drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan Nacional sobre Drogas (1996). Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas (1996). *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Ministerio de Interior y Justicia. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Plan Nacional sobre Drogas (1998). *Observatorio Europeo sobre drogas I*. Madrid: Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas (1999). *Memoria 1998*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.

Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia Nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Secretaria General Técnica.

Plan Nacional sobre Drogas (2003). *Memoria 2001*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.

Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Memoria 2003*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.

Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Plan de acción 2005-2008. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas

Poirier, J. (Dir.) (1990). *Histoire des mœurs. I. Les coordonnés de l'homme et de la culture matérielle*. París: Gallimard.

Polaino Lorente, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.

Pollar, J.A., et al. (1997). *Development of a school- based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent populations*. Manuscrito pendiente de publicación.

Pozo, M.T. et al. (1990). Evaluación de un programa de intervención en educación ambiental. La investigación-acción como estrategia de comunicación del medio natural. *Revista de Investigación Educativa*, 8(16), 315-328.

Quintana, J.M. (1986). *Investigación participativa: Educación de adultos*. Madrid: Narcea.

Renaud, M. (1991). The future: Hygeia Versus Panakeia?. *Population Health Program*. Canadian: Institute for Advanced Research, October.

Restrepo, P., Arribas, M. y Torrego, J.M. (1990). *Evaluación del trabajo resultados*. Madrid: Consejería de Integración, Comunidad Autónoma de Madrid.

Rodríguez Conde, M.J.(1998). *Proyecto Docente*. Inédito

Rodríguez, C. et al. (2000). Reflexiones sobre la vejez en el mundo contemporáneo miradas desde el principio de autonomía. *En Actas de las Jornadas Argentinas e Iberoamericanas de Bioética*. Asociación Argentina de Bioética, La Plata, 4-6 noviembre.

Rodríguez, E. (1995). *Actitudes de los adolescentes de Castilla la Mancha ante las drogas*. Toledo: Junta de Comunidades.

Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Aljibe: Málaga.

Rodríguez, L. y Hernández, L. (1994). *Investigación participativa*. Madrid: CIS.

Rodríguez, M. et al. (1989). La familia del toxicómano desde el abordaje sistémico. *Comunidad y drogas*, 1, 87-103.

Rodríguez-Martos, A., Torralba, LL. y Vecino, C. (1996). Decideix! Programa prevención del abuso de drogas en enseñanza secundaria: La experiencia de Barcelona. *Adicciones*, 8 (2), 127-148.

Romaní, O. (1999). *Las Drogas Sueños y Razones*. Barcelona: Editorial Ariel.

Roski, J. Peri, C. L. y McGovern, P. G. (1997). School and community influences on adolescents alcohol and drug use. *Health Education Research*, 12 (2), 255-266.

- Rudner, R.S. (1966). *Philosophy of social science*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Ruiz, J.I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Rundell, T.G. y Bruvold, W.H. (1988). A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs. *Health Education Quarterly*, 15, 317-334.
- Rutman, L. (1977). *Evaluation research method: A basic guide*. Beverly Hills: Sage
- Sáez, J., Escarbaja, A., García, A. y Campillo, M. (1999). *Cuentos pedagógicos, relatos educativos*. Diego Marín: Murcia.
- Salazar, I. (1996). Las drogodependencias desde la perspectiva antropológico-cultural. *Psiquiatría*, VIII (1), 27-32.
- San Martín, H. (1980). *Salud y enfermedad*. México: La prensa médica mexicana.
- Sánchez Pardo, L. (1994). *Evaluación de la efectividad de los programas de prevención de atención a drogodependientes en la empresa*. Madrid: Mapfre Medicina.
- Sánchez, A.M. (2002). *Hacia un nuevo discurso social en prevención de drogodependencias desde la Educación para la salud*. Tesina de Licenciatura. Universidad de Murcia (Inédita).
- Sanz Oro, R. (1990). *Evaluación de programas de orientación educativa*, Madrid: Pirámide.
- Sarlet-Gerken, A.M. (1996). *Salud, Medio-Ambiente, Tolerancia y Democracia: La Transversalidad Educativa*. Murcia: D.M.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Madrid: Paidós.
- Schutz, A. (1964). *Collected Papers II*. La Haya: Nijhoff.
- Schvandt, T.A. (1993). Theory for the moral sciences: Crisis of identity and purpose. En D.J. Flinders y G.E. Mills (Eds.), *Theory and Concepts in Qualitative Research* (pp. 5-23). Nueva York: Teachers College Press
- Scriven, M. (1984). Evaluation Ideologies. En Connor R.F. et al. (Eds), *Evaluation studies review annual*(9). Beverly Hills, C.A.: Sage.
- Serrano, M. I., (1990). *Educación para la salud y participación comunitaria*. Madrid: Editorial Díaz de Santos, S.A.
- Serrano, M. I., (1997). *La Educación para la salud del siglo XXI comunicación y salud*. Madrid: Díaz.
- Serrano, F.J., Fuentes, P, Hernández, F. E Iglesias, E. (1993). *Análisis de Contenido y Análisis Transaccional: dos métodos aplicados al estudio de los graffiti*. Barcelona: PPU/DM.

- Sher, K.J. (1991). *Children of alcoholics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Sidman, M. (1978). *Tácticas de investigación científica*. Barcelona: Fontanella.
- Sierra, F. (1992). Evaluación en prevención. En XX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, *Avances en drogodependencias III*. Córdoba: 331-344.
- Sierra, R. (1985). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Simons, R.L. et al. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 18, 293-315.
- Sissa, G. (2000). *El placer y el mal. Filosofía de la droga*. Barcelona: Península.
- Soto, J. (Coord.) (2001). *Prevención en drogas*. Vigo: ASETIL: Educación de calle.
- Spradley, J.P. (1979). *The ethnographic interview*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Stake, R. (1994). Case Studies. En N.K. Denzin e Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 236-247). Thousands Oaks, CA: Sage Publications.
- Stake, R. (1998). *Investigación con Estudio de Casos*. Madrid: Morata.
- Stufflebeam, D. y Skinkfield, A. (1987). *Evaluación sistemática: Guía teórica y práctica*. Madrid: Paidós/M.E.C.
- Sussman, S. (1989). Two social influence perspectives on tobacco use development and prevention. *Health Education Research*, 4, 213-223.
- Sutherland, E. (1937). *The professional thief*. Chicago: University of Chicago Press.
- Talmage (1982). Evaluation of Programs. *Encyclopedia of Educational Research*. New York, McHollan.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Tejedor, F.J. (1990). Perspectiva metodológica del diagnóstico y evaluación de necesidades en el ámbito educativo. *Revista de Investigación Educativa*, 8(6), 15-37.
- Tesch, R (1991). Software for Qualitative researchers: Analysis Needs and Program Capabilities. En N.G. Fielding. y R.M. Lee (Eds.), *Using Computers in Qualitative research*. London: Sage.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research: analysis types and software tools*. London: The Falmer Press.

- Thomas de Quincey (1984). *Confesiones de un ingles comedor de opio*. Madrid: Alianza
- Toffler, A. (1980): *La tercera ola*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Tort Raventós, LL. (2000). Estrategias didácticas para la adquisición de valores. *Rev. Española de Pedagogía, año LVIII, septiembre-diciembre, 217*, 515-542.
- Trinidad, A. (Dir.) (2003). *Evaluación diagnóstico de los Planes Autonómicos sobre Drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Turabián, J. L. (1997). Modelos de salud positiva para una nueva generación de profesionales de la salud: más allá de la enfermedad. *Humana, 1*, (5), noviembre, 20-22.
- Tyler, R.W. (1942). General statement on evaluation. *Journal of Educational Research*, 35, 492-501.
- Tyler, R.W.; Gagne, R. y Scriven, M. (1967). *Perspectives of curriculum evaluation*. Chicago, Rand McNally.
- Van Dijk, T.A. (1985). *Handbook of discourse analysis*. London: Academic Press.
- Van Maanen, J. (1985). The factof fiction in organizationa! ethnography. En J. Van Maanen (Ed), *Qualitative methodology* (pp. 37-55). Beverly Hills: Sage Publications.
- Vega, A. (1986). *Los educadores ante las drogas*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco.
- Vega, A. (1993). *La acción social ante las drogas. Propuestas de intervención socioeducativa*. Madrid: Narcea.
- Vega, A. (1995). Droga como problema social. En *I Congreso Nacional de la Asociación Proyecto Hombre: ponencias, comunicaciones y talleres* (pp. 45-51). Madrid: Proyecto Hombre.
- Vega, A. (1997). Alcohol en los medios de comunicación: la presión para su consumo-abuso. *Comunicar, (9)*, 105-110.
- Vega, A. (1998). *Cómo educar sobre el alcohol en la escuela*. Salamanca: Amaru.
- Villasante, T. (1995). De los movimientos sociales a las metodologías participativas. En Delgado, J.M. y Gutiérrez, J., *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis.
- Visauta, B. (1989). *Técnicas de investigación social. I: Recogida de datos*. Barcelona: PPU.
- VV.AA. (1991). *Los jóvenes y las drogas*. Sevilla: Consejo de la Juventud de Andalucía. Grupo de Trabajo de Drogas.

- Waldron, H.B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome: A review of randomized trials. En T.H. Ollendick y R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 19, pp. 199-234). Nueva York: Plenum.
- Weber, M. (1958). *Ensayos sobre metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Weis, C. (1978). *Investigación Evaluativo*. México: Trillas.
- Werch, C.E., Meers, B.W. y Hallan, J.B. (1992). An analytic review of 73 college-based drug abuse prevention programs. *Health Values*, 16, 38-45.
- Whitty, C. (1985). *Sociology and school Knowledge*. Londres: Methuen.
- Wholey, J. S. (1977). Evaluability assessment. In L. Rutman (Ed.), *Evaluation research methods: A basic guide*. Beverly Hills: Sage.
- Windle, M. et al. (Ed.) (1990). *Children of alcoholics: Critical perspectives*. New York: GUILFORD PRESS.
- Wolcott, H.F. (1992). Posturing in qualitative research. En M.D. LeCompte, W.L. Millroy y J. Preissle (Eds.), *The Handbook of Qualitative Research in Education* (pp. 3-52). Nueva York: Academic Press.
- Worthen, B.R. y Sanders, J.R. (1987): *Educational Evaluation. Alternative approaches and practical guidelines*. London: Longman Inc.
- Worthen, B.R. y Sanders, J.R. (1988). *Educational Evaluation. Alternative approaches and practical guidelines*. London: Longman Inc.
- Young, I Y Williams, T. (1989). Informe del grupo escocés de Educación para la salud. OMS (<http://www.mec.es/cide/>).

ANEXOS

ANEXO I

GUIÓN ORIENTATIVO PARA REALIZAR LAS ENTREVISTAS

ENTREVISTA INFORMANTES CLAVE

En el marco del Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Universidad de Murcia se está realizando un estudio de investigación de tesis sobre los Planes Municipales de drogodependencias y su impacto social y educativo. La entrevista es completamente anónima. Su colaboración es de gran importancia para el desarrollo de la investigación. Muchas gracias

2. Cargo que ocupa en el organismo del Plan Municipal de drogodependencias:

3. Municipio para el que trabaja:

4. Sexo:

- **Definición del Plan Municipal de drogodependencias**

5. ¿En qué año se realiza el primer Plan Municipal de drogodependencias en la localidad?

6. ¿Cómo surgió la necesidad de realizar el Plan Municipal de drogodependencias en la localidad y que factores fueron más determinantes en su puesta en marcha?

7. ¿Se han realizado en el localidad actividades previas al Plan Municipal de drogodependencias relacionadas con la prevención del consumo de drogas?

8. En caso afirmativo, ¿podría describirnos las más relevantes? ¿Se siguen realizando o han sido sustituidas o integradas por el Plan Municipal de drogodependencias?

9. ¿Cómo definiría *grosso modo* el Plan Municipal de drogodependencias?

10. ¿Ha cambiado su repercusión y su importancia con el tiempo? ¿En qué sentido?

- **Objetivos y Coordinación para la ejecución del Plan Municipal de drogodependencias**

11. ¿Cuál es el objetivo general del Plan Municipal de drogodependencias?

12. ¿Cree que responde a las necesidades sobre las que se planificó?

13. ¿Qué entidades (instituciones, asociaciones, etc.) locales participan en la elaboración de la planificación del Plan Municipal de drogodependencias?

14. ¿Qué entidades (instituciones, asociaciones, etc.) locales participan en la puesta en marcha del Plan Municipal de drogodependencias? ¿Quién ha participado en la fase de planificación?

15. ¿Qué grado de implicación asumen estas entidades?
16. ¿Cree que es suficiente la implicación por parte de estas entidades?

Estructura y ámbitos de intervención del Plan

17. ¿En qué partes se ha estructurado el Plan?
18. ¿Cree que sería necesaria otra estructuración a la vista de la experiencia adquirida?
19. ¿Cuáles son los ámbitos de actuación sobre los que se trabaja en el Plan Municipal de drogodependencias?
20. ¿Por qué se han elegido esos y no otros?

- Puesta en marcha del Plan Municipal de drogodependencias

21. ¿Ha sido fácil o difícil su puesta en marcha? ¿A qué se ha debido?
22. En cuanto a la necesidad de intervención ¿existe un único punto de vista sobre la elaboración y ejecución del Plan? ¿Quién tiene la decisión final?
23. ¿Cómo se detectó la de la necesidad de intervención?
24. ¿Tiene noticias de otras intervenciones similares en la actualidad que se estén llevando a cabo o estén previstas? ¿Consideran coordinarlas con el Plan? ¿Qué beneficios obtendrían o han obtenido?

- Destinatarios de la intervención del Plan

25. ¿A qué sector de la población va dirigido el Plan Municipal de drogodependencias?
26. ¿Qué actuaciones se realizan con la población general?
27. ¿Qué actuaciones se realizan con los padres?
28. ¿Qué actuaciones se realizan con los profesores?
29. ¿Qué actuaciones se realizan con los alumnos?
30. ¿Qué actuaciones se realizan con los empresarios?
31. ¿Qué actuaciones se realizan con los trabajadores?
32. ¿Qué actuaciones se realizan con los niños?
33. ¿Qué actuaciones se realizan con los jóvenes?

34. ¿Qué actuaciones se realizan con los adultos?
35. ¿Se interviene con otros colectivos, por ejemplo minorías o grupos de inmigrantes?
36. ¿Qué características reúnen los destinatarios del Plan Municipal de drogodependencias?
37. ¿Tiene datos sobre el nivel de participación de los destinatarios del Plan? ¿Cuáles son? ¿A través de qué medios han accedido a conocerlos?
38. ¿A cuántas personas se prevé alcanzar o se ha alcanzado ya con las actuaciones del Plan Municipal de drogodependencias?
39. ¿Conocen el nivel de satisfacción de los destinatarios de la intervenciones del Plan? ¿Cómo lo definiría? ¿A través de qué medios han accedido a conocerlos?
40. ¿Cómo están respondiendo éstos ante el Plan?
41. ¿Se realizan actuaciones específicas con los centros educativos?¿Cuáles? ¿Qué características tienen estos centros, privados, públicos?
42. ¿Cómo están respondiendo éstos ante el Plan?

- Temporalización

43. ¿Para cuanto tiempo está previsto que se mantengan los Planes Municipales de drogodependencias?
44. ¿Cree que es suficiente el tiempo previsto actualmente para la ejecución del Plan Municipal de drogodependencias para que se alcancen los objetivos propuestos en él?

- Métodos

45. ¿Qué medios utilizan para difundir y hacer llegar el Plan a la población o poblaciones destinatarias del mismo?
46. ¿Son suficientes los medios empleados (materiales y humanos) para llevar adelante el Plan?

- Recursos

47. ¿Cuál es el presupuesto con el que cuenta el Plan y quién lo financia?
48. ¿De qué otros recursos se dispone? (p. ej., personas, organizaciones, salas, materiales, etc.)

- **Evaluación**

49. ¿Se realiza evaluación del Plan?
50. ¿Si existe tal evaluación se utilizan los resultados en la elaboración del siguiente periodo del Plan?
51. ¿Quién realiza la evaluación del Plan?
52. ¿Cómo se hace? ¿Qué instrumentos se utilizan?
53. ¿Durante qué periodo se realiza?
54. ¿Es una evaluación continúa o final?
55. ¿La evaluación la realizan técnicos externos al Plan o internos?
56. ¿Qué puede dificultar la aplicación o la evaluación? (barreras)
57. ¿Se prevé la realización de una evaluación de la puesta en marcha del Plan? ¿Quién es encargado de realizarla? ¿de qué recursos se disponen para llevarla acabo?
58. ¿Se prevé la realización de una evaluación de resultados? ¿Quién es encargado de realizarla? ¿de qué recursos se disponen para llevarla acabo?
59. ¿Cuál es su opinión personal sobre el grado de aplicación y los resultados obtenidos por el Plan?
60. ¿Cuál es su valoración general de la puesta en marcha del Plan y sus efectos?

ANEXO II

MATRIZ DE DATOS EXTRAÍDA DE LOS CUESTIONARIOS PASADOS A LOS ALUMNOS

MATRIZ DE DATOS

Caso	Variable 2	Variable 3	Variable 4	Variable 5	Variable 6	Variable 7	Variable 8	Variable 9	Variable 10
Caso 1	Municipio	Curso	Sexo	Edad	Formación	Oído Plan	Sabes Plan	Duración actividades	Continuidad
Caso ...									
Caso 505									

Caso	Variable 11	Variable 12	Variable 13	Variable 14	Variable 15	Variable 16	Variable 17	Variable 18	Variable 19
Caso 1	Impartido por	Horario	Asignatura	Tabaco y Alcohol	Medicamentos	Marihuana	Pastillas	Coca/Heroína	Decir no
Caso 505									

Caso	Variable 20	Variable 21	Variable 22	Variable 23	Variable 24	Variable 25	Variable 26	Variable 27	Variable 28
Caso 1	Otros	Gustaría otros temas	Tema	Gustan actividades	Propones otras	Actividades propuestas	Ayuda la formación	No consumo	Daño Salud
Caso 505									

Caso	Variable 29	Variable 30	Variable 31	Variable 32	Variable 33	Variable 34	Variable 35	Variable 36	Variable 37	Variable 38
Caso 1	Consumes	Tabaco	Marihuana	Alcohol	Diseño	Cocaína	Otras	Amigos	Razones	Continuidad
Caso 505										

ANEXO III

REDUCCIÓN DE LOS PLANES MUNICIPALES DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS PARA EL ANÁLISIS DE CONTENIDOS

CATEGORIZACIÓN DE LOS PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS

MUNICIPIOS: Murcia, Lorca, Mancomunidad del Sureste, Jumilla y Yecla

CATEGORÍAS:

- Necesidad de realizar el Plan
- Objetivos del Plan
- Coordinación y Participación del Plan
- Estructura y Ámbitos de acción
- Actividades Preventivas versus destinatarios
- Recursos
- Evaluación

I. NECESIDADES QUE CONDUCEN A REALIZAR EL PLAN MUNICIPAL

MUNICIPIO: Murcia

I.1 Por qué se realiza

Pág.: 17-18

“La incidencia que el consumo/abuso de drogas tiene sobre la población joven y su relación con determinados estilos de vida, sobre todo en lo que hace referencia a las "drogas legales" (alcohol y tabaco), sus patrones de consumo y su acceso a ellas a edades cada vez más tempranas, debe generar una actitud de reflexión y vigilancia permanente que conlleve dar una respuesta desde las distintas administraciones, donde el Ayuntamiento, por ser la más imbricada en el tejido social, no puede ni debe quedar al margen.

Esto supone dotar a este Plan Municipal de un contenido donde los recursos y competencias de las distintas áreas empujen en una misma dirección y con un hilo conductor que suponga una serie de actuaciones comunes, en las que la prevención y la reinserción constituyen el eje preferente dentro del marco de competencias municipales.

Pretendemos, por tanto, proponer un Plan que, además de recoger los objetivos generales marcados por los Planes Nacional y Autonómico, se apoye básicamente en programas y actuaciones que, o bien se están llevando a cabo por distintas áreas municipales, o bien se cuenta con la infraestructura para poner en marcha otros que puedan elaborarse y que se mencionan en este documento”.

MUNICIPIO: Lorca

Pág.: 3

Las drogodependencias representan un problema de primer orden en cuanto a las consecuencias sociales y de salud para nuestra población. Para su abordaje se hace necesario potenciar la intervención coordinada de las diferentes instituciones públicas con competencias en la materia, junto con las acciones emprendidas desde la iniciativa del voluntariado social.

El Ayuntamiento de Lorca, por acuerdo de Pleno de fecha 8 de abril de 1994, dotó a nuestro municipio de un Plan Local sobre Drogas. Este documento ha servido como marco de actuación así como un intento de coordinar esfuerzos ante un fenómeno siempre complejo y cambiante como es el de las drogodependencias.

Transcurridos seis años de vigencia, se hace necesario la elaboración de un nuevo plan que se adecué al nuevo marco normativo con que cuenta nuestra Región en materia de drogodependencias, fundamentalmente, la Ley 6/1997 de 22 de octubre sobre "drogas para la prevención, asistencia e integración social" y el Plan Regional sobre Drogas 1998-2000. Se pretende, además que sirva como un instrumento válido para dar respuesta a las nuevas sustancias, hábitos y formas de consumo de drogas”.

MUNICIPIO: Mancomunidad del Sureste

Pág.: 7

“En materia de prevención de la marginación en general y de las drogodependencias, en particular, la Administración Local tiene un papel fundamental por diversas razones: encontrarse próxima al ciudadano y, en consecuencia, ser conocedora de la realidad municipal. Pero también acerca con mayor facilidad los servicios y recursos a aquellos colectivos a los que se destinan las acciones, en el caso de este Plan, a niños y jóvenes fundamentalmente, aunque sin olvidar la orientación en materia de educación de padres y docentes ni la participación activa en educación de adultos”.

MUNICIPIO: Jumilla

Pág.: 18

“... este Plan surge porque se detecta que es prioritario dotar de una estructura a todas las actuaciones y proyectos preventivos que se venían realizando por la Concejalía de Servicios Sociales en colaboración y/o en coordinación con otras entidades de la comunidad”.

“... que permita un planificación más a largo plazo, la previsión y dotación de los instrumentos y medios presupuestarios, humanos y técnicos necesarios. Todo ello para garantizar la eficacia de la política municipal en materia de drogodependencias, así como dar estabilidad”.

“También nace de la necesidad de coordinar, integrar e impulsar todas aquellas acciones que se desarrollan en el municipio, tanto en el ámbito preventivo, como asistencial y de integración social de las personas con problemas”.

“... el Ayuntamiento de Jumilla, por las competencias que tiene asumidas tanto en materia de Servicios Sociales como de Sanidad... quiere que sea un paso para rentabilizar los recursos e impulsar las actuaciones desde la complementariedad”.

MUNICIPIO: Yecla

Pág.: 11

“4.- Diagnostico preliminar de la respuesta social - hipótesis que orientan las propuestas de actuaciones:

- Variedad de administraciones, instituciones y colectivos, que pretenden incidir en el fenómeno local de las drogodependencias, lo que puede revertir en duplicidad, actuaciones puntuales o y sin continuidad, falta de profundidad y en definitiva, falta de rentabilidad.
- Objetivos y actuaciones convergentes, susceptibles de "unificarse" en busca de una mayor rentabilidad de recursos y esfuerzos.
- Realidad social en cuestión de adicciones, que justifica la adopción de medidas coordinadas y sostenidas .
- Existencia de un Plan Regional, y predisposición y acuerdo Municipal que hacen prever la posibilidad de actuaciones serias y sostenidas”.

1.2. ESTUDIOS PREVIOS A LA REALIZACIÓN DEL PLAN

MUNICIPIO: Murcia

Pág.: 25-26

“Los datos que exponemos a continuación proceden de:

- Estudio del C.I.S. (Centro de Investigaciones Sociosanitarias) (1994) sobre "Opiniones y comportamiento de los españoles ante el consumo de drogas, tabaco y alcohol".
- Encuesta escolar sobre drogas (1994) de CUANTEH, para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Estudio sobre características sociológicas de las drogodependencias en la Región de Murcia, realizado por IMES, por encargo de la Dirección General de Bienestar Social.
- Diagnóstico de Salud del Municipio de Murcia (1995) (relación entre el consumo/abuso de drogas y estilos de vida)”.

MUNICIPIO: Lorca

Pág.: 10

“El municipio de Lorca no cuenta con un estudio específico sobre consumo de drogas. Los datos disponibles se refieren a los casos admitidos a tratamiento por consumo de diferentes sustancias psicoactivas en la Unidad de Drogodependencias del Centro de Salud Mental de Lorca, así como los obtenidos a través del Sistema de Información en Toxicomanías de la Comunidad Autónoma de Murcia. SITCAM. (1998-1999)”.

MUNICIPIO: Mancomunidad del Sureste

Pág.: 13

“Según el análisis de la situación sobre consumo de drogas de la población escolarizada, en la Región de Murcia, presentado en el Plan Regional sobre Drogas 1998-2000, podemos resumir las tendencias actuales en cuanto a consumo:...”

MUNICIPIO: Jumilla

Pág.: 11

“- INDICADORES DE SALUD SOBRE EL CONSUMO EN EL MUNICIPIO.

Los datos que existen de nuestro municipio sobre la situación del consumo y abuso tanto de drogas legales como ilegales están basados en la información obtenida de los Servicios Centrales de Epidemiología en referencia a los datos del SEIT del año 1998.

Así tenemos que en el año 1998 según el SITCAM:...”

MUNICIPIO: Yecla

Pág.: 6 y 9

“Sistema de Información sobre Toxicomanías año 1998, ... El análisis previo de la realidad se basa en los datos objetivos anteriormente descritos, procedentes de los Servicios adscritos al Servicio Murciano de Salud, y básicamente centrados en el consumo de opiáceos, cocaína y alcohol”

2. OBJETIVOS DEL PLAN

2.1. Definición de los objetivos

MUNICIPIO: Murcia

Pág.: 44

“OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS

- Reducir el consumo de drogas y los riesgos asociados al mismo.

- Facilitar la asistencia integral de los afectados.
- Promover la integración social de los drogodependientes.
- Potenciar la coordinación entre las distintas administraciones y entidades, para incidir sobre las causas y consecuencias del fenómeno”.

MUNICIPIO: Lorca

Pág.: 15

“OBJETIVOS GENERALES.

El Plan Local sobre Drogodependencias del Municipio de Lorca, hace suyos los objetivos generales establecidos en la Ley Regional sobre Drogas:

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
2. Reducir los riesgos y consecuencias del consumo de drogas.
3. Informar adecuadamente a la población sobre las drogas que puedan generar dependencia y de las consecuencias de su consumo.
4. Aumentar las alternativas y oportunidades para adoptar modos de vida más saludables.
5. Intervenir sobre las condiciones sociales que inciden en el consumo de sustancias capaces de generar dependencia
6. Disminuir la presencia, promoción y venta de drogas en nuestro municipio”.

MUNICIPIO: Mancomunidad del Sureste

Pág.: 25

“OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

OBJETIVOS GENERALES.

- Prevenir el consumo de alcohol y tabaco en niños y jóvenes.
- Concienciar a la población adulta de las consecuencias del abuso de alcohol y tabaco en todos los ámbitos.
- Propiciar un "clima" social cada vez más favorable a la Salud y de rechazo hacia las drogas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Promover Programas Integrales de Prevención Escolar de las Drogodependencias, desde la perspectiva de Educación para la Salud, mediante la implicación de padres, profesores y alumnos.

- Proporcionar la formación suficiente a padres y profesores para el desarrollo de dichos programas.
- Dotar a los centros Docentes de los recursos materiales y humanos necesarios para el desarrollo de los mismos.
- Apoyar el tratamiento de los temas de prevención de dro-godependencias, en el curriculum de materias transversales y tutorías del Sistema Educativo.
- Potenciar actividades de ocio y tiempo libre para niños y adolescentes, dentro del marco de Educación para la Salud.
- Divulgar información sobre las consecuencias del alcohol y el tabaco en la vida familiar, laboral y social, en medios de educación de Adultos, Garantía Social y Talleres Ocupacionales.”

MUNICIPIO JUMILLA:

Pág.: 28

“6.- FINES y 7.- OBJETOS DEL PLAN

Los fines de este Plan Municipal de Drogodependencias son:

- Sentar las bases e integrar todas las iniciativas y actuaciones de los distintos agentes que intervienen en la prevención, la atención y la integración social, impulsando la implicación y corresponsabilidad de las instituciones y la iniciativa social.
- Procurar la eliminación de los factores que propician el consumo y abuso de drogas legales e ilegales, así como reducir el alcance de la problemática social y sanitaria asociada a ese consumo y abuso.

ÁMBITO DE PREVENCIÓN:

1. Favorecer la educación y promoción de la salud, educando en valores, en capacidad crítica, en actitudes y hábitos saludables, y fortaleciendo los factores de protección del abuso de drogas.
2. Priorizar las actuaciones e intervenciones en la infancia, jóvenes, familia y en las situaciones de riesgo.
3. Fomentar la responsabilidad e implicación de los ciudadanos, asociaciones y entidades en los programas y en la ejecución de las actuaciones preventivas.
4. Coordinar los esfuerzos y actuaciones de las diferentes entidades públicas y privadas y asociaciones para conseguir una intervención unificada en prevención.

ÁMBITO ASISTENCIAL:

1. Facilitar la atención de la población con problemas de abusos o dependencias de drogas legales e ilegales.
2. Mejorar la coordinación entre los recursos de atención a personas con problemas de drogodependencia.
3. Favorecer la creación de grupos de auto-ayuda de personas toxicómanas y de familiares.

ÁMBITO DE INTEGRACIÓN SOCIAL

1. Promover la integración social de los drogodependientes mediante medidas de sensibilización, educativas, de empleo y de relación con el entorno”.

MUNICIPIO Yecla:

Pág.: 13-17

Objetivos del prevención:

8. Retardar la edad de inicio y experimentación con sustancias o actividades adictivas
9. Incidir especialmente en el desarrollo de los colectivos sociales en los que confluyan factores de riesgo
10. Proporcionar medios que faciliten el desarrollo integral de la personalidad de la población infantil y juvenil, como base de una mejor capacidad de elección y de resistencia a la presión de grupo
11. Propiciar el desarrollo de una cultura joven “paralela” y alternativa a las pautas de ocio y tiempo libre que implican el consumo de drogas
12. Promover el desarrollo coordinado de alternativas de ocio y tiempo libre.
13. Promover la sensibilidad y espíritu de cooperación en la comunidad, en la que cada individuo puede ser modelo de referencia y agente de cambio.
14. Hacer que la oferta y consumo de drogas legales se ajuste estrictamente a la legalidad vigente.

Objetivos asistenciales y de reducción de riesgos:

4. Optimizar la oferta asistencial especializada actual a personas que han desarrollado adicciones
5. Promover el desarrollo de procesos asistenciales complementarios en materia de adicciones (tanto a sustancias legales como ilegales) a través de los recursos normalizados, evitando la estigmatización social de las personas afectadas.
6. Reducir los riesgos para la salud de las personas drogodependientes y sus convivientes

Objetivos de desintoxicación y deshabituación:

5. Potenciar los procesos de desintoxicación ambulatoria, como paso previo a procesos de reinserción
6. Apoyar esos procesos de desintoxicación ambulatoria con programas ocupacionales de día
7. Potenciar el mantenimiento del asociacionismo y estructuras sociales de apoyo familiar e individual a los procesos de deshabitación ambulatoria, especialmente en el caso del alcohol.
8. Potenciar el desarrollo de estrategias terapéuticas alternativas en aquellos casos que lo requiera (Programa de metadona, programa de mantenimiento con antagonistas opiáceos, tratamientos de patología dual, etc.

Objetivos de reinserción social:

3. Disponer de una oferta estable laboral y/o prelaboral como forma más efectiva de lograr la aceptación y reinserción social
4. Propiciar el funcionamiento de grupos o movimientos asociativos de apoyo en ese proceso.

3. COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN Y EN LA PUESTA EN MARCHA DEL PLAN

MUNICIPIO: Murcia

Pág.: 91

3.1. Entidades que participan en la Elaboración

3.2. Entidades que participan en la puesta en marcha

“- Coordinador/a del Plan Municipal sobre Drogodependencias con las funciones de:

- Programar en el sentido de establecer criterios y directrices a seguir para la elaboración de programas concretos del plan.
- Organizar el trabajo del personal administrativo y las reuniones y aportaciones de los distintos comités, comisiones y grupos de trabajo existentes en torno al plan.
- Supervisar la ejecución de los programas.
- Coordinar a las personas que participen en la elaboración y ejecución material de los distintos programas.
- Control y valoración de las actuaciones realizadas.
- Administrativo, con las funciones de:
 - Gestión administrativa de proyectos.
 - Administración y control de facturas derivadas de los programas.
 - Archivo administrativo, correspondencia, etc.

Como instrumento para un mejor ejercicio de la actividad de coordinación del plan y con la función primaria de reunir a una serie de personas que garanticen que determinadas acciones o decisiones no se opongan a otras, sino que tengan en cuenta los distintos elementos, aspectos, puntos de vista, sugerencias, experiencias diferentes e iniciativas de los trabajadores municipales que pondrán materialmente en práctica las acciones propuestas desde el Plan Municipal sobre Drogodependencias, se propone la creación de una estructura técnica:

- Comité de elaboración y seguimiento de programas:
 - Coordinador/a del Plan Municipal de Drogas con las funciones descritas.
 - Técnicos que en la actualidad representan a los Servicios de Bienestar Social, Sanidad y Familia, Educación, Empleo, Cultura, Juventud y Deportes, con las tareas de:

- Asistir al coordinador/a en sus funciones.
- Redactar programas específicos de acción.
- Estudiar y establecer sistemas de control y valoración de programas.

Con el fin de contar con un técnico de enlace en todas las Concejalías que puedan estar implicadas en el desarrollo del plan y que forme parte ocasionalmente en grupos de trabajo, dependiendo de que el programa concreto a realizar en cada momento afecte a su Concejalía, se propone la existencia de una

- Comisión técnica:
 - Comité de Elaboración y Seguimiento de Programas.
 - Representantes de las Concejalías implicadas en el desarrollo del plan.

Entendemos la coordinación del plan como un recurso imprescindible para poner en marcha los distintos programas, que nace de la necesidad de aunar esfuerzos y medios, tanto técnicos como humanos, que van hacia un mismo objetivo y con la idea de integralidad en las acciones y el que prevalezca un mismo mensaje a la hora de abordar el problema de las drogodependencias.

El hecho de que sea una cuestión sobre la que inciden distintas iniciativas tanto desde instituciones privadas como públicas exige un esfuerzo de coordinación entre todas ellas que posibilite el alcanzar el mayor grado de eficacia y eficiencia en las distintas actuaciones. Será, por tanto, necesario establecer tres niveles de coordinación:

- Intrainstitucional: Utilización de los distintos recursos de las diversas áreas municipales, tratando de conectar las actuaciones que se realizan sobre la comunidad: Bienestar Social y Familia, Sanidad, Educación, Cultura, Empleo, Deportes, Policía Local, etc.
- Interinstitucional: Convenios, colaboraciones, etc., con otras instituciones: I.N.E.M., M.E.C., A.P.A.S., asociaciones, clubes, Comunidad Autónoma, Delegación del Gobierno, entre otros.
- Iniciativa privada: Mediante subvenciones a proyectos y/o actividades concretas, establecimiento de convenios, colaboraciones etc.: empresas, entidades, etc.

MUNICIPIO: Lorca

Pág.:

No se especifica en el Plan, si se hace mención a un Consejo asesor cuya función es de coordinación con el objetivo de asesorar y promover las actuaciones del Plan, en éste aparecen los estatutos por los que se rige”

MUNICIPIO: Mancomunidad del Sureste

Pág:

No se hace mención ha este apartado

MUNICIPIO: Jumilla

3.1. Entidades que participan en la Elaboración

Pág.: 7 y 8

“En la elaboración y redacción del borrador del PLAN o documento para debate:

Este grupo esta formado por una comisión de las personas que han participado en el grupo promotor. Esta constituido por 6 técnicos:

- 1 Trabajadora Social del Centro de Servicios Sociales y Responsable del Programa de Prevención de Drogodependencias (Ma José Cifuentes Cánovas).

- 2 Trabajadoras Sociales del Centro Local del Empleo para Mujeres y Jóvenes (Ma Dolores Martínez Morales y Ma Jesús López Jiménez).
- 1 Trabajadora Social de la Asociación de Minusválidos Físicos de Jumilla, AMFIJU (Feli Alonso García).
- 1 Psiquiatra del Centro de Salud Mental (Francisco Pérez Crespo).
- Como asesor y supervisor del PLAN un Técnico en Drogodependencias del Ayuntamiento de Murcia (Asensio López Santiago).

Este grupo esta formado por las personas que han participado en la Jornadas de elaboración del "I PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS", organizado por la Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Jumilla.

Las mismas iban dirigidas a los miembros de la Mesa de prevención de drogodependencias constituida por representantes de los grupos políticos, técnicos del Ayuntamiento y de Entidades y representantes de asociaciones y colectivos de Jumilla. Así como a representantes de otras entidades y asociaciones que no forman parte de la Mesa.

Los miembros de este grupo promotor son: Concejal de Servicios Sociales, Sanidad y Consumo, Concejala de Festejos, Concejal de Juventud, 2 Trabajadoras Sociales del Centro Local de Empleo para Mujer y Juventud, 1 Técnico de la Concejalía de Juventud, el Jefe de la Policía Local, 1 Trabajadora Social del Centro de Servicios Sociales y responsable del Programa de Prevención, 1 Profesora de Garantía Social, 1 Psiquiatra del Centro de Salud Mental, 1 Pedagogo del E.O.E.P., 1 Orientador del Instituto Arzobispo Lozano, 1 alumna en prácticas del Centro de Servicios Sociales, 1 Trabajadora Social de la Asociación AMFIJU, 1 Trabajadora Social voluntaria de Cruz Roja, 1 representante de la Asociación de Cultura, Ocio y Tiempo Libre de los Mayores, 1 representante de USO, el presidente de la Asociación de Vecinos del Barrio de San Juan, 1 representante de la Asociación de Separados y Divorciados, el responsable de Protección Civil y 1 trabajador de un medio de comunicación.

En el estudio y presentación de sugerencias:

Los Grupos Políticos de Gobierno: P.S.O.E. e I.U. y el Grupo Político de Oposición: P.P.; organizaciones sindicales: UGT, CCOO y USO; los medios de comunicación locales; 5 Asociaciones de Mujeres; 10 AMPAS; 13 Asociaciones de Vecinos (5 del casco urbano y 8 de pedanías); 2 Asociaciones de Discapacitados; 8 Asociaciones de Interés Social; 6 Asociaciones Juveniles; 1 Asociación de Inmigrantes; 9 Asociaciones y Clubes de la Tercera Edad; Asociaciones empresariales y agrarias; 8 Colegios, 2 Institutos de Enseñanza Secundaria y 1 Centro Integrado de Formación y Experiencias Agrarias; 30 Asociaciones Deportivas; 20 Asociaciones Culturales, etc.”

3.2. Entidades que participan en la puesta en marcha

Pág.: 22

El Plan se estructura en los siguientes órganos:

5. Coordinación: Con funciones de gestión, coordinación, impulso y seguimiento de las actuaciones del Plan, dependiente de la concejalía de Servicios Sociales y Sanidad.

6. Mesa consultiva: Con funciones informativas, de propuestas y difusión de actuaciones. Formada por representantes de la iniciativa social, administración y grupos políticos. Realizando reuniones cuatrimestrales (enero, mayo, septiembre) y con posibilidad de convocatorias extraordinarias en casos de necesidad.
7. Comisión técnica: con funciones de diseño de programas, establecimiento, coordinación del Plan, y técnicos de:
 - Cruz Roja
 - Centro Local de Empleo
 - AMFIJU
 - Concejalía de Juventud
 - Centro de Salud Mental

Con reuniones trimestrales, y en casos de actuaciones o propuestas puntuales convocatoria extraordinarias

8. Comisión política: Con las funciones de toma de decisiones, dotar de recursos al Plan, fomentar la coordinación de distintas concejalías implicadas.

MUNICIPIO: Yecla

3.1. Entidades que participan en la Elaboración

Pág.: 19

IX.- PROCESO DE INSTAURACIÓN DEL PLAN:

El desarrollo e implantación del plan, implica al menos las siguientes fases:

1. -Propuesta técnica: Que se elaborará con la colaboración directa del Servicio Murciano de Salud y del Concejal Delegado de Sanidad y Servicios Sociales.
2. -Estudio, adaptación y propuesta definitiva del plan por la Comisión Municipal de Sanidad y Servicios Sociales, previa consulta de las diferentes áreas Municipales relacionadas.
3. -Aprobación Municipal: por el pleno del Ayuntamiento.
4. -Presentación a los agentes sociales y fase de adhesiones: Este proceso conllevará la presentación del Plan de manera individual a los principales organismos que guardan relación con la prevención, asistencia o reinserción en materia de adicciones a nivel local, formalizándose individualmente las adhesiones que tengan lugar.
5. -Constitución del consejo local sobre adicciones: La citada formalización de adhesiones conllevará la designación de representantes que constituirán el Consejo Local sobre adicciones.
6. -Configuración de los programas anuales de actuaciones locales en materia de adicciones, que integrará la programación municipal, las posibles actuaciones conjuntas desde varios ámbitos, así como actuaciones particulares planteadas desde los agentes implicados.

3.2. Entidades que participan en la puesta en marcha

Pág.: 18

VIII.- ÓRGANOS y MEDIOS DE FUNCIONAMIENTO:

Para su adecuado funcionamiento y coordinación, se propone la estructuración del Plan en los siguientes órganos de funcionamiento:

1.- Comisión Municipal sanidad y Servicios Sociales, que previa consulta a las diferentes áreas municipales que puedan estar relacionadas (Sanidad, Servicios Sociales, Cultura, Juventud, Deportes, Policía) será la encargada de la elaboración definitiva y propuesta del Plan Local de Drogodependencias, así como de la revisión y propuesta anual de actuaciones del Ayuntamiento en el marco del Plan local.

2.- Consejo Local de drogodependencias y adicciones: Integrado por representantes del Ayuntamiento, y de las diversas instituciones que hayan formalizado la adhesión al Plan. Su funcionamiento se desarrollará reglamentariamente, y sus funciones serán:

El estudio y conocimiento de datos acerca de la realidad local en materia de adicciones, recursos asignados, etc.

La elaboración conjunta de propuestas de actuación desde los diversos ámbitos, con carácter trianual.

La revisión anual de resultados, y propuesta de adaptaciones y modificaciones.

Para su mayor agilidad y funcionamiento, podrá a su vez estructurarse en:

3.- Comisiones técnicas de trabajo, que tendrán una estructura más reducida y eminentemente práctica, encargadas del estudio y seguimiento en profundidad de aspectos concretos del Plan. (Prevención desde el ámbito educativo, sanitario, apoyo a la asistencia, reinserción, etc.).

4. ESTRUCTURA Y ÁMBITOS DE ACCIÓN

MUNICIPIO: Murcia

8.1. ESTRUCTURA DEL PLAN

8.2. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Pág.: 47-85

“Prevención, Asistencia e Inserción-Reinserción”

MUNICIPIO: Lorca

4.2.ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Pág.: 16-36

“Prevención, Asistencia e Inserción”

MUNICIPIO: Mancomunidad del Sureste

4.2.ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Pág.: 27-60

En el Plan se han distinguido claramente tres tipos de actuaciones, aunque con una carga eminentemente preventiva. “Programa Escolar de Prevención de las Drogodependencias, Programa de Ocio y Tiempo libre dirigido y Actividades dirigidas al ámbito Labora”.

MUNICIPIO: Jumilla

4.2.ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Pág.: 28

“Prevención, Asistencia y de Integración Social”

MUNICIPIO: Yecla

4.2.ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Pág.: 13-17

“Prevención, Asistencia y Reducción de daños, desintoxicación y deshabituación y Reinserción Social”

ÁMBITO PREVENTIVO

9. ACTIVIDADES PREVENTIVAS VERSUS DESTINATARIOS

9.1. ACTIVIDADES PREVIAS AL PLAN

- 9.2. ACTUACIONES CON PADRES
- 9.3. ACTUACIONES CON PROFESORES
- 9.4. ACTUACIONES CON ALUMNOS
- 9.5. ACTUACIONES CON EMPRESARIOS
- 9.6. ACTUACIONES CON TRABAJADORES
- 9.7. ACTUACIONES CON NIÑOS
- 9.8. ACTUACIONES CON JÓVENES
- 9.9. ACTUACIONES CON OTROS COLECTIVOS

MUNICIPIO: Murcia

5.1. No se especifica

Dirigido a Padres, Profesores y Alumnos Pág.: 54-55

a) **PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS DOCENTES**

Actividades:

Programa de formación al profesorado dirigido a generar procesos de sensibilización frente al problema y de capacitación en el dominio de técnicas de formación/cambio de actitudes.

Realización de un estudio previo sobre las actitudes a los alumnos hacia el consumo de drogas.

Elaboración y aplicación de unidades didácticas y estrategias de Educación para la salud.

Realización de seminarios de información/formación dirigidos a promover en los padres la existencia de modelos adecuados y patrones estables de comunicación padre-hijo importancia de dedicar un tiempo diario común).

Actuaciones dirigidas a fomentar la participación de los padres en las actividades de prevención que el centro educativo desarrolle.

Dirigido a Niños y Adolescentes

b) **ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DEL OCIO DIRIGIDA A NIÑOS Y ADOLESCENTES**

c) **PROGRAMA DE ACTIVIDADES CON INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN CENTROS DE ACCIÓN COMUNITARIA**

Actividades:

Talleres y actividades de animación y tiempo libre orientadas en la línea de Educación para la salud.

Actividades de apoyo escolar y educativo

Actividades de apoyo a la comunidad y al voluntariado

Acciones formativas y de sensibilización sobre la problemática de las drogas dirigidas a monitores y educadores.

d) **PROYECTO DE ACTIVIDADES CON INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN BARRIOS Y PEDANÍAS**

Actividades:

Actividades físico-deportivas
Actividades de expresión dinámica y manual
Actividades de Educación para la salud
Actividades de conservación del medio ambiente
Actividades para el fomento de habilidades sociales
Otras actividades de animación y socialización

e) **PROGRAMA DE DEPORTE EN EDAD ESCOLAR**

Actividades

De carácter deportivo
De carácter utilitario
De naturaleza y aventuras
De carácter recreativo

Dirigido a niños

f) **PROGRAMA DE ANIMACIÓN A LA LECTURA EN LA RED DE BIBLIOTECAS MUNICIPALES**

Actividades

Ampliación del programa a la enseñanza Secundaria Obligatoria
Selección de lecturas orientadas a la formación en valores que conduzca al rechazo del consumo de drogas
Preparación del material didáctico para el profesorado en relación a las nuevas lecturas seleccionadas.
Acciones tendentes a impulsar el uso extraescolar de las bibliotecas en los centros educativos.

Dirigido a Jóvenes

g) **PROGRAMA DE ORIENTACIÓN PARA LA INSERCIÓN LABORAL**

Actividades

Divulgar convenientemente los programas de formación para el empleo en las etapas finales de formación para el empleo en las etapas finales de la Educación Obligatoria, en coordinación con los equipos psicopedagógicos y servicios de asesoramiento de la Consejería de Educación.

Preformación para la inserción laboral

Establecer en los pliegos de condiciones para la contratación de obras municipales una cláusula que induzca a la empresa adjudicataria a integrar un porcentaje mínimo de trabajadores formados en los cursos de promoción de empleo del Ayuntamiento de Murcia

Establecimiento de ayudas municipales para la contratación del colectivo afectado.

Elaboración y difusión de un boletín informativo sobre mediadas de formación y promoción de empleo

Niños y profesores

h) **PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN VALORES A TRAVÉS DEL CINE**

Actividades

Adaptación del programa cinematográfico y proyección de la películas en cines comerciales

Diseño y realización de propuestas didácticas y materiales que ayuden al entendimiento de la obra y a su análisis de cara a la formación de actividades y valores.

JÓVENES

a) **EDUCACIÓN PARA LA SALUD: ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

Actividades

Prevención de las drogodependencias en los jóvenes

Prevención del consumo de tabaco en jóvenes

Prevención del consumo excesivo de alcohol en jóvenes

Actividades de formación y sensibilización de profesionales relacionados con ámbito juvenil

b) **INFORMACIÓN JUVENIL**

Actividades

Servicio de Información Personalizados: asesorías

Red de puntos de información en barrios y pedanías

Red de puntos de información en centros de enseñanza

c) **PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y EL ASOCIACIONISMO JUVENIL**

Actividades

Asesoramiento técnico para el asociacionismo juvenil

Equipamientos municipales de jóvenes

Fondos para la promoción de las asociaciones juveniles

Fondo para la promoción de la participación juvenil para los sectores sociales más desfavorecidos

d) **FORMENTO DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA**

Actividades

Programar espacios urbanísticos adecuados a la práctica deportiva

Favorecer la apertura de los equipamientos deportivos escolares

Promoción del asociacionismo deportivo

Explorar y aprovechar la función terapéutica e integradora del deporte

Incorporación de actuaciones en las que participen deportistas profesionales y reconocidos

Actuaciones de sensibilización dirigidas a clubes deportivos orientadas a la supresión de publicidad.

e) PROGRAMA DE DINAMIZACIÓN CULTURA

Actividades

- Dinamización cultural de los colectivos juveniles
- Certamen Municipal de Crea Joven
- Turismo juvenil

f) INCORPORACIÓN DE CONTENIDOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL PROGRAMA DE GARANTÍA SOCIAL

Actividades

- Estrategias de sensibilización/formación dirigidas a tutores
- Taller de Educación para la salud
- Programación de actividades culturales y deportivas complementarias
- Acciones y campañas encaminadas al fomento del asociacionismo y la participación juvenil

Dirigido a Jóvenes

g) ACCIONES FORMATIVAS E INFORMATIVAS INTEGRADAS EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN DE ADULTOS PARA JÓVENES

Actividades

- Taller de Educación para la salud integrado en los contenidos del Programa formativo de Educación de Adultos.
- Orientación académica y profesional dirigida a la incorporación de estos jóvenes en el mercado de trabajo
- Actuaciones y campañas dirigidas a la promoción de la participación y el asociacionismo juvenil.

h) ACCIONES DE ORIENTACIÓN Y FORMACIÓN PARA LA INSERCIÓN LABORAL

Actividades

- Orientación profesional y preformación.
- Programa de formación profesional ocupacional.
- Apoyo de fomento al empleo.
- Establecimiento de ayudas municipales para la contratación de personas del colectivo afectado.
- Elaboración y difusión de un boletín informativo sobre medidas de formación y promoción de empleo.

i) ACTIVIDADES FORMATIVAS Y DE OCIO INTEGRADAS EN EL PROGRAMA DE CENTROS CULTURALES

Actividades

- Programa de actividades de apoyo al asociacionismo y participación de los jóvenes
- Programas de investigación e intervención sobre el medio ambiente sobre el medio ambiente.
- Programas de actividades de tiempo libre y ocio. Enseñanzas artísticas.
- Programas y actividades de investigación y conocimiento de elementos etnográficos y costumbres culturales valorables.

- j) CERTÁMENES Y CONCURSOS SOBRE TEMAS DE ESPECIAL RELEVANCIA Y FOMENTO DE LA CREACIÓN ARTÍSTICA
- k) ACCIONES DERIVADAS DE LA INCORPORACIÓN DE CONTENIDOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE DROGAS EN CENTROS CULTURALES

ADULTOS

- a) ACCIONES DE ORIENTACIÓN Y FORMACIÓN PARA LA INSERCIÓN LABORAL
Actividades
Programa de orientación profesional y preformación
Programa de Formación Profesional Ocupacional
- b) PROMOCIÓN DEL AUTOEMPLEO
Actividades
Formación, información, orientación y asesoramiento para emprendedores
Concurso de proyectos empresariales
- c) APOYO A LA CONTRATACIÓN
Actividades
Establecer en los pliegos de condiciones para la contratación de obras municipales una cláusula que induzca a la empresa adjudicataria a integrar un porcentaje mínimo de trabajadores formados en los cursos de promoción de empleo del Ayuntamiento de Murcia.
- d) DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN
Actividades
Elaboración y difusión de un boletín informativo sobre medidas de formación y promoción de empleo.
- e) FORMACIÓN, APOYO TÉCNICO Y ECONÓMICO AL ASOCIACIONISMO GITANO
Actividades
Talleres y cursos de formación orientados a la Educación para la salud
Apoyo económico y técnico al asociacionismo gitano
Ayudas familiares de apoyo a la escolaridad
- f) TALLERES DE FORMACIÓN PARA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS DIRIGIDOS A CENTROS DE LA MUJER Y CENTROS DE LA TERCERA EDAD
- g) INCORPORACIÓN DE OBJETIVOS DE PREVENCIÓN DE DROGAS EN LOS PROGRAMAS DE ACTUACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES
Actividades
Promover el proceso de formación y debate con los profesionales de los centros de servicios sociales.

Desarrollar, en determinados barrios y pedanías, un proyecto específico de formación y sensibilización sobre el tema, dirigido a las diferentes instituciones, asociaciones y colectivos de carácter educativo, social, sanitario, policía, etc. y de modo especial a las que se hallan en contacto con menores y jóvenes.

h) INTEGRACIÓN EN EL PROYECTO DE EDUCACIÓN DE ADULTOS DE OBJETIVOS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Actividades

Sensibilización y formación de los educadores de adultos sobre el problema de la drogadicción.

Programa de educación para la salud orientado a la prevención del consumo.

i) ACCIONES DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL MARCO DE BIBLIOTECAS MUNICIPALES

Actividades

Elaboración y difusión de soportes informáticos sobre la drogadicción

Programa de apoyo familiar a la lectura desde el que se aborde, la prevención del consumo de drogas.

Realización de tertulias literarias (libro-forum).

Suministro, a las bibliotecas escolares, de lecturas y otros soportes informativos de apoyo al profesorado, para la elaboración de unidades didácticas de educación para la salud y otras actividades escolares relacionadas con la prevención.

j) ACCIONES FORMATIVAS Y DE OCIO EN EL PROGRAMA DE CENTROS CULTURALES

Actividades

Programas y actividades de apoyo al tejido social

Programas de investigación e intervención sobre el medio ambiente

Actividades de difusión cultural

Actividades dirigidas específicamente a la tercera edad

Programas de actividades de investigación y conocimiento de elementos etnográficos y costumbres culturalmente valorables.

Certámenes y concursos sobre temas de especial relevancia y fomento de la creación artística: literatura, fotografía, artes plásticas, etc.

k) ACCIONES DE LA INCORPORACIÓN DE CONTENIDOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE DROGAS EN CENTROS CULTURALES.

MUNICIPIO: Lorca

5 ACTIVIDADES PREVENTIVAS VERSUS DESTINATARIOS

5.1. ACTIVIDADES PREVIAS AL PLAN

5.2. ACTUACIONES CON PADRES

- 5.3 ACTUACIONES CON PROFESORES
- 5.4. ACTUACIONES CON ALUMNOS
- 5.5. ACTUACIONES CON EMPRESARIOS
- 5.6. ACTUACIONES CON TRABAJADORES
- 5.7. ACTUACIONES CON NIÑOS
- 5.8. ACTUACIONES CON JÓVENES
- 5.9. ACTUACIONES CON OTROS COLECTIVOS

a) COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES DE LOS DISTINTOS SECTORES IMPLICADOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Actividad

Desarrollar actuaciones coordinadas en materia de drogodependencias en el marco del Plan Local

Impulsar la creación de comisiones de trabajo que doten de contenido las actuaciones emprendidas desde el consejo Asesor de las Drogodependencias.

Participantes: Instituciones representadas en el consejo Asesor para las Drogodependencias.

b) DESARROLLO DE MEDIDAS DE REDUCCIÓN DE LA OFERTA DE DROGAS

Desarrollar actuaciones de inspección y, en su caso sancionadoras para el cumplimiento de la Ley 6/1997 de 22 de octubre, sobre “Drogas para la prevención, asistencia e inserción social”

Participantes: Cuerpos y Fuerzas de Seguridad e instituciones representadas en la Junta Local de Seguridad.

c) PROGRAMA: PREVENCIÓN ESCOLAR DEL CONSUMO DE DROGA EN EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA

Programa de prevención para Educación infantil y Primaria “En la huerta con mis amigos”

- o Seminario a profesorado
- o Entrega de material a alumnos
- o Curso de Formación de padres

Destinatarios: Niños, Padres y Profesorado de Educación Infantil y Primaria.

d) PROGRAMA: PREVENCIÓN ESCOLAR DEL CONSUMO DE DROGAS EN EDUCACIÓN SECUNDARIA

Actividades

Realización de seminarios y cursos de formación dirigidos a profesorado y padres de educación secundaria, así como la dotación de materiales didácticos que posibiliten que la prevención de drogodependencias se incluya en los proyectos educativos de centros

Destinatarios: Niños, padres y profesorado de Educación Secundaria

- e) PROGRAMA DE ALTERNATIVAS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE SALUDABLES PARA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE CON ESPECIALES CARENCIAS Y NECESIDADES SOCIALES
Proyecto Chavorrillo
Escuela de Verano
Campaña “Controla” de Cruz Roja
Destinatarios: Niños y adolescentes con carencias y necesidades sociales especiales
- f) PROGRAMA DE ALTERNATIVAS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE SALUDABLE EN ADOLESCENTES
Actividades
Programa “Círculo joven”
Destinatarios: Jóvenes entre 14 y 30 años.
- g) CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE USO Y ABUSO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS DE SÍNTESIS EN POBLACIÓN JUVENIL
Actividades de difusión
Actividades informativas y de sensibilización y alternativas saludables de ocio y tiempo libre.
Destinatarios: jóvenes
- h) PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EDUCACIÓN REGLADA NO OBLIGATORIA
Formación a los profesores y educadores de los Programas de Formación Reglada no Obligatoria, incidiendo en el consumo de drogas jóvenes y en la prevención de dicho consumo desde la perspectiva de la Educación para la salud.
Formación a Padres
Destinatarios: Alumnos, profesores y padres de programas como Garantía Social, Escuela Taller y Casas de Oficios.
- i) PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA PADRES EN PREVENCIÓN DE DROGODENPENDENCIAS
Cursos formativos para grupos de padres y madres a través de las AMPAS y otras asociaciones.
Destinatarios: Padres y Madres
- j) PROGRAMA DE FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS A MEDIADORES SOCIALES
Realización con carácter comarcal, de curso de formación en prevención de drogodependencias destinados a representantes de los diferentes colectivos y ONGs que trabajan en este ámbito
Campaña “Controla”
Destinatarios: Mediadores sociales
- k) PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN POBLACIÓN GENERAL, CON ESPECIAL INCIDENCIA EN EL COLECTIVO DE POBLACIÓN FEMENINA.

Campaña de prevención del consumo de psicotrópicos y tranquilizantes
Destinatarios: Población general, con especial incidencia en población femenina.

l) PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO LABORAL

Colaborar en aquellas acciones que se emprendan desde la Consejería de Sanidad, tendentes a la formación e información a los trabajadores en cuanto a hábitos de consumo saludables, mediante los Gabinetes de Salud Laboral de las empresas.

Destinatarios: Trabajadores

m) PROGRAMA DE APOYO A ONGs DE ÁMBITO LOCAL QUE DESARROLLEN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

* ONGs y voluntarios

MUNICIPIO: Mancomunidad del Sureste

5. ACTIVIDADES PREVENTIVAS VERSUS DESTINATARIOS

5.1. ACTIVIDADES PREVIAS AL PLAN

5.2. ACTUACIONES CON PADRES

5.3. ACTUACIONES CON PROFESORES

5.4. ACTUACIONES CON ALUMNOS

5.5. ACTUACIONES CON EMPRESARIOS

5.6. ACTUACIONES CON TRABAJADORES

5.7. ACTUACIONES CON NIÑOS

5.8. ACTUACIONES CON JÓVENES

5.9. ACTUACIONES CON OTROS COLECTIVOS

a) PROGRAMA ESCOLAR DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Actividades

Educación Primaria. Programa de Educación para la salud – Prevención de drogodependencias. “En la huerta con mis amigos”

Destinatarios: alumnos de 3 a 9 años

Educación Primaria y Secundaria. Programa de apoyo al Plan de Acción Tutorial. “Cine y Educación en valores”.

Destinatarios: Alumnos de 2º y 3º ciclo de Primaria y 1º ciclo de Secundaria
Educación Secundaria. Programa de Apoyo a los Departamentos de Literatura de los Centros Docentes, “Los valores en la Literatura”.

Destinatarios: Alumnos de 1º a 4º de ESO.

Tutorías Compartidas. Actividad complementaria al Plan de Acción Tutorial.

Destinatarios: Alumnos de 2º ciclo de ESO.

b) PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE PARA MAYORES

Actividades

Taller de salud, ocio y tiempo libre

- Taller de Expresión Manual
- Taller de Actividades Físicas y juegos
- Taller de Hostelería
- Taller con motivo de fechas significativas

Destinatarios: menores de 6 a 12 años.

Taller de teatro

Destinatarios: menores de 6 a 13 años.

Taller de aventura

- Taller de deportes alternativos
- Taller de botánica
- Taller de tiro con arco
- Taller de escalada
- Salidas en bicicleta
- Visita a cuevas
- Taller de juegos
- Taller con motivo de fechas significativas
- Taller de medio ambiente

Destinatarios: niños de 8 a 12 años

Escuela de verano

- Taller de manualidades
- Taller de zancos
- Taller de juegos/deportivos
- Excursiones
- Fiesta final

Destinatarios: Niños de 8 a 16 años

Ludoteca

Destinatarios: niños de 6 a 14 años

c) ACTIVIDADES DIRIGIDAS AL ÁMBITO LABORAL

Actividades

Taller de prevención de alcohol y tabaco en ambientes prelaborales.

Educación de Adultos, Garantía Social y Talleres Ocupacionales.

Destinatarios: Alumnos de Educación de Adultos, Garantía Social y Talleres Ocupacionales.

MUNICIPIO: Jumilla

5. ACTIVIDADES PREVENTIVAS VERSUS DESTINATARIOS

5.1. ACTIVIDADES PREVIAS AL PLAN

5.2. ACTUACIONES CON PADRES

5.3. ACTUACIONES CON PROFESORES

5.4. ACTUACIONES CON ALUMNOS

5.5. ACTUACIONES CON EMPRESARIOS

- 5.6. ACTUACIONES CON TRABAJADORES
- 5.7. ACTUACIONES CON NIÑOS
- 5.8. ACTUACIONES CON JÓVENES
- 5.9. ACTUACIONES CON OTROS COLECTIVOS

5.1. Actividades previas

a) En el ámbito escolar:

- Talleres de prevención de drogodependencias para adolescentes.
Destinatarios: 1º, 2º, 3º y 4º de ESO.
- Concurso de Fotografía
- Programa de Educación en Valores a través del Cine. Destinatarios: 3º, 4º, 5º y 6º de Primaria y 1º y 2º de ESO
- Programa “En la huerta con mis amigos”
- Curso de prevención de drogodependencias para profesores.
- Programa ¡ÓRDAGO! 1º y 2º de ESO.
- Taller de prevención de drogodependencias para mediadores sociales, para alumnos de 1º y 2º de Bachiller
- Taller de entrenamiento en habilidad sociales. “Aprender a Ligar”., 3º y 4º de ESO
- Talleres de prevención de drogas en grupos de alto riesgo, alumnos de garantía social
- Exposición itinerante “Por tu salud” en los IES.

b) En el ámbito familiar

- Talleres de prevención de Toxicomanías para padres
- Charlas de prevención de drogodependencias para padres y madres

c) En el ámbito laboral

- Curso de prevención de drogodependencias en el ámbito laboral

d) En el ámbito comunitario

Dirigido a menores

- Taller de salud y Ecología en el Barrio de los Ángeles
- Taller de teatro en el Barrio de los Ángeles
- Actividades Deportivas para menores
- Proyecto de Actividades Educativas, Deportivas y de Tiempo libre para menores en el Barrio de los Ángeles
- Proyecto de investigación socio-educativa con menores en el barrio de los Ángeles
- Proyecto de actividades educativas, deportivas y tiempo libre para menores en el barrio de San Juan

e) CAMPAÑAS

- Diseño de la Campaña de Prevención del Abuso del Consumo de Alcohol y Tabaco
- Campaña de prevención del Abuso en el Consumo del Alcohol y tabaco
- Campaña de participación ciudadana en contra de las drogas
- Campaña de difusión del Programa de Prevención

f) JORNADAS Y ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

Jornadas de prevención para mediadores sociales

I Jornadas de prevención. “Las drogas en el siglo XXI: La prevención del consumo en los municipios

Jornadas o grupos de trabajo: “I Plan Municipal de drogodependencias”

Charlas para agentes de seguridad

f) ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN Y COORDINACIÓN

De la Mesa de Prevención de drogodependencias

Directores de Centros educativos y AMPAS

De planificación y coordinación con las Asociaciones y empresa que han participado y/o implementado los distintos proyectos.

5.2. ACTUACIONES CON PADRES

5.3 ACTUACIONES CON PROFESORES

5.4. ACTUACIONES CON ALUMNOS

5.5. ACTUACIONES CON EMPRESARIOS

5.6. ACTUACIONES CON TRABAJADORES

5.7. ACTUACIONES CON NIÑOS

5.8. ACTUACIONES CON JÓVENES

5.9. ACTUACIONES CON OTROS COLECTIVOS

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

ÁREA ESCOLAR

Destinatarios: Alumnos/as aplicados por los profesores en las aulas

Programa de “En la huerta con mis amigos” (5 a 9 años)

Programa de Educación en Valores en el Cine (Primaria y ESO)

Programa “Los valores en la literatura (ESO)

Talleres de prevención de alcohol y tabaco en adolescentes (3º de ESO)

Talleres de Prevención de drogas en grupos de alto riesgo (Garantía social)

Talleres de prevención para mediadores juveniles (1º y 2º de Bachiller)

Actividades extraescolares de salud y ocio

Programa de Apoyo escolar a grupos de riesgo

Destinatarios: Padres y madres

Actividades formativas: charlas o cursos

Difusión de materiales informativos: guías para padres, folletos, etc.

Coordinación y asesoramiento para el desarrollo de actividades de prevención realizadas por las AMPAs o la Federación

Destinatarios: Profesorado

Oferta de materiales didáctico de Educación para la salud y de prevención

Oferta formativa en colaboración con el Centro de Profesores y recursos:

- Seminario de formación “En la huerta con mis amigos”
- Seminario de formación “Los valores en la literatura”
- Curso de educación en valores en el cine

ÁREA COMUNITARIA

Campaña de difusión del Plan Municipal (Mesa consultiva)
Realización de Proyectos de intervención socio-educativa para menores en barrios de acción preferente (Servicios sociales)
Actividades de ocio y tiempo libre para menores en barrios (Servicios Sociales y Asociaciones)
Campañas de información y sensibilización (Mesa consultiva)
Cooperación y apoyo a asociaciones y entidades que desarrollen programas de prevención (Servicios Sociales)
Coordinación con los medios de comunicación locales y regionales para la difusión de distintos programas y actividades de prevención (Mesa Consultiva, Comisión Política).
Coordinación con los recursos sanitarios de la zona para realización de actividades de educación para la salud y de prevención.
Intervención de la política local en el control de la venta de alcohol a menores.
Programa de alternancias al ocio en fin de semana: ESPACIO JOVEN “LA OTRA CARA DE LA LUNA”.
Formación en prevención de drogodependencias a representantes sindicales y comités de empresa.
Difusión de materiales de prevención en las empresas
Actividades de coordinación con las organizaciones sindicales

MUNICIPIO: Yecla

5. ACTIVIDADES PREVENTIVAS VERSUS DESTINATARIOS

- 5.1. ACTIVIDADES PREVIAS AL PLAN
- 5.2. ACTUACIONES CON PADRES
- 5.3. ACTUACIONES CON PROFESORES
- 5.4. ACTUACIONES CON ALUMNOS
- 5.5. ACTUACIONES CON EMPRESARIOS
- 5.6. ACTUACIONES CON TRABAJADORES
- 5.7. ACTUACIONES CON NIÑOS
- 5.8. ACTUACIONES CON JÓVENES
- 5.9. ACTUACIONES CON OTROS COLECTIVOS

5.1.

Este Ayuntamiento viene desarrollando desde hace varios años actuaciones en el ámbito de las adicciones, tanto en el ámbito de la prevención, como en relación a la asistencia y reinserción, generalmente en coordinación y con la cofinanciación de la Administración regional.

Así mismo, la colaboración de otras administraciones y entidades sociales ha sido habitual, destacando los ámbitos educativo, sanitario, asociaciones como Cáritas, ARY, Alborada, etc.

Esto nos hace contar de antemano con la predisposición y espíritu de colaboración en el que deben basarse las actuaciones, limitándose este plan a racionalizar, ordenar y coordinar las diferentes iniciativas que puedan surgir, con una misma finalidad y objetivos comunes.

MEDIDAS QUE SE PROPONEN EN EL ÁMBITO PREVENTIVO

1. Promoción de actividades alternativas de ocio en fines de semana para adolescentes y jóvenes, tanto desde los diversos servicios municipales con competencia para ello, como coordinando y facilitando las iniciativas de otras entidades.
2. Mantenimiento del Proyecto de Ocio y tiempo Libre para menores en desventaja social, mediante al colaboración de Educadores voluntarios que proporcionen modelos referenciales saludables, y alternativas ocupacionales enriquecedoras.
3. Implicación de los Centros Docentes de primaria en la aplicación unificada del programa de maduración psicoafectiva en el medio escolar ampliamente experimentado en otros medios: “En la Huerta con mis amigos”, que facilite la transversal de Educación para la Salud en nuestro municipio, con especial incidencia en la prevención de adicciones.
4. Afianzamiento del programa específico de prevención en enseñanza secundaria, garantizándolo anualmente al menos a todos los terceros cursos, con contenidos mínimos de habilidades personales necesarias para afrontar la oferta de tóxicos.
5. Generar en Secundaria un taller de desarrollo personal estable a lo largo del curso, de asistencia voluntaria
6. Captar y formar a jóvenes interesados, para que ellos mismos sean elementos transmisores de hábitos saludables y alternativas al consumo tóxicos
7. Proporcionar una oferta formativa y de capacitación en la materia a los adultos que ostentan responsabilidades directas sobre los adolescentes, y en especial familiares y personal docente.
8. Hacer llegar la información específica a los elementos sociales que pueden incidir en el fenómeno de las adicciones, en especial a

establecimientos públicos, familias con adolescentes o jóvenes, y personajes públicos.

9. Optimizar e incrementar las medidas informativas, inspectoras y en su caso sancionadoras respecto a la oferta de tóxicos y juegos de azar.

10. RECURSOS

MUNICIPIO: Murcia

Pág.: 95-95

2. RECURSOS MATERIALES

Las infraestructuras con que cuentan las distintas áreas municipales.

Creación de un fondo documental que recoja todo el material que exista o pueda existir en las distintas áreas municipales, así como el elaborado por otras entidades.

3. RECURSOS ECONÓMICOS

Los que se designen a los distintos programas que decidan ponerse en marcha a partir de las propuestas contempladas en este Plan Municipal y que serán de financiación municipal o mixta, en virtud de los convenios de colaboración con otras entidades y/o instituciones que puedan establecerse.

A partir de este enfoque, los recursos financieros se estructurarán en cuatro epígrafes:

1. Financiación de programas que en la actualidad se desarrollan en las distintas Concejalías y que figuran en este plan: irá a cargo de las partidas municipales que en la actualidad los dotan.

2. Financiación para nuevos proyectos; a cargo de partidas municipales.

3. Financiación para la puesta en marcha de nuevos proyectos; provendría del convenio establecido entre la Consejería de Bienestar Social y Sanidad y el Ayuntamiento de Murcia.

4. Financiación que pueda solicitarse a la Unión Europea, para proyectos concretos, fundamentalmente en el campo de la inserción-reinserción, como son las iniciativas comunitarias de empleo (NOW, YOUTH START, HORIZON).

MUNICIPIO: Lorca

6. RECURSOS

La instancia administrativa a la que queda adscrito el Plan Municipal sobre Drogodependencias es el Consejo Municipal de Servicios Sociales.

Al tratarse de un Plan de coordinación, donde los diferentes estamentos y organizaciones presentan proyectos de actuación en los distintos campos, es por lo que la plasmación de los recursos necesarios, estará incluida en la redacción de cada uno de los proyectos.

Para el buen funcionamiento del Plan, por parte del Consejo Municipal de Servicios Sociales, se asignará anualmente un apartada presupuestaria económica específica. Dicha asignación permitirá pensar a medio plazo y diseñar programas que se mantengan a lo largo del tiempo.

En la actualidad, existen también aportaciones de recursos para la financiación del Plan Municipal por parte de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de los convenios que anualmente se suscriben para este fin. Con el Servicio Murciano de Salud para el desarrollo de actuaciones de asistencia e inserción de las drogodependencias, y con la Dirección General de Salud Pública, para las actuaciones de prevención.

MUNICIPIO: Mancomunidad del sureste

6. RECURSOS

No se especifican

MUNICIPIO: Jumilla

11. RECURSOS

5.- RECURSOS

- RECURSOS INSTITUCIONALES Y SOCIALES.

A. Ayuntamiento:

a) Concejalía de Servicios Sociales, Sanidad, Consumo y Protección Civil.

- Centro de Servicios Sociales.

-OMIC.

- Protección Civil.

b) Concejalía de Educación, Cultura, Mujer y Festejos:

- Educación de Adultos.

- Universidad Popular.

- Centro Local de Empleo para Mujeres.

- Programa de Mujer.

- Biblioteca Municipal.
- c) Concejalía de Juventud y Deportes:
 - Informa Joven.
 - Centro Local de Empleo para Jóvenes.
 - Pabellón de Deportes, Polideportivo y otras instalaciones deportivas.
 - Equipo Técnico del Programa de Actividades Juveniles.
- d) Alcaldía:
 - Policía Municipal.
- e) Concejalía de Empleo, Participación Ciudadana y Turismo:
 - Oficina de Desarrollo Local.
- B. Administraciones y Otros:
 - a) Consejería de Sanidad y Consumo:
 - Dirección General de Salud: Sección de Educación para la Salud.
 - Servicio Murciano de Salud: Asistencia y Reinserción.
 - Centro de Salud de Jumilla.
 - Centro de Salud Mental de Jumilla.
 - b) 8 Centros Educativos de Primaria.
 - c) 2 Institutos de Enseñanza Secundaria.
 - d) Equipo de Orientación Educativa y Pedagógica (EOEP).
 - e) Centro Integrado de Formación y Experiencias Agrarias (CIFEA).
 - f) Centro de Profesores y Recursos (CPR).
 - g) Guardia Civil.
 - h) Centro de Día de Personas Mayores.
 - i) Medios de Comunicación Locales: Radio Ilusión Jumilla, Antena Joven, Telecable, Periódico: Faro y Canfali. Y medios de comunicación regionales.
- C. Asociaciones y Colectivos:
 - a) Asociaciones de Madres y Padres (AMPAs).
 - b) Asociación de Minusválidos Físicos de Jumilla (AMFIJU).
 - c) Asociación de Padres Jumillanos Niños Deficientes (ASPAJUNIDE).
 - d) Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Jumilla.
 - e) Asociación de Mujeres para Apoyo a la Familia (AMAF).
 - f) Cruz Roja.
 - g) Caritas.
 - h) Organizaciones Sindicales: UGT, CCOO, USO.
 - i) Consejo de la Juventud.
 - j) Asociaciones Juveniles.
 - k) Asociaciones Deportivas.
 - l) Asociaciones de Vecinos.
 - m) Asociaciones y Club de la Tercera Edad.
 - n) Asociación de Viudas.
 - o) Asociación de Separados/as y Divorciados/as.
 - p) Centro de Cultura Santiago.
 - q) Centro Virgen de Fátima "Cuarto Distrito".
 - r) Agua y Tierra.
 - s) Asociaciones Culturales.
 - t) Grupos Políticos.
 - u) Asociaciones de Comerciantes.
 - v) Asociaciones Agrarias.
 - RECURSOS FINANCIEROS.

- Ayuntamiento de Jumilla (Presupuesto anual del Plan y aportaciones de otras áreas municipales).
- Consejería de Sanidad y Consumo (Convenios).
- Otras Administraciones Públicas (Posibles subvenciones).
- Entidades Privadas y Empresas (Posibles colaboraciones).

MUNICIPIO: Yecla

6.RECURSOS

No se especifican en el Plan

7. EVALUACIÓN

MUNICIPIO: Murcia

Pág.: 99-101

El proceso de evaluación pretende recoger y analizar información para valorar las intervenciones que proponen los distintos programas de actuación -en el caso que nos ocupa: las drogodependencias- con el fin de ponernos en la mejor situación posible a la hora de definir la toma de decisiones y a la vez mejorar o eliminar si fuera lo aconsejable el propio programa que se evalúa.

Como propone PINEAULT- DAVELUY (1987), conviene recordar la circularidad del proceso de planificación de los programas (desde la toma de decisiones y determinación de las prioridades a la propia ejecución de los programas), de tal manera que cada evaluación vuelve a la etapa inicial para cuestionar la pertinencia en relación a los resultados obtenidos. Plantea una visión crítica de los diferentes componentes de la programación y, por tanto, lleva implícitamente un juicio de valor que debe efectuar la evaluación sobre los mismos.

Por tanto, puede definirse la evaluación de un programa como:

"Un proceso que consiste en determinar y en aplicar criterios y normas con el fin de realizar un juicio sobre los diferentes componentes del programa, tanto en el estadio de su concepción como de ¡a ejecución..."

No es propósito de este plan hacer un repaso exhaustivo de las distintas propuestas de evaluación de los distintos autores y sí adaptarlas a cada uno de los programas que se han ido proponiendo en otros apartados de este documento, teniendo en cuenta que según las características de cada uno de ellos exigirán procedimientos, indicadores diferentes, etc. No obstante, adelantamos como elemento fundamental a la hora de evaluar la pertinencia de las distintas propuestas programáticas el valorar la coordinación de recursos entre las distintas áreas implicadas en el proceso, ya que entendemos que cualquier programa de intervención en el campo de las drogodependencias exige la coordinación con otros que se hayan propuesto desde otras instancias, con el fin de lograr un mayor rendimiento de los recursos utilizados y establecer líneas de actuación consensuadas y coherentes entre los distintos intervinientes.

La evaluación de los distintos programas será un instrumento imprescindible para conocer el coste-efectividad de los mismos, así como para poder analizar su

eficacia, eficiencia, el grado de adecuación y pertinencia; servirá para conocer su validez, su impacto y facilitará la toma de decisiones sobre los propios programas a medida que se van ejecutando (feed-back) lo que va a determinar la posibilidad de mejora de los mismos.

La preparación de un plan de evaluación comprenderá una serie de procedimientos y componentes: evaluación del proyecto, evaluación del proceso y evaluación de resultados.

La evaluación del proyecto recoge lo que es la programación y hace referencia a todos los datos de entrada al mismo: definición del problema, de la población diana, las metas, los objetivos, actividades, estrategias, recursos, etc., así como los aspectos organizativos y funcionales del programa.

La evaluación del proceso permitirá medir la calidad de desarrollo del programa; saber, en definitiva, lo que está ocurriendo mientras se ejecuta, mediante una serie de indicadores:

- Relación entre el desarrollo de las actividades programadas y las necesidades de la población diana a las que se dirigen.
- Relación de actividades programadas/actividades realizadas.
- Grado de participación en las distintas actividades.
- Calidad, cantidad y tipo de servicios ofrecidos.
- Valoración de la colaboración con otras entidades.
- Dificultades y problemas que han surgido en el desarrollo del programa.
- Etc.

La evaluación de resultados describe los efectos inmediatos del programa, qué se ha conseguido y cuáles son los cambios ocurridos.

Los diferentes elementos a determinar en este tipo de evaluación son:

- Medida de los efectos del programa basados en las metas, objetivos y actividades.
- Medida del impacto general del programa a nivel de la población diana. A veces, y según el tipo de intervención planteada, este punto requiere una evaluación aparte por considerarse necesario un seguimiento a largo plazo.
- La fase final de la evaluación de resultados es el análisis de los datos y su interpretación. Esto dependerá del tipo de evaluación propuesto y del tipo de análisis estadístico.

Por último, añadir que en los casos que sea posible será recomendable implicar a la comunidad con la que se trabaja en el proceso evaluativo, con el fin de que lo vean de una manera positiva y como una necesidad dentro de las acciones propuestas, sin menoscabo del papel de los técnicos en el plan de evaluación en lo que tiene de proceso científico y metodológico.

MUNICIPIO: Lorca

7. EVALUACIÓN

EVALUACIÓN

Siguiendo los criterios establecidos por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Federación Española de Municipios y Provincias, en lo que se refiere a la elaboración de Planes Municipales sobre Drogas, entendemos que la evaluación ha de ser un proceso que vaya desde los proyectos concretos hasta el Plan General. Todas las acciones y proyectos realizados incluirán en su diseño sus respectivos mecanismos de evaluación, que serán pertinentes para poder estimar la consecución de los objetivos en el Plan. Cada uno de los proyectos será sometido a una evaluación, tanto del proceso como de los resultados, que quedará plasmada en un breve "informe" que pueda ser tomado como instrumento tanto de evaluación como de difusión de resultados.

Cada proyecto, en virtud de sus objetivos y de su proceso, requerirá sus propios instrumentos y modelo de evaluación, que formará parte del propio diseño del proyecto. La corporación local, a través del Plan Municipal, prestará su apoyo técnico y asesoramiento a las entidades y organizaciones que lo demanden, y tratará de consensuar unos criterios comunes para la evaluación.

Con los resultados obtenidos de los diferentes proyectos, y la valoración de los objetivos propuestos para cada año se elaborará un informe anual que se presentará ante el Consejo Asesor para su discusión y aprobación. Los resultados reflejados en este informe, al contrastar los logros obtenidos y los objetivos perseguidos, permitirán la toma de decisiones y la adopción de medidas de ajuste y corrección.

En el último semestre de vigencia del Plan se elaborará un informe final de su desarrollo con el fin de proceder a su revisión y reformulación. Este informe incluirá en su análisis los cambios de situación que se hayan ido sucediendo. En la medida de lo posible, se establecerá una evaluación del impacto.

Los informes han de recoger tanto medidas cuantitativas como cualitativas, y aprovecharán tanto las investigaciones propias como los resultados obtenidos de investigaciones realizadas a nivel general. También se elaborarán, en los casos en que sea necesario, instrumentos y diseños propios.

Paralelamente, el Plan se transformará en un instrumento difusor de resultados. En este sentido, los informes pueden ser aprovechados por otras instituciones e instancias, mediante la oportuna difusión de los mismos, para valorar las tendencias del fenómeno de las drogodependencias en el municipio y tomar decisiones.

MUNICIPIO: Mancomunidad del Sureste

7.EVALUACIÓN

Pág.: 65

PLAN P E EVALUACIÓN

En relación a las actividades realizadas:

- N° posible/N° real de participantes.
- N° de profesionales y/o personas implicadas.
- Cuestionario de satisfacción del usuario.
- Observación de los distintos profesionales y/o personas implicadas.

En relación al desarrollo de los distintos programas:

- Recogida de datos en los momentos críticos de cada programa.
- Reuniones periódicas con los profesionales que suministran datos evaluables, en cuanto a la fiabilidad de los distintos programas.
- Análisis de los datos significativos obtenidos de los Cuestionarios de Evaluación diseñados en cada programa y su relación con los cambios provocados

En relación a los objetivos últimos del Plan de Prevención:

- N° y amplitud de los programas desarrollados.
- Medida en que ha alcanzado la intervención a la población diana.
- Repercusiones comunitarias del Plan como estrategia de prevención.

MUNICIPIO: Jumilla

7. EVALUACIÓN

Pág.: 35 Y 36

• 8.5.-EVALUACIÓN.

La evaluación será continua para posibilitar la adecuación y flexibilidad del Plan, No obstante podemos distinguir tres momentos clave:

- Evaluación del diseño o inicial, que será realizada por un Técnico externo, experto en Drogodependencias que supervisará la elaboración del plan.
- Evaluación del proceso, a lo largo del desarrollo del Plan y específicamente de forma anual.
- Evaluación final o de resultados, que determinará la consecución de los objetivos, los resultados previstos y no previstos, los cambios y repercusiones producidas, así como las conclusiones y recomendaciones para la planificación de los siguientes planes.

Para ello se utilizarán, entre otras, los siguientes instrumentos y técnicas:

- Reuniones de planificación, coordinación y seguimiento.
- Observación directa.
- Cuestionarios y plantillas de evaluación (monitores, participantes, etc.).
- Entrevistas.
- Informes de las actividades.
- Memorias anuales y memoria final.

Esta evaluación se aplicará tanto a las actuaciones de Prevención como a las de atención y de integración social.

8.6.-INDICADORES DE EVALUACIÓN:

• INDICADORES CUANTITATIVOS:

- N° de colegios implicados.

- N° de alumnos y alumnas participantes en cada actividad y taller.
- N° de profesores participantes en actividades de formación.
- N° de profesores implicados en la realización de actividades
- N° de Talleres realizados.
- N° de material didáctico y guías entregadas y utilizadas.
- N° de madres y padres participantes en las actividades formativas.
- N° de reuniones de planificación, coordinación y seguimiento.
- N° de documentos del Plan distribuidos.
- N° de actividades de difusión realizadas.
- N° de menores participantes en las actividades de los barrios.
- N° de actividades realizadas con los menores.
- IM° de jóvenes participantes en las actividades de fin de semana.
- N° de actividades y talleres realizados dirigidos a los jóvenes.
- N° de mediadores formados.
- N° de campañas realizadas.
- IM° de actividades realizadas en cada campaña.
- IM° de participantes en las actividades de las campañas. N° de material elaborado y distribuido en las campañas.
- N° de recursos implicados en las distintas actuaciones y proyectos.
- « CUALITATIVOS;
- Grado de implicación de los participantes.
- Grado de interés de los participantes.
- Grado de satisfacción de los participantes.
- Grado de consecución de los objetivos.
- Idoneidad de las técnicas utilizadas.
- Idoneidad de los materiales, guías, folletos, etc.
- Organización e infraestructura.
- Adecuación de los contenidos de las actividades formativas.
- Adecuación de los recursos utilizados.
- Nivel de coordinación conseguido.

MUNICIPIO: Yecla

7.EVALUACIÓN

No se especifica

ANEXO IV

INFORMACIÓN EXTRAÍDA DE LOS PROGRAMAS ESCOLARES LLEVADOS A CABO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

DATOS BASICOS DE LOS PROGRAMAS ESCOLARES

PROGRAMAS ESCOLARES

(Información general sobre la actividad desarrollada en el ámbito escolar acorde con los indicadores de la Estrategia Nacional sobre Drogas)

Número de centros educativos que reciben información sobre prevención del Municipio/número total de centros educativos del Municipio						
CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	Totales
149	105	30	4	27	11	326
149	105	37	4	27	14	336

Como se puede ver en la tabla anterior el número de centros educativos informados sobre prevención de drogodependencias en los municipios se aproxima a la totalidad de los centros educativos que han identificado los técnicos en sus municipios. Esta información nos permite conocer que la mayoría de los centros educativos tienen conocimiento de la realización de actividades de prevención en drogodependencias que pueden realizar en las aulas con los alumnos, esfuerzo que hay que agradecer a los técnicos de los planes municipales que emplean bastantes esfuerzos en llegar a los Centros Educativos, llegando a afirmar en las entrevistas realizadas a los mismos “que venden sus programas, pues la competencia y la falta de implicación por parte de la Consejería de Educación no dejan muchas más opciones para que éstos programas sean los elegidos por los profesores para realizar durante el curso escolar.

Número de profesores formados en educación para la salud y/o prevención de las drogodependencias en el Municipio						
CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	Totales
No se indica	No se indica	No se indica	0	No se indica	79	79

Sobre los datos aportados referentes al número de profesores formados en Educación para la salud, destacar que son muy pocos los municipios que dan información al respecto, tan sólo dos han informado de este dato, no sabemos si este silencio se debe a que no se han formado profesores en estos municipios o a otras razones. Pero si se manifiesta a través de esta información que todavía es necesario realizar un esfuerzo mayor si se quiere cumplir los objetivos que marca la Estrategia Nacional sobre drogodependencias (2000-2008) (PND, 2000), en la que se afirmaba que para el 2003 ya deberían estar formados un 80% de los profesores en el ámbito de la prevención de drogodependencias, datos que no se confirma en la información analizada.

DATOS BASICOS DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

CP	Nombre del Programa
CP1; CP2; CP6	En la huerta con mis amigos
CP1	Revista escolar de prevención de drogodependencias “ELASTICAS”
CP1; CP2; CP6	La Aventura de la vida
CP1	Tengo mi lugar en la sociedad ¡Quiero ser útil!
CP1	Talleres de prevención del consumo de drogas
CP1	Clases sin humo
CP1	¿De qué van las drogas? ¿De qué van los jóvenes?
CP1	Otra mirada de los jóvenes
CP1; CP2; CP5	Construyendo salud
CP1	Prevención de drogodependencias en jóvenes desempleados adscritos a programas de formación para el empleo
CP2	Sesiones compartidas de tutoría “Bebe salud” de prevención del abuso de alcohol
CP2	Sesiones compartidas de tutoría “Salud y prevención de tabaquismo”
CP2	Unidad didáctica sobre tabaco
CP2	¡ÓRDAGO!
CP2	Unidad didáctica jóvenes y drogas
CP4	Taller de prevención de tabaco, alcohol y otras drogas con adolescentes
CP5; CP6	Cine y Educación en valores
CP5	Los valores en la literatura
CP5	Tutorías compartidas
CP6	Taller de prevención de drogas en jóvenes

Hemos identificado 20 programas educativos de prevención en drogodependencias que se realizan en los Centros Escolares, de todos éstos cuatro se realizan en centros de diferentes localidades corresponden a:

En la huerta con mis amigos
 La Aventura de la vida
 Construyendo salud
 Cine y Educación en valores

Destinatarios de los programas educativos de prevención en drogodependencias

CP1

Destinatarios (posibilidad de respuesta múltiple)

		Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	Pe9	Pe 10	Totales
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)	X										1
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)	X	X	X								3
	2º Ciclo (8 – 9 años)	X	X	X		X	X		X	X		7
	3º Ciclo (10 – 11 años)		X		X	X		X	X	X		6
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)							X	X			2
	2º Ciclo (14 – 15 años)											
Bachillerato	(16 – 18 años)											
FP grado medio	(16 – 18 años)										X	1
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)										X	1
Aulas Taller												
Otros												

CP2

Destinatarios (posibilidad de respuesta múltiple)

		Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)		X							1
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)		X							1
	2º Ciclo (8 – 9 años)	X								1
	3º Ciclo (10 – 11 años)	X								1
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)				X	X	X	X	X	5
	2º Ciclo (14 – 15 años)			X				X	X	3

Bachillerato	(16 – 18 años)								X	1
FP grado medio	(16 – 18 años)								X	1
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)								X	1
Aulas Taller									X	1
Otros (Educ. Adultos)									X	1

CP3

Destinatarios (posibilidad de respuesta múltiple)

		Pe1	
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)		
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)		
	2º Ciclo (8 – 9 años)	X	1
	3º Ciclo (10 – 11 años)	X	1
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)		
	2º Ciclo (14 – 15 años)		
Bachillerato	(16 – 18 años)		
FP grado medio	(16 – 18 años)		
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)		
Aulas Taller			
Otros			

CP4

Destinatarios (posibilidad de respuesta múltiple)

		Pe1	
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)		
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)		
	2º Ciclo (8 – 9 años)		
	3º Ciclo (10 – 11 años)		
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)	X	1
	2º Ciclo (14 – 15 años)	X	1
Bachillerato	(16 – 18 años)		
FP grado medio	(16 – 18 años)		
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)	X	1
Aulas Taller			
Otros			

CP5

Destinatarios (posibilidad de respuesta múltiple)

		Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)	X					1
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)	X					1
	2º Ciclo (8 – 9 años)	X	X				2
	3º Ciclo (10 – 11 años)		X				1
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)		X	X		X	3
	2º Ciclo (14 – 15 años)			X	X		2
Bachillerato	(16 – 18 años)						
FP grado medio	(16 – 18 años)						
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)						
Aulas Taller							
Otros							

CP6

Destinatarios (posibilidad de respuesta múltiple)

		Pe1	Pe2	Pe3	
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)	X			1
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)	X	X	X	3
	2º Ciclo (8 – 9 años)				
	3º Ciclo (10 – 11 años)				
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)				
	2º Ciclo (14 – 15 años)				
Bachillerato	(16 – 18 años)				
FP grado medio	(16 – 18 años)				
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)				
Aulas Taller					
Otros					

ALUMNOS

CP1. Número de alumnos

		Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	Pe9	Pe10	
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)	2.851										2.851
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)	4.155	30.000									19.155
	2º Ciclo (8 – 9 años)	3.135		494						38		18.667
	3º Ciclo (10 – 11 años)			1.093		640	820		590	1.063		4.206
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)				1.440	230		1.484	1.610			4.764
	2º Ciclo (14 – 15 años)											0
Bachillerato	(16 – 18 años)											0
FP grado medio	(16 – 18 años)											0
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)										165	165
Aulas Taller											60	60
Otros												0
Total		49.868 Alumnos formados										

CP2. Número de alumnos

		Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)		30							30
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)		425							425
	2º Ciclo (8 – 9 años)	1.223								1.223
	3º Ciclo (10 – 11 años)	1.438								1.438
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)				719	433	157	568	223	2.100
	2º Ciclo (14 – 15 años)			863				301	1.021	2.185
Bachillerato	(16 – 18 años)								127	127
FP grado medio	(16 – 18 años)									0
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)									0
Aulas Taller										0
Otros										0
Total		7.528 Alumnos formados								

CP3. Número de alumnos

		Pe1	
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)	0	
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)	0	
	2º Ciclo (8 – 9 años)	200	200
	3º Ciclo (10 – 11 años)	175	175
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)	0	
	2º Ciclo (14 – 15 años)	0	
Bachillerato	(16 – 18 años)	0	
FP grado medio	(16 – 18 años)	0	
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)	0	
Aulas Taller		0	
Otros		0	
Total		375	

CP4. Número de alumnos

		Pe1		
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)			
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)			
	2º Ciclo (8 – 9 años)			
	3º Ciclo (10 – 11 años)			
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)	359		
	2º Ciclo (14 – 15 años)	280		
Bachillerato	(16 – 18 años)			
FP grado medio	(16 – 18 años)	23		
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)	55		
Aulas Taller				
Otros				
Total		717 Alumnos Formados		

CP5. Número de alumnos

		Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)	275					275
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)	475					475
	2º Ciclo (8 – 9 años)	650	100				650
	3º Ciclo (10 – 11 años)		875				875
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)		350		500	50	900
	2º Ciclo (14 – 15 años)		925	50			975
Bachillerato	(16 – 18 años)						0
FP grado medio	(16 – 18 años)						0
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)		50				50
Aulas Taller							0
Otros							0
Total		4.200 Alumnos formados					

PROFESORADO

CP1 El profesorado

¿Contempla el programa formación del profesorado?											
	Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	Pe9	Pe10	Frecuencia/%
Si	X		X	X	X	X	X	X	X	X	9/90%
No		X									1/1%

CP2 El profesorado

¿Contempla el programa formación del profesorado?									
	Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	
Si	x	x	x	x	x	x	x		
No								X	

CP3 El profesorado

¿Contempla el programa formación del profesorado?		
	Pe1	
Si	x	
No		

CP4 El profesorado

¿Contempla el programa formación del profesorado?		
	Pe1	
Si		
No	X	

CP5 El profesorado

¿Contempla el programa formación del profesorado?						
	Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	
Si	X	X	X	X	X	100
No						

CP6 El profesorado

¿Contempla el programa formación del profesorado?			
	Pe1	Pe2	Pe3
Si	X	X	
No			X

NÚMERO DE PROFESORES QUE APLICAN EL PROGRAMA

CP1

Nº de profesores que aplican el programa										
Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	Pe9	Pe10	
561	149	99	Profesores externos	Profesores externos	29	57	91	44	7	1.037

CP2

Nº de profesores que aplican el programa

Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	
121	20	38	30	15	6	34	45	

CP3

Nº de profesores que aplican el programa										
Pe1										

CP4

Nº de profesores que aplican el programa										
Pe1										
Profesor externo										

CP5

Nº de profesores que aplican el programa					
Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	
56	92	2	2		

CP6

Nº de profesores que aplican el programa			
Pe1	Pe2	Pe3	
66	13	No se indica	

CONTENIDOS QUE SE TRABAJAN EN LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

CP1

Componentes del programa: de posibilidad múltiple		Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	Pe9	Pe10	
	Familiar											
	Información	X	X	X			X			X	X	6/60%
	Habilidades Resistencia		X	X	X	X	X	X	X	X	X	9/90%
	Habilidades Sociales	X		X	X	X	X	X	X	X	X	9/90%
	Toma de Decisiones	X	X	X						X	X	5/50%
	Autoestima	X	X	X	X	X	X		X	X	X	9/90%
	Actividades extra-escolares	X	X	X				X	X	X	X	7/70%
	Otros (especificar)										X	1/1%

CP2

Componentes del programa: (posibilidad de respuesta múltiple)		Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	
	Familiar	X	X							
	Información	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Habilidades Resistencia					X				
	Habilidades Sociales	X	X				X			
	Toma de Decisiones			X	X	X	X	X	X	
	Autoestima									
	Actividades extra-escolares									
	Otros (especificar)									

CP3

Componentes del programa: (posibilidad de respuesta múltiple)		Pe1		
	Familiar			
	Información			
	Habilidades Resistencia	X		
	Habilidades Sociales	X		
	Toma de Decisiones	X		
	Autoestima	X		
	Actividades extra-escolares			
Otros (especificar)				

CP4

Componentes del programa: (posibilidad de respuesta múltiple)		Pe1		
	Familiar			
	Información	X		
	Habilidades Resistencia	X		
	Habilidades Sociales	X		
	Toma de Decisiones	X		
	Autoestima	X		
	Actividades extra-escolares	X		
Otros (especificar)				

CP5

Componentes del programa: (posibilidad de respuesta múltiple)		Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	
	Familiar						
	Información	X					
	Habilidades Resistencia	X	X	X	X	X	
	Habilidades Sociales	X	X	X	X	X	
	Toma de Decisiones	X	X	X	X	X	
	Autoestima	X	X	X	X	X	
	Actividades extra-escolares		X				
	Otros (especificar)						

CP6

Componentes del programa: (posibilidad de respuesta múltiple)		Pe1	Pe2	Pe3	
	Familiar				
	Información	X			
	Habilidades Resistencia			X	
	Habilidades Sociales		X		
	Toma de Decisiones		X	X	
	Autoestima	X	X		
	Actividades extra-escolares				
	Otros (especificar)				

NÚMERO DE HORAS PROMEDIO POR PROGRAMA

CP1

Número de horas promedio de aplicación del programa										
Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	Pe9	Pe10	
15	10	15	8	4	6	3	4	10	-	7.5h

CP2

Número de horas promedio de aplicación del programa							
Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8
12	10	2	2	5	8	5	4

CP3

Número de horas promedio de aplicación del programa		
Pe1		
15		

CP4

Número de horas promedio de aplicación del programa		
Pe1		
7		

CP5

Número de horas promedio de aplicación del programa						
Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5		
8	14		4			

CP6

Número de horas promedio de aplicación del programa			
Pe1	Pe2	Pe3	
25	8	51	

NÚMERO DE CENTROS DE APLICACIÓN

CP1

Número de centros de aplicación										
Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	Pe9	Pe10	
16	149	31	12	7	7	11	17	9	1	260

CP2

Número de centros de aplicación							
Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8
23	8	8	6	8	3	5	8

CP3

Número de centros de aplicación		
Pe1		
2		

CP4

Número de centros de aplicación			
Pe1			
4			

CP5

Número de centros de aplicación					
Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	
12	18	2	4	1	

CP6

Número de centros de aplicación			
Pe1	Pe2	Pe3	
8	1	3	

CP6. Número de alumnos

		Pe1	Pe2	Pe3	
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)	459			459
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)	525			525
	2º Ciclo (8 – 9 años)	450			450
	3º Ciclo (10 – 11 años)	250			250
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)		351		351
	2º Ciclo (14 – 15 años)			448	448
Bachillerato	(16 – 18 años)				0
FP grado medio	(16 – 18 años)				0
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)				0
Aulas Taller					0
Otros					0
Total		2.483			

Tabla resumen total alumnos formados en los seis municipios analizados

		CP1	CP2	CP3	CP4	CP5	CP6	Total
Educación Infantil	2º Ciclo (3 – 5 años)	2.851	30	0	0	275	459	3.615
Educación Primaria	1º Ciclo (6 – 7 años)	19.155	425	0	0	475	525	20.580
	2º Ciclo (8 – 9 años)	18.667	1.223	200	0	650	450	21.190
	3º Ciclo (10 – 11 años)	4.206	1.438	175	0	875	250	6.944
Educación Secundaria Obligatoria	1º Ciclo (12 – 13 años)	4.764	2.100	0	359	900	351	8.474
	2º Ciclo (14 – 15 años)	0	2.185	0	280	975	448	3.888
Bachillerato	(16 – 18 años)	0	127	0	0		0	127
FP grado medio	(16 – 18 años)	0	0	0	23		0	23
Programas de Garantía Social	(16 – 18 años)	165	0	0	55	50	0	270
Aulas Taller		60	0	0	0	0	0	60
Otros		0	0	0	0	0	0	0
		49.868	7.528	375	717	4.200	2.483	65.171

PROGRAMA EDUCATIVO:

REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS

CP1 Se realiza Evaluación

El programa ¿ha sido evaluado?	Si	Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	Pe9	Pe10	
	No											

CP2 Se realiza Evaluación

El programa ¿ha sido evaluado?	Si	Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	
	No									

CP3 Se realiza Evaluación

El programa ¿ha sido evaluado?	Si	Pe1										
	No											

CP4 Se realiza Evaluación

El programa ¿ha sido evaluado?	Si	Pe1										
	No											

CP5 Se realiza Evaluación

El programa ¿ha sido evaluado?	Si	Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	
	No						

CP6 Se realiza Evaluación

El programa ¿ha sido evaluado?	Si	Pe1	Pe2	Pe3	
	No	X	X		

TIPO DE EVALUACIÓN QUE SE LLEVA A CABO

CP1. Tipo de evaluación ha sido llevada a cabo

¿Qué tipo de evaluación ha sido llevada a cabo?	Proceso	Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	Pe9	Pe10	
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100 %
	Resultado	X								X	X	30%

CP2. Tipo de evaluación ha sido llevada a cabo

¿Qué tipo de evaluación ha sido llevada a cabo?	Proceso	Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	
		X	X	X	X	X	X	X	X	
	Resultado									

CP3. Tipo de evaluación ha sido llevada a cabo

¿Qué tipo de evaluación ha sido llevada a cabo?	Proceso	Pe1									
	Resultado	X									

CP4. Tipo de evaluación ha sido llevada a cabo

¿Qué tipo de evaluación ha sido llevada a cabo?	Proceso	Pe1									
		X									
	Resultado										

CP5. Tipo de evaluación ha sido llevada a cabo

¿Qué tipo de evaluación ha sido llevada a cabo?	Proceso	Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	
		X	X	X	X	X	
	Resultado		X	X	X	X	

CP6. Tipo de evaluación ha sido llevada a cabo

¿Qué tipo de evaluación ha sido llevada a cabo?		Pe1	Pe2	Pe3	
	Proceso			X	
	Resultado				

GRADO DE CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS

CP1. Grado de consecución de los objetivos

Grado de consecución de los objetivos propuestos	Alto	Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	Pe9	Pe10	
		X	X	X	X	X	X	X	X	X		90%
	Medio										X	10%
	Bajo											

CP2. Grado de consecución de los objetivos

Grado de consecución de los objetivos propuestos	Alto	Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	
		X	X	X	X	X	X	X	X	
	Medio									
Bajo										

CP3. Grado de consecución de los objetivos

Grado de consecución de los objetivos propuestos	Alto	Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	Pe6	Pe7	Pe8	Pe9	Pe10	
	Medio	X										
Bajo												

CP4. Grado de consecución de los objetivos

Grado de consecución de los objetivos propuestos	Alto	Pe1											
	Medio	X											
	Bajo												

CP5. Grado de consecución de los objetivos

Grado de consecución de los objetivos propuestos	Alto	Pe1	Pe2	Pe3	Pe4	Pe5	
			X		X		
	Medio	X					
	Bajo			X		X	

CP6. Grado de consecución de los objetivos

Grado de consecución de los objetivos propuestos	Alto	Pe1	Pe2	Pe3	
				X	
	Medio				
	Bajo				

DIFICULTADES PARA APLICAR EL PROGRAMA

CP1

	Enumere las principales dificultades encontradas para aplicar y cumplir los objetivos del programa
Pe1	Falta de tiempo para aplicar el programa en el aula
Pe2	No se indica
Pe3	No se indica
Pe4	No se indica
Pe5	No se indica
Pe6	No se indica
Pe7	No se indica
Pe8	No se indica
Pe9	Extensión del programa, material poco atractivo para el alumno
Pe10	Falta de tiempo para conseguir los objetivos

CP2

	Enumere las principales dificultades encontradas para aplicar y cumplir los objetivos del programa
Pe1	No se indica
Pe2	No se indica
Pe3	No se indica
Pe4	No se indica
Pe5	No se indica
Pe6	No se indica
Pe7	No se indica
Pe8	No se indica

CP3

	Enumere las principales dificultades encontradas para aplicar y cumplir los objetivos del programa
Pe1	Implicación del profesorado. El programa no respondía a las expectativas del profesorado

CP4

	Enumere las principales dificultades encontradas para aplicar y cumplir los objetivos del programa
Pe1	En los centros educativos muchas dificultades para poner horarios. No facilitar la intervención en horario continuado. Falta de algunos folletos de determinadas sustancias

CP5

	Enumere las principales dificultades encontradas para aplicar y cumplir los objetivos del programa
Pe1	Dada la gran movilidad de los maestros, la motivación de los centros con respecto al programa varía cada año. La sostenibilidad del mismo se hace costosa siempre desde fuera. Los padres se implican poco en el desarrollo del programa
Pe2	Atender el elevado número de demandas de los centros educativos, tanto a nivel comunitario, tanto a nivel económico: coste elevado de alquiler de películas, de derechos de exhibición pública, de los materiales didácticos; como a nivel técnico; coordinación de muy diversos recursos materiales pertenecientes a otros ámbitos.
Pe3	Los profesores de literatura no terminan de asumir la tarea encomendada por este programa en cuanto al trabajo en la educación de valores como su competencia, que revierte más en los profesores tutores.
Pe4	Atender al número creciente de centros y profesores que lo demanden, por razones presupuestarias y técnicas (falta de personal)
Pe5	

CP6

	Enumere las principales dificultades encontradas para aplicar y cumplir los objetivos del programa
Pe1	
Pe2	
Pe3	Se ha observado la falta de tiempo para un mayor análisis y reflexión de los contenidos y temas trabajados con el alumnado

OTRAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN

CP1

	Tras la evaluación del programa, ¿qué otras nuevas líneas de actuación ve usted importante desarrollar para mejorar los programas de prevención con menores en riesgo?
Pe1	Material de apoyo
Pe2	No se indica
Pe3	No se indica
Pe4	Continuar el trabajo de motivar a profesores para que reciban formación y puedan continuar el trabajo iniciado. Intentar conseguir la implicación de los padres.
Pe5	No se indica
Pe6	No se indica
Pe7	No se indica
Pe8	No se indica
Pe9	Extensión del programa, material poco atractivo para el alumno

Pe10	Intervención educativa con padres. Elaboración de materiales didácticos
------	---

CP2

	Tras la evaluación del programa, ¿qué otras nuevas líneas de actuación ve usted importante desarrollar para mejorar los programas de prevención con menores en riesgo?
Pe1	Actividades de apoyo a la aplicación del programa
Pe2	Materiales complementarios sobre educación para la salud en Educación infantil y primaria
Pe3	Aumentar actividades de promoción de bebidas saludables en secundaria
Pe4	No se indica
Pe5	Aportar material audio visual sobre prevención de tabaquismo
Pe6	No se indica
Pe7	No se indica
Pe8	No se indica

CP3

	Tras la evaluación del programa, ¿qué otras nuevas líneas de actuación ve usted importante desarrollar para mejorar los programas de prevención con menores en riesgo?
Pe1	Tras la evaluación realizada por el CPR no se valora la continuidad de este programa

CP4

	Tras la evaluación del programa, ¿qué otras nuevas líneas de actuación ve usted importante desarrollar para mejorar los programas de prevención con menores en riesgo?
Pe1	Que desde los centros educativos pusiesen más interés, y no nos sintiéramos desplazados, o apartados de la educación. Que todos los sectores dedicados a juventud, educación, prevención, etc. Estuviésemos más coordinados

CP5

	Tras la evaluación del programa, ¿qué otras nuevas líneas de actuación ve usted importante desarrollar para mejorar los programas de prevención con menores en riesgo?
Pe1	
Pe2	Implicar a los profesores en la realización de su propio material didáctico y en la elección propia de la película a utilizar
Pe3	Tratar de coordinar las directrices de los profesores de literatura en cuanto a recomendar los libros a los alumnos, con la profundización del trabajo en educación en valores, por parte de los profesores tutores
Pe4	Capacitar al profesorado (desde las instancias educativas correspondientes) para el desarrollo de tutorías específicas en cuanto a prevención de drogodependencias, con el fin de reducir el personal externo necesario.
Pe5	

CP6

	Tras la evaluación del programa, ¿qué otras nuevas líneas de actuación ve usted importante desarrollar para mejorar los programas de prevención con menores en riesgo?
Pe1	
Pe2	
Pe3	

OBSERVACIONES

CP1

	Observaciones
Pe1	
Pe2	
Pe3	
Pe4	
Pe5	
Pe6	
Pe7	
Pe8	
Pe9	
Pe10	

CP2

	Observaciones
Pe1	
Pe2	
Pe3	
Pe4	
Pe5	
Pe6	
Pe7	
Pe8	

CP3

	Observaciones
Pe1	

CP4

	Observaciones
Pe1	

CP5

	Observaciones
Pe1	
Pe2	Es necesario mayor apoyo económico a los organismos promotores de este programa, con el fin de atender las condiciones óptimas para el desarrollo de todos los elementos del programa, en aras de una mayor eficacia como actividad preventiva.
Pe3	Es necesario personal específico para implantar, apoyar y evaluar el programa. Hace falta una mayor dotación económica a los organismos promotores del programa, con el fin de apoyar verdaderamente en su tarea educativa tal como indica la estrategia Nacional sobre Drogas.
Pe4	
Pe5	

CP6

	Observaciones
Pe1	Los resultados finales de la evaluación del programa será remitidos a la Consejería cuando finalice la implementación y desarrollo del programa, en junio de 2005
Pe2	Los resultados finales de la evaluación del programa será remitidos a la Consejería cuando finalice la implementación y desarrollo del programa, en junio de 2005
Pe3	Desarrollar un programa más amplio en el que se trabajen contenidos de (habilidades sociales, de resistencia, fomento de autoestima y autoconcepto positivo, alternativas de ocio y tiempo libre), donde los tutores tengan mayor implicación en el desarrollo de programas preventivos.

ANEXO V

CUESTIONARIO MODELO PASADO A LOS ALUMNOS

CUESTIONARIO A RELLENAR POR LOS ALUMNOS

En el marco del Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Universidad de Murcia se está realizando un estudio de investigación de tesis sobre los Planes Municipales de drogodependencias y su impacto social y educativo. El cuestionario es completamente anónimo. Tu colaboración es de gran importancia para el desarrollo de la investigación. Muchas gracias

1. Nombre del Centro Educativo en el que estudias:
2. Municipio:
3. Curso Educativo que realizas:
4. Sexo:
5. Edad:
6. ¿Has recibido formación sobre prevención de drogodependencias durante este curso escolar?
7. ¿Has oído hablar del Plan Municipal de Drogodependencias?
¿Sabes lo que es?
8. ¿Qué duración ha tenido la formación de prevención en drogodependencias?
 - I. Durante unos días
 - II. Durante unas semanas
 - III. Durante unos meses
 - IV. Durante todo el curso
9. ¿Crees que tendrían que tener mayor continuidad las actividades de prevención de drogodependencias?

10.¿Quién ha impartido la formación sobre prevención en drogodependencias?

- a. Un profesor del Centro Educativo (desde una asignatura)
- b. El orientador del Centro Educativo
- c. Un profesor ajeno al Centro Educativo

11.¿En qué horario has recibido este tipo de formación de prevención en drogodependencias?

- a. En horario de tutoría
- b. En horario de una asignatura (indica cual)--------
- c. En horario extraescolar

12.¿Qué temas se han trabajado en las actividades de prevención de drogodependencias en las que has participado?

- a. Drogas legales: tabaco y alcohol
- b. Drogas legales: medicamentos
- c. Drogas ilegales: marihuana
- d. Drogas ilegales: pastillas
- e. Drogas ilegales: cocaína o heroína
- f. Cómo decir no al consumo de drogas
- g. Otros temas:.....

13.¿Te gustaría que se hablara de algún otro tema en las actividades de prevención de drogodependencias? Indica cuál

14.¿Te han gustado las actividades de prevención de drogodependencias que has realizado?

15.¿Propondrías otras? En caso afirmativo indica cuál o cuáles

16.¿La formación de prevención en drogodependencias que has recibido te ha ayudado a saber más sobre las drogas?

17.¿Crees que estas actividades son importantes para que los jóvenes no consuman drogas?

18.¿Crees que el consumo de drogas puede dañar tu salud?

19.¿Consumes algún tipo de droga? En caso afirmativo indica cuál:

- a. Tabaco
- b. Marihuana
- c. Alcohol
- d. Drogas de diseño
- e. Cocaína
- f. Otras:

20.¿Tienes amigos cercanos que consuman drogas?

21.¿Por qué crees que algunas personas consumen drogas?

22.¿Crees que este tipo de programa de prevención de drogodependencias deberían continuar realizándose?

