

Promoción de la salud y prevención escolar del consumo de drogas en contextos de vulnerabilidad social

Ariana De Vincenzi

Universidad Abierta Interamericana,
Argentina.
ariana.devincenzi@uai.edu.ar

Gustavo Bareilles

Universidad Abierta Interamericana,
Argentina.
gustavo.bareilles@uai.edu.ar

Resumen

Se presentan los resultados de un programa para la promoción de estilos de vida saludables y sostenibles, la prevención del consumo de drogas que se desarrolló en escuelas de educación primaria insertas en comunidades vulnerables en dos provincias argentinas (Buenos Aires y Santa Fe) entre los años 2002 y 2009.

El objetivo fue indagar, en niños y niñas de 6 a 14 años que asisten a escuelas primarias, las variaciones en los conocimientos sobre sí mismos, los cuidados de la salud y las habilidades sociales, a partir de la implementación de un programa de prevención y cuidado de la salud.

Se utilizó la estrategia de estudio de casos comparativos sobre una muestra no probabilística compuesta por 634 niños. El abordaje metodológico se basó en un diseño de investigación descriptivo-analítico, longitudinal, cuasi experimental del tipo: ensayos comunitarios.

Entre las conclusiones se encontró que el programa tiende a mejorar significativamente el dominio de las áreas en cuestión: conocimientos sobre sí mismos (53% de los estudiantes presenta indicadores de mejoría), cuidados de la salud (un 73%) y habilidades para la vida (un 74%). Al hacerlo según género se observa que las mujeres obtienen más beneficios en el eje conocimiento de sí mismo, mientras que los varones tienen mejores logros en el eje cuidados de la salud y habilidades para la vida.

Palabras clave

Promoción de la salud, investigación-acción pedagógica, enseñanza-aprendizaje, responsabilidad social, Argentina (Fuente: Tesaurus de la Unesco).

Recepción: 2011-06-13 | Aceptación: 2011-11-22

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

De Vincenzi, A. & Bareilles, G. (2011). Promoción de la salud y prevención escolar del consumo de drogas en contextos de vulnerabilidad social. *Educ. Educ.* Vol. 14, No. 3, 577-600.

Promoting Health and Drug-Use Prevention at Schools in Socially Vulnerable Areas

Abstract

The article presents the results of a program developed between 2002 and 2009 to promote healthy and sustainable lifestyles and to prevent drug use at primary schools in vulnerable communities in two Argentine provinces (Buenos Aires and Santa Fe).

The objective was to study a group of primary school students ages six to 14 so as to identify changes in what they know about themselves, about health care and about social skills. This was accomplished through the implementation of a health care and drug prevention program. The strategy involved comparative case studies on a non-probability sample comprised 634 youngsters. The methodological approach was based on a longitudinal, descriptive-analytical research design of a quasi-experimental nature; specifically, community trials.

Among the conclusions, it was found the program tends to bring about a significant improvement in mastery of the areas in question; that is, students knowledge about themselves (53% demonstrated signs of improvement), health care (73%) and life skills (74%). A breakdown by gender shows females derive more benefit with respect to knowledge about themselves, while males do better in health care and life skills.

Keywords

Health promotion, educational action-research, teaching-learning, social responsibility, Argentina (Source: Unesco Thesaurus).

Promoção da saúde e prevenção escolar do consumo de drogas em contextos de vulnerabilidade social

Resumo

Apresentam-se os resultados de um programa para a promoção de estilos de vida saudáveis e sustentáveis, e para a prevenção do consumo de drogas que se desenvolveu em escolas de educação primária inseridas em comunidades vulneráveis em duas províncias argentinas (Buenos Aires e Santa Fe) entre os anos de 2002 e 2009.

O objetivo foi questionar, com crianças de 6 a 14 anos que vão a escolas primárias, as variações no conhecimento sobre si, os cuidados da saúde e as habilidades sociais, a partir da implementação de um programa de prevenção e cuidado da saúde.

Utilizou-se a estratégia de estudo de casos comparativos sobre uma amostra não probabilística composta por 634 crianças. A abordagem metodológica se baseou em um desenho de pesquisa descritivo-analítico, longitudinal, quase experimental do tipo: ensaios comunitários.

Entre as conclusões encontra-se que o programa tende a melhorar significativamente o domínio das áreas em questão: conhecimento sobre si mesmo (53% dos estudantes apresentam indicadores de melhoria), cuidados da saúde (73%) e habilidades para a vida (74%). Ao fazer o estudo segundo o gênero, observa-se que as mulheres obtêm mais benefícios no eixo conhecimento de si mesmo, enquanto os homens têm melhores conquistas no eixo cuidados da saúde e habilidades para a vida.

Palavras-chave

Promoção da saúde, pesquisa-ação pedagógica, ensino-aprendizagem, responsabilidade social, Argentina (Fonte: Tesouro da Unesco).

Introducción

Desde el año 2002 la Universidad Abierta Interamericana (UAI), de Argentina, ha diseñado y puesto en funcionamiento un “Programa para la promoción de estilos de vida saludables y sostenibles, y la prevención del consumo de drogas”.

Los principios y compromiso afines con el sentido de responsabilidad social universitaria explicitados en la misión de la UAI promueven la implementación de este tipo de programas: “...formación de profesionales que posean reflexión crítica sobre el contexto, estén comprometidos con la defensa de valores y derechos y sean capaces de operar sobre la realidad desde una postura humanista y transformadora” (...) “brindando educación de calidad en los niveles de grado, posgrado y pregrado, ofreciendo condiciones que favorecen la inclusión social y aportando así a la democratización del conocimiento” (Misión UAI, 1995).

Esta perspectiva se inscribe dentro de los enunciados de la Declaración Mundial de Educación Superior (2009): “Ante la complejidad de los desafíos mundiales, presentes y futuros, la educación superior tiene la responsabilidad social de hacer avanzar nuestra comprensión de problemas polifacéticos con dimensiones sociales, económicos, científicos y culturales, así como nuestra capacidad de hacerles frente” (Conferencia Mundial de Educación Superior. Unesco, 2009).

Dada la intersectorialidad del tema, la UAI se ha integrado a una red internacional de escuelas de educación que trabajan sobre el problema del consumo de drogas, hallándose actualmente a cargo de su coordinación. Esta red fue convocada en el 2006 por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas –Cicad–, que depende de la OEA y la conforman once universidades de ocho países de América Latina y el Caribe.

Se trata de un programa de investigación y acción comunitaria diseñado bajo la modalidad pedagógica del aprendizaje y servicio, como propuesta educativa que favorece el compromiso social de los participantes con necesidades reales del entorno, a efectos de mejorarlo. Los procesos de transformación social, cultural, política y económica iniciados desde la década de los 70 imponen a la Universidad el desafío de diseñar inno-

vaciones educativas, enfoques de intervención sensibles a las necesidades sociales y demandas de nuestro medio, avanzando en respuestas contextualizadas y comprendiendo la educación, no solo desde una perspectiva personal sino también desde una sociocomunitaria.

Se ha diseñado, implementado y evaluado este *Programa* desde el supuesto de que para favorecer el conocimiento y toma de conciencia hacia la prevención primaria es necesario brindar una formación integral, que no solo colabore en el conocimiento de sí por parte del sujeto sino también de situaciones de salud que se deben favorecer y de habilidades para relacionarse en la vida.

Por lo que respecta al análisis de la esfera actitudinal, las actitudes hacia el consumo actúan como moduladoras de las experimentaciones, así como de los propios hábitos de ingesta. Se emplea un enfoque multidimensional de las actitudes (Haddock y Zanna, 1999), basado en la naturaleza tridimensional de la actitud, según el cual tanto la información cognitiva como la afectiva son importantes en la predicción de las actitudes, de modo que afecto, cognición y comportamiento (sentir, saber y actuar) se encuentran conectados por una reacción valorativa de agrado/desagrado. Aunque no se ha constatado una correspondencia biunívoca entre actitud y conducta, sí se confirma un estrecho vínculo entre las actitudes hacia las drogas y las conductas de consumo (Botvin y Botvin, 1992; Moral et al., 2006).

En la literatura científica especializada sobre el tema de los últimos años (Becoña y Míguez, 2006; Calafat, 2007; Calafat, Fernández, Juan y Becoña, 2007; Míguez y Becoña, 2008; Moral, 2007; Moral, Rodríguez y Sirvent, 2005, 2006) se constata que en la experimentación infanto-juvenil con drogas subyacen multitud de condicionantes de índole psicosocial, como: deseos de integración grupal, intentos de evitar el rechazo, déficit de habilidades interpersonales

ante presiones grupales, así como procesos de modelamiento simbólico.

Por eso, resulta prioritario desarrollar programas de prevención integrales que contemplen la adquisición de conocimientos, en niños y niñas escolarizados, en relación con el desarrollo de la autoestima, el cuidado de la salud y la incorporación de habilidades sociales, que generen nuevas competencias que les permitan responder frente a diferentes situaciones cotidianas, y preserven su integridad física y psíquica.

En la medida en que estos conocimientos y habilidades se integren a los que los niños poseen de la realidad, se traducirán en conductas asertivas para con el medio social. La interacción de los niños entre sí, con el docente y con su medio social, permitirá la construcción de conocimientos significativos y transferibles a las relaciones sociales.

Por este motivo se ha seleccionado para ser destinatarios del programa en cuestión a niños y niñas que viven en poblaciones en situación de vulnerabilidad social, entendida como una condición de riesgo, dificultad y/o fragilidad (riesgo de deterioro físico-psíquico, pérdida o imposibilidad de acceso a adecuadas condiciones habitacionales, sanitarias, educativas, laborales, previsionales, de participación, de acceso diferencial a la información y a las oportunidades), que inhabilita de manera inmediata, o en el futuro, a los hogares afectados, en la satisfacción de su bienestar –en tanto subsistencia y calidad de vida– en contextos sociohistóricos y culturalmente determinados (Minujin, 1998; Castel, 1991, 1995, 1996; Perona, 2001).

Las confirmaciones empíricas que demuestran una significativa reducción de las edades de inicio en el consumo de drogas han promovido el trabajo con población infantil entre los 6 y los 14 años (Arnau, 2001).

Por ello, el interrogante central que ha motorizado el proceso de intervención es: ¿se producen modificaciones en los conocimientos que los niños y niñas de 6 a 14 años tienen sobre sí mismos, los cuidados de la salud y las habilidades para la vida, a partir de la implementación de un programa de promoción-prevención y cuidado de la salud en escuelas de enseñanza primaria insertas en poblaciones vulnerables?

A partir de este interrogante se han planteado los siguientes objetivos:

- Evaluar si la implementación de un programa de promoción y prevención, y cuidado de la salud, genera variaciones en los conocimientos de los niños que asisten a escuelas primarias insertas en comunidades vulnerables en el conurbano bonaerense de la provincia de Buenos Aires y en la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe).
- Analizar si existen diferencias en las variaciones de los conocimientos sobre sí mismos, el cuidado de la salud y las habilidades sociales, a partir de la implementación del programa, teniendo en cuenta la edad y el género.

Justificación y estado de la cuestión

La aplicación en el contexto escolar de intervenciones de promoción y educación para la salud (PES), sensibles a los planteamientos formulados en la Declaración de Ottawa de la Asociación Médica Mundial sobre el derecho del niño a la atención médica adoptada por la 50^a Asamblea General de la AMM (Canadá, octubre 1998), forma parte de las recomendaciones de diversas instituciones de reconocido prestigio, como la OMS, la Unesco, la Unicef, el Consejo de Europa y la Comisión Europea. Desde la Conferencia Europea de Educación para la Salud, celebrada en Dublín en 1990, se recomendó la inclusión de contenidos de PES en el currículo escolar de la enseñanza obligatoria (Salvador Llivina, Suelves Joanxich y Puigdollers Muns, 2008).

Una investigación realizada por Al-Halabí, Secades, Errasti, Fernández, García y Carballo (2006) sugiere que la credibilidad percibida por parte de los padres de la entidad que convoca a un programa de prevención, en este caso el centro escolar, puede ser una variable determinante de la asistencia de los padres a los programas de prevención familiar. También

señalaron la importancia de las actitudes del equipo directivo y del personal del centro escolar hacia la decisión de los padres de participar cuando el programa se desarrolla en este contexto. Matellanes (2002) afirma que existe consenso acerca de que el medio educativo es el espacio ideal de intervención cuando hablamos de prevención universal.

Abundan resultados hallados en investigaciones en las que se incide en la necesidad de involucrar de forma activa tanto a la familia (Fernández y Secades, 2002; Kumpfer y Johnson, 2007) como al propio grupo de iguales empleados como mediadores (Moradillo, 2003) a modo de educación de calle (González Collantes, 2002), orientándose entonces la intervención hacia programas multimodales. Sin embargo, las mismas investigaciones señalan que los efectos positivos conseguidos por estas intervenciones decaen habitualmente en los años sucesivos a la implementación de la intervención. Además, con frecuencia el efecto observado tras la aplicación del programa es inferior al esperado.

Entre las posibles causas de esta situación se ha sugerido la implementación inadecuada, incluyendo la menor intensidad o duración de las sesiones, expectativas previas inapropiadas, limitaciones en el diseño y evaluación del programa, sesgos asociados a la pérdida de los alumnos de mayor riesgo, o el uso de mensajes inadecuados (Sánchez-Martínez, Ariza Cardenal, Pérez Jiménez, Diéguez Ferrer, López Medina y Nebot Adell, 2010).

La literatura científica ha evidenciado que los programas preventivos escolares que incorporan contenidos que ayudan a identificar la presión social para consumir y promueven las habilidades para lograr su rechazo, son los que permiten alcanzar mayor efectividad en la prevención del uso de sustancias entre los jóvenes.

Entre este tipo de programas, el de “Entrenamiento de habilidades para la vida” (*Life Skills Training*) LST es de prevención del consumo de drogas en adolescentes, propuesto por Gilbert E. Botvin y su equipo de la Universidad de Cornell, que ha sido sometido a prueba repetidamente en las áreas urbanas y suburbanas de Nueva York y en la zona norte de Nueva Jersey desde que se aplicó por primera vez en 1979.

Los estudios que han evaluado los enfoques LST han encontrado que es capaz de producir reducciones iniciales en consumo de tabaco, alcohol y marihuana en un 50% o más. Además de evaluar su efectividad a corto y largo plazo, la investigación basada en el enfoque LST ha incluido estudios dirigidos a evaluar su efectividad utilizando diferentes métodos de aplicación, con y sin sesiones adicionales, usando distintos administradores del programa y con diversas poblaciones. Estos han comprendido desde estudios pilotos a pequeña escala que implicaron a pocas escuelas y a unos pocos cientos de estudiantes, hasta investigaciones a gran escala, con múltiples localizaciones y asignación aleatoria, que implicaron hasta 56 escuelas y casi 6.000 estudiantes.

Botvin y colaboradores informan de efectos significativos y congruentes, a lo largo de los distintos estudios, sobre las variables de conocimiento (consecuencias inmediatas del consumo de tabaco, prevalencia de la conducta de fumar, sobre la aceptabilidad social de esta, habilidades sociales, sobre consumo de alcohol y marihuana, sobre publicidad) y sobre las actitudes. Sin embargo, en relación con las variables de personalidad (disminución de la ansiedad social, de la necesidad de aceptación por parte del grupo control y de la autoestima) admiten que los resultados son incongruentes, pues encuentran en unos casos efectos significativos para algunas de ellas y en otros no. En el único estudio que evalúa el efecto del programa en las habilidades para la vida de los sujetos no encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y de control, aunque sí detectaron resultados preventivos respecto a la intención de consumir. Botvin y colaboradores atribuyen esta paradoja a las limitaciones de los instrumentos utilizados para la evaluación de las habilidades para la vida (Botvin, Schinke, Epstein y Díaz, 1994).

Los hallazgos obtenidos del trabajo de Faggiano et al. (2009), comprueban que los programas de prevención de educación psicosocial son efectivos, pues reducen las actitudes hacia el consumo y su reflejo en una conducta real de rechazo hacia las mismas. El cambio de actitud deriva de un movimiento de las creencias o expectativas asociadas al consumo que producen cambios muy significativos en el sentido, no solo de un fortalecimiento de las actitudes contrarias al consumo, sino de nuevas manifestaciones de esta tendencia más saludables.

Se constata mayor eficacia preventiva en la programación de actividades desarrolladas en el ámbito socioeducativo y de programas de capacitación en comparación con los meramente informativos o realizados en otros ámbitos (Espada et al., 2002).

Principales consideraciones teóricas

1. Educación y salud como derecho: la noción de promoción de la salud

La concepción de la salud, entendida como una construcción social, dinámica, intersectorial e interdisciplinaria, colabora con el vínculo entre salud y educación; se correlaciona con una noción de educación, como el derecho de todo ciudadano a valerse por sí mismo y procurar mejores condiciones de bienestar y salud.

La meta de universalización de la escolaridad básica impone a las escuelas el desafío de asumir un lugar de mayor relevancia social en la implementación de programas para la promoción de la salud. Es esperable que los colegios constituyan la primera institución por la que las niñas, niños y adolescentes transiten de manera sistemática y sostenida convirtiéndose, así, en espacios privilegiados para desplegar todo tipo de contenidos de valor para la promoción social y el ejercicio de los derechos del ciudadano.

La escuela juega un rol estratégico en la difusión de valores, actitudes y comportamientos que contribuyen al desarrollo integral de niños y jóvenes que pueden anticipar la aparición de riesgos en el medio social. Dentro del ámbito escolar se da la posibilidad de desarrollar un proceso continuo y sistemático que actúe no solamente sobre los alumnos sino que pueda involu-

crar a los pares y a las familias para ayudar a fomentar conocimientos y comportamientos relacionados con estilos de vida saludables, de autoprotección y de rechazo a las drogas (Cicad, Lineamientos Hemisféricos, 2005).

2. ¿Qué es un programa?

La inclusión de los contenidos y metodologías que proponen la promoción de los estilos de vida saludables y sostenibles, y la prevención del uso y abuso de drogas en los currículos lleva tiempo, necesario para establecer acuerdos y consensos en cada una de las instancias en las que se toman decisiones. Por esto, una alternativa posible la constituye su inclusión a través de programas específicos en los que al mismo tiempo se capacita a niñas, niños y adolescentes, y a sus docentes.

Tomando como referencia distintos aportes, en el contexto de este trabajo se considerará que un programa es un conjunto de actividades y/o proyectos sistematizados y coordinados entre sí para el logro de objetivos en y para un contexto socio-histórico determinado (Cicad, 2009). Dentro de las características que todo programa debería incluir están: la planificación, la fundamentación teórica y empírica, la coherencia –interna, con la teoría, con el contexto y en su aplicación–, la flexibilidad, la gestión coordinada, el sostenimiento en el tiempo, la posibilidad de ser evaluado, la efectividad, la eficacia, la eficiencia, la viabilidad, la interdisciplinariedad y la posibilidad de que sea intra e intersectorial (Becoña, 2002).

3. Diferencia entre promoción y prevención

Para conocer las diferencias involucradas entre promoción y prevención es posible usar algunos de los componentes de los programas trabajados en estos enfoques, los cuales permiten desplegar los criterios que cada uno utiliza, y distinguir cuáles son los lineamientos subyacentes a cada uno de ellos (tabla 1).

Tabla 1. Comparativa de componentes para promoción y prevención

Componentes	Promoción	Prevención
Propósitos	Lograr un buen nivel de vida, y de salud, como derecho fundamental y buscar su equidad.	Evitar las enfermedades, diagnosticarlas, tratarlas y rehabilitar cuando fuera necesario.
Objetivos	Modificar las condiciones de vida a través de políticas públicas saludables, el empoderamiento, el desarrollo de habilidades personales y la adquisición de hábitos saludables.	Reducir los factores de riesgo. Aumentar los factores de protección.
Técnicas y estrategias	Diversas, participativas, complementarias e intersectoriales.	Únicas, prescriptivas, basadas en evidencias.
Contenidos	Salud como derecho, desde una perspectiva multidimensional. Información integral e integrada sobre el fenómeno de las drogas, apelando a la co-responsabilidad de todos. Habilidades de resistencia, sociales y para la vida.	Salud como ausencia de enfermedad. Información de consecuencias negativas asociadas al consumo. Contenidos moralistas, que apelan al miedo. Factores de riesgo del ambiente. Habilidades de resistencia, sociales y para la vida.
Recursos	Recursos humanos: la comunidad entera.	Recursos humanos del sector de la salud
Ámbito	Comunitario / social.	Específico a los grupos de riesgo identificados (selectivo, universal e indicado).
Beneficiarios	Toda la comunidad.	Predominantemente grupos de riesgo identificados.
Etapas	Planificación, implementación y evaluación.	Planificación, implementación y evaluación.
Responsables	Multisectorial y co-responsabilidad.	Profesionales del sector salud.

Fuente: Czeresnia y Machado de Freitas (2006).

4. Factores protectores y de riesgo en las escuelas

Los factores de protección o de riesgo no solo están presentes en las familias o los grupos de pertenencia en los que se involucra cada persona. Si bien las prácticas concretas las ejecutan personas, los entornos institucionales donde se desarrollan, de algún modo las determinan y, en este sentido, es que las escuelas también pueden ser promotoras de modelos más o menos saludables o más riesgosos. Resulta interesante observar que los dos tipos de factores –protectores y de riesgo– están interconectados: cuando suben los factores protectores necesariamente bajan los de riesgo, y viceversa.

Se detallan los factores protectores y de riesgo más visibles en las instituciones escolares (tabla 2).

5. Modelo teórico del Programa de prevención del consumo de drogas en adolescentes, de G. Botvin, “Entrenamiento de habilidades para la vida” (“Life Skills Training” LST)

Dos son las teorías que fundamentan la estrategia preventiva LST en las que se modela el programa que se ha evaluado. Por un lado, la del aprendizaje social de Bandura (Bandura, 1977) que postula que, a través de la observación, el niño/a aprende conductas y desarrolla expectativas sobre las consecuencias positivas o negativas de las mismas y, por otro lado, la del comportamiento problemático, de Jessor y Jessor (1977), según la cual los adolescentes se embarcan en conductas problemáticas porque

Tabla 2. Comparativa de factores protectores y de riesgo en las escuelas

Factores protectores en la escuela	Factores de riesgo en la escuela
Presencia de relaciones integradoras no dominantes.	• Fomento de la competitividad y el individualismo.
• Fomento de la cooperación y la solidaridad.	• Promoción de la pasividad y la dependencia.
• Promoción de la autonomía personal.	• Existencia de relaciones de dominación, desequilibradas y discriminatorias.
• Establecimiento de relaciones de igualdad.	• Relación vertical entre profesor-alumno.
• Comunicación fluida y bidireccional.	• Utilización de metodologías pasivas basadas en transmitir conocimientos.
• Participación del alumnado en los procesos de enseñanza y aprendizaje.	• Programas enfocados principalmente en los contenidos y no en las necesidades del alumno.
• Profesores accesibles y cercanos.	• Ignorancia de las características individuales de cada alumno.
• Docentes que conocen y respetan los intereses de los alumnos.	• Promoción o formación de individuos manipulables.
• Promoción de un clima social empático.	• Relaciones de enfrentamiento entre el equipo docente.
• Fomento de la coordinación y del trabajo en equipo.	• Una escuela cerrada a los demás sistemas sociales.
• Establecimiento de vínculos positivos entre la escuela y la comunidad.	

Fuente: Lineamientos hemisféricos de la Cicad en prevención escolar, 2005.

Organización de los Estados Americanos –OEA–. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas –Cicad–.

las perciben como funcionales, con las que pueden hacer frente a su entorno y conseguir los objetivos que desean.

Desde esta perspectiva se considera que el consumo de drogas es una conducta socialmente aprendida (se adquiere por modelado y reforzamiento), resultado de la compleja interacción entre múltiples factores socioculturales, biológicos-genéticos y socioambientales. Estos factores van a modelar e interactuar con las expectativas cognitivas del niño/a y adolescente relacionadas con las drogas (conocimientos, actitudes, normas), con sus competencias generales (habilidades de automanejo y sociales), y con las habilidades específicas para resistir la influencia que ejercen los medios de comunicación y el grupo de iguales a favor del consumo (Botvin, 1995).

El grado de influencia que ejerzan los factores ambientales sobre el niño/a o adolescente dependerá de factores psicológicos, como la autoeficacia, la autoestima,

el sentido de control personal, el ajuste psicológico, la ansiedad social y la percepción de las oportunidades que le ofrece su vida.

Características del programa de G. Botvin y componentes preventivos

El LST consta de tres componentes principales, que se subdividen en otros más específicos. Los dos primeros van dirigidos a mejorar la competencia personal global del adolescente, mientras que el tercero está más específicamente relacionado con el consumo de drogas:

1. Un componente de entrenamiento de habilidades personales de automanejo.
2. Un componente de entrenamiento en habilidades sociales dirigido a mejorar aquellas interpersonales generales de los estudiantes.

3. Un componente de información y habilidades relacionadas con las drogas, que se dirige a los conocimientos y actitudes más vinculados con el consumo, a las expectativas de carácter normativo, y a las habilidades destinadas a resistir las influencias que incitan al consumo que provenga de los iguales y de los medios de comunicación.

6. Vulnerabilidad social, resiliencia y “entrenamiento de habilidades para la vida”

La crisis socioeconómica del 2001 ha producido un importante deterioro social en las condiciones de vida de la población argentina. Las consecuencias de este proceso económico provocaron un efecto negativo en comunidades, hogares y personas en varias dimensiones de la vida social durante toda la última década. Vastos sectores de la sociedad se encuentran hoy en una situación de alta vulnerabilidad social.

La condición de indefensión y el debilitamiento de los recursos y capacidades (Pizarro, 2001) en relación con las importantes transformaciones económicas asociadas al mercado de trabajo, definieron una nueva matriz socioeconómica de alta vulnerabilidad social (Vinocur y Halperin, 2004).

La División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal-Celade) define la vulnerabilidad social como:

La combinación de: i) eventos, procesos o rasgos que entrañan adversidades potenciales para el ejercicio de los distintos tipos de derechos ciudadanos o el logro de los proyectos de las comunidades, los hogares y las personas; ii) la incapacidad de respuesta frente a la materialización de estos riesgos, y iii) la inhabilidad para adaptarse a las consecuencias de la materialización de estos riesgos (Cepal, 2002b: 21).

La vulnerabilidad social, en tanto que posibilidad del daño, se ha ido asociando, no solo con las condiciones del individuo sino, cada vez más, con las condiciones del medio (ambientales, sociales o de otro tipo) en que su vida se desarrolla, dando lugar a la necesidad de incorporar los aspectos socioculturales en la comprensión de este concepto. De ahí que se hable, frecuentemente, de “poblaciones vulnerables”, para referirse a aquellos

grupos de personas que, a consecuencia de las condiciones del medio en que viven, están en una situación de mayor susceptibilidad al daño.

La pertenencia a un grupo, género, localidad, medio, condición socioeconómica, cultura o ambiente, convierte en vulnerables a los individuos. Son las condiciones de especial fragilidad en que ciertos ambientes o situaciones socioeconómicas se desenvuelven las que colocan a las personas en situación de sufrimiento. Así, por ejemplo, el análisis de las condiciones de las víctimas de los desastres naturales, las situaciones de marginalidad y delincuencia, la discriminación racial o de género, la exclusión social, los problemas de salud, etc. llevan a la afirmación de que existen “espacios de vulnerabilidad” (Delor & Hubert, 2000). Estos “espacios de vulnerabilidad” configuran un “clima” o “condiciones desfavorables” que exponen a las personas a mayores riesgos, a situaciones de falta de poder o control, a la imposibilidad de cambiar sus circunstancias, y por tanto, a la desprotección.

El concepto de vulnerabilidad social adoptado implica, por ende, el reconocimiento de dos cuestiones fundamentales:

- a. establece una relación entre los elementos externos al grupo social con las características socioeconómicas y culturales que posee dicho grupo, e
- b. introduce el concepto de “activo” en las poblaciones pobres (Clichevsky, 2002, 12) mostrando que las mismas poseen recursos y que hacen uso de ellos de forma continua para mejorar su situación o enfrentar circunstancias adversas.

Es, por eso, un concepto extenso que incluye exposición, sensibilidad y resiliencia (capacidad para resistir o recuperarse) (Clichevsky, 2002).

Una de las respuestas más alentadoras que han construido los investigadores interesados en trabajar la prevención bajo el enfoque riesgo-protección, es la que se refiere a la teoría de la resiliencia, una corriente conceptual que examina

los factores proximales que contribuyen al riesgo, y actúa desde la protección hacia los vulnerables que enfrentan un grado de adversidad acumulada. Resiliencia es básicamente fortaleza, y contiene los siguientes componentes básicos: nuevos aprendizajes, sentido de pertenencia, transformación de los climas comunitarios, capacidad de autoevaluarse, que combinados tienen la posibilidad de ofrecernos herramientas para *poder* enfrentar con éxito la adversidad y lograr el empoderamiento de las comunidades vulnerables, es decir, de aquellas que enfrentan un gradiente importante de riesgo acumulado.

Este nuevo enfoque está preocupado por el desarrollo de los recursos y no por la superación de las carencias. Este nuevo *enfoque proactivo* es incluyente, tiene una visión basada en el desarrollo humano. De esta manera, los investigadores y promotores que trabajan con el *enfoque proactivo* están interesados en saber más sobre el aprendizaje.

Cuando se analizan historias de vida *resilientes*, es decir, historias de personas vulnerables que han enfrentado con éxito situaciones muy difíciles, de muerte, separación de seres queridos, guerras, eventos negativos de la vida acumulados en un lapso muy breve, enfermedades propias o de seres queridos, profundas decepciones profesionales o personales, etcétera, con frecuencia se sorprenden y dicen cosas como “no sé de dónde saqué fuerza para enfrentarlo”, y en un análisis posterior se ve claramente que no fue una *gran fuerza* de magnitud proporcional al sufrimiento, sino el uso de un recurso positivo del vínculo, de la situación, del ambiente, del contexto, que quizá hasta ese momento parecía inadvertido, es decir, la misma persona no sabía que tenía ese tipo de recursos o que tiene ese tipo de posibilidades factibles de aprender mediante un programa.

Como se expuso, los actuales enfoques sobre vulnerabilidad social intentan comprender la multiplicidad de riesgos que afecta al nivel de vida de toda la población y la acumulación de desventajas sociales, que pueden amenazar las capacidades de respuesta o conducir a procesos adaptativos negativos (Cepal, 2002b: 29). Las capacidades son uno de los polos de la identidad personal, el otro es el reconocimiento, es decir, el recur-

so a las demás personas para dar estatuto social a la certeza personal que tiene cada individuo respecto de sus propias capacidades, porque, como afirma Ricoeur (2005), las capacidades se pueden observar desde fuera, pero lo esencial de ellas es que se sienten y viven desde dentro, con certeza. Lo que se está queriendo decir con este planteamiento es algo esencial: capacidad y reconocimiento son dos elementos necesarios e insustituibles de la identidad de las personas. El conocimiento de uno mismo requiere la presencia de los otros, el reconocimiento mutuo. La identidad y la alteridad están unidas (Domingo Moratalla, 2006).

Metodología de investigación para la evaluación del programa de intervención

Diseño del estudio y selección de la muestra

Se trata de una experiencia de investigación-acción diacrónica de tres años de duración. El abordaje metodológico del programa se basó en un diseño de investigación descriptivo-analítico, de carácter longitudinal, cuasi experimental, del tipo: ensayos comunitarios.

Se utilizó la estrategia de estudio de casos comparativos (Neiman y Quaranta, 2006), sobre una muestra no probabilística compuesta por 634 niños y niñas de 6 a 14 años (320 en Buenos Aires y 314 en Rosario, 316 niñas, 318 niños) escolarizados en instituciones insertas en comunidades vulnerables: seis escuelas de tres zonas del conurbano bonaerense: Lanús/Quilmes, Moreno y Ezeiza, y tres escuelas de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

Para seleccionar la muestra ha sido necesario firmar acuerdos con los organismos oficiales de educación de ambas provincias, para lograr el acceso a los establecimientos. Los mismos determinaron cuáles fueron las escuelas en las que se podía realizar este trabajo de campo. Parte de

este proceso implicó también la firma de acuerdos con los supervisores escolares y la adhesión voluntaria de directivos y maestros para llevar a cabo el proyecto.

Las escuelas seleccionadas para participar del proyecto pertenecen a zonas de influencia que el, para ese entonces, último Censo Nacional de Población (Instituto Nacional de Estadística y Censos –Indec–, 2001) consideró, en gran medida, pobladas por niñas y niños que viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI).

En las comunidades del conurbano bonaerense en las que se trabajó en 2002-2004 (en tiempos de una profunda crisis política y socioeconómica), como en las elegidas para desarrollar el programa en el Gran Rosario durante el período 2006-2009, se pueden identificar indicadores que dan cuenta de una evidente desigualdad de oportunidades y condiciones en el acceso a la educación primaria para estas niñas y niños. En primer lugar, las condiciones materiales de las escuelas, la cantidad de docentes por alumnos y sus niveles de capacitación y actualización, reflejan un proceso de segmentación educativa (Braslavsky, 1999) acentuada por la segregación social de los niños (Reimers, 2000) que se integran exclusivamente con grupos de estudiantes de iguales condiciones socioeconómicas.

Descripción de la intervención e institucionalización del programa

Emprender una intervención sobre un problema social prioritario, como es el avance en el uso indebido de drogas en poblaciones de niños, niñas y jóvenes escolarizados en instituciones insertas en comunidades desfavorables, requirió de una organización con base en tres criterios:

Primero, se configuró un trabajo caracterizado por la interdisciplinariedad y la cooperación, conforme la complejidad de la problemática.

Segundo, la intención fue dejar capacidad instalada en las instituciones educativas y sociales destinatarias, procurando el desarrollo del autocontrol individual y de la resistencia colectiva ante la oferta de drogas.

Tercero, el programa involucró a investigadores, profesores universitarios, estudiantes universitarios, maestros de escuelas, niñas y niños escolarizados, familiares de estos y agentes comunitarios (organizaciones

no gubernamentales, gubernamentales y centros asistenciales).

Tuvo una duración de tres años en cada ámbito, con el fin de procurar un cambio en el comportamiento de los individuos y de la comunidad destinataria, y en los aprendizajes de los estudiantes universitarios. Incluyó un sistema de evaluación y monitoreo de las actividades y sus resultados.

En el primer año la actividad se centró en la nivelación de los conocimientos de los estudiantes universitarios de Psicología, Medicina y Educación de la UAI, y su preparación para las actividades a hacer en las escuelas. Durante el primer semestre de cada trienio, se capacitó a las personas que estarían afectadas al proyecto mediante un programa interdisciplinario estructurado sobre la base de tres ejes: autoestima, cuidados de la salud y habilidades sociales. Además de la necesaria formación en el dominio disciplinar de los temas involucrados, los profesores y estudiantes fueron formados para la implementación de estrategias educativas asociadas a la promoción de la salud y la prevención escolar¹.

Asimismo, durante el primer año, se elaboró el diagnóstico de las instituciones destinatarias y se trabajó en la implementación del pretest para evaluar los conocimientos previos de las niñas y niños escolarizados, conforme los contenidos previstos en el programa. En todas las actividades coparticiparon los actores de cada una de las instituciones educativas: directores, maestros y personal no docente. Se conformaron grupos interdisciplinarios de tres o cuatro alumnos, que concurrieron a las escuelas con profesores de la universidad. Participaron de la elaboración del diagnóstico institucional a través de entrevistas con los directivos y maestros. Este diagnóstico permitió ajustar los materiales didácticos que confeccionan los profesores uni-

1 El modelo de trabajo prevalente es el de promoción de la salud, y las estrategias fundamentales el desarrollo de las capacidades personales, crear ambientes saludables y promover habilidades sociales.

versitarios y que implementan los estudiantes con las niñas y niños escolarizados durante el segundo año del programa.

En el segundo año se capacitó a los maestros de las escuelas participantes a través de un programa de Diplomatura de 200 horas de duración, y se continuó con el desarrollo de las actividades previstas en el programa vinculadas al trabajo semanal en el aula con los niños y niñas. Las actividades que se desarrollaron con ellos incluyeron la utilización de cuadernillos confeccionados especialmente y organizados en tres áreas: autoestima, cuidados de la salud y habilidades para la vida. Iniciada la actividad en el curso, los papeles se distribuyeron de modo que uno de los estudiantes dirigió la actividad, otro ayudó a los niños en la resolución de las diferentes propuestas, y el tercero realizó el registro etnográfico de las narraciones que surgieron en clase.

Al finalizar la jornada los tres estudiantes elaboraron un parte diario con una síntesis de las actividades realizadas y completaron una planilla donde se cotejaron las actitudes identificadas en los niños.

Los profesores universitarios supervisaron las actividades de los estudiantes en las escuelas; cada quince días se reunieron con ellos para evaluar las acciones que estos habían desarrollado y produjeron un informe sobre el desempeño.

En el tercer año se administró la evaluación de impacto del proyecto (postest); se realizaron actividades de prevención comunitaria, transferencia de los conocimientos adquiridos durante todo este proceso y se comprometió a otras instituciones que articulan con las escuelas.

Durante los años en cuestión, los estudiantes universitarios, al participar de este proyecto, suman créditos para sus prácticas preprofesionales. El cronograma de trabajo previó el desarrollo de actividades en las escuelas durante ocho meses por año académico; se implementó en forma periódica y conllevó un sistema de evaluación y monitoreo integrado por una serie de instrumentos:

- Pretest y postest.
- Registros etnográficos de las narraciones de los niños escolarizados en contexto de clase.
- Grilla de seguimiento de actitudes de los niños escolarizados.

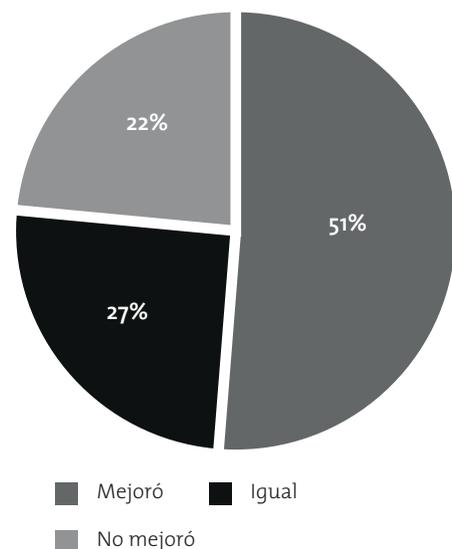
- Partes diarios sobre las actividades realizadas.
- Evaluaciones sobre el rendimiento de los estudiantes universitarios.
- Registro de expectativas y evaluaciones de los docentes y directivos de las escuelas mediante entrevistas y reuniones mensuales.

Análisis descriptivo de los resultados alcanzados en la evaluación

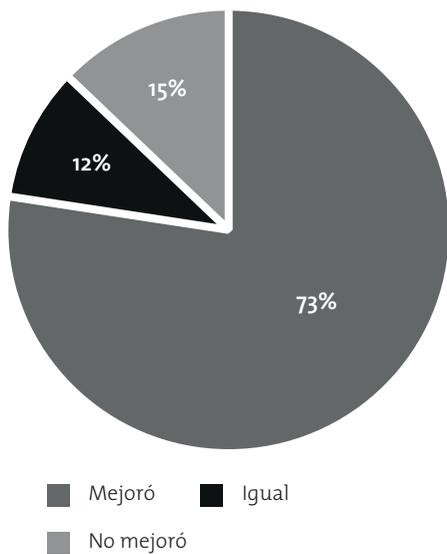
La implementación del programa educativo-preventivo, demostró mejoras en las tres dimensiones abordadas.

- Al analizar los resultados alcanzados a partir de la evaluación comparativa de sus efectos en diversos períodos temporales (pretest / intervención didáctica / postest) por los niños y niñas en las variables conocimiento de sí mismos (autoestima), cuidados de la salud y habilidades sociales, se observa que el programa tiende a mejorar significativamente el dominio de las áreas en cuestión (gráficas 1 a 6):

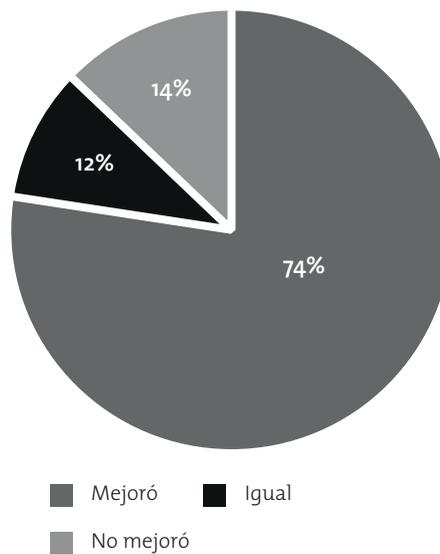
Gráfica 1. Conocimiento de sí mismos



Gráfica 2. Cuidados de la salud

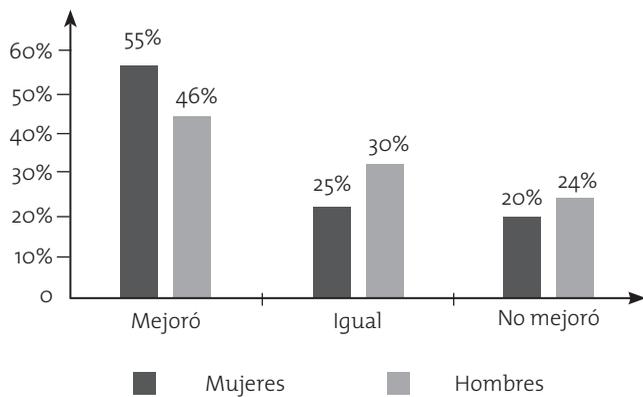


Gráfica 3. Habilidades para la vida

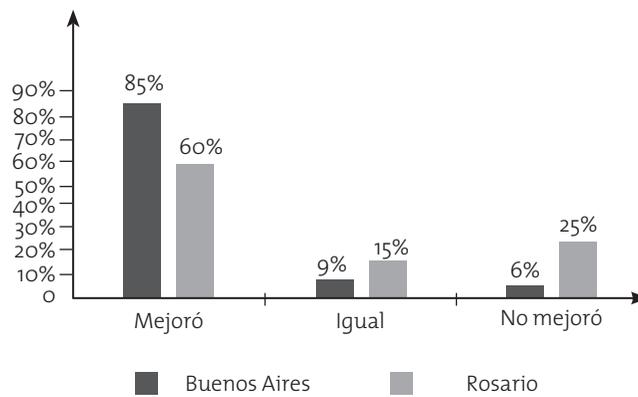


- Los resultados siguen la tendencia general, al ser desagregados por región:

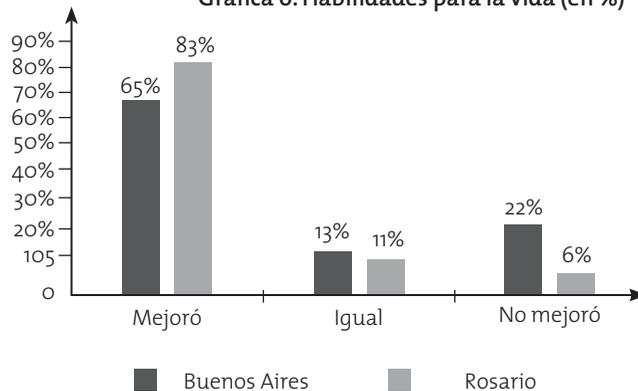
Gráfica 4. Conocimiento de sí mismos (en %)



Gráfica 5. Cuidados de la salud (en %)

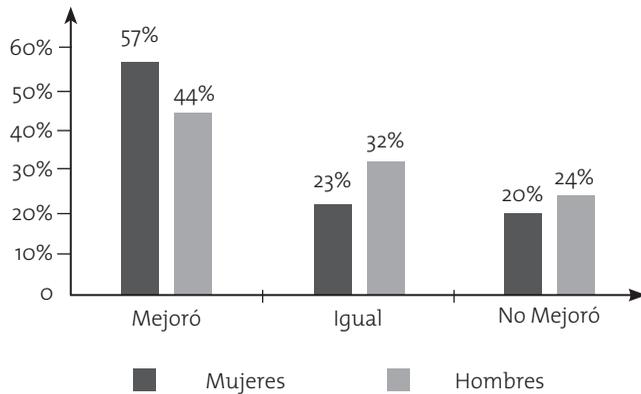


Gráfica 6. Habilidades para la vida (en %)

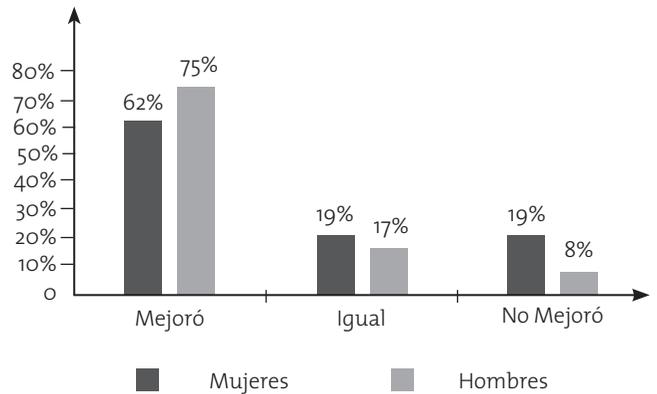


- Al hacerlo según género se observa que las mujeres obtienen más beneficios en el eje conocimiento de sí mismos, mientras que los varones tienen mejores logros en el de cuidados de la salud y habilidades para la vida (gráficas 7 a 9).

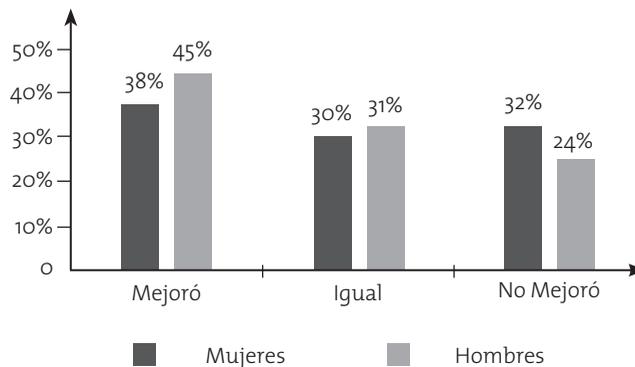
Gráfica 7. Conocimiento de sí mismos (en %)



Gráfica 8. Cuidados de la salud



Gráfica 9. Habilidades para la vida (en %)



- En términos generales, se observan resultados favorables para los tres ejes cuando los niños provienen de familias tipo o monoparentales. En el caso de las niñas y niños sin figura parental (materna o paterna) la variable habilidades para la vida no tiene impacto favorable.
- El eje cuidado de la salud en todos los intervalos registró mejores resultados en el dominio de conocimientos de niñas y niños en la evaluación final respecto de la evaluación inicial.
- En relación con las variables conocimiento de sí mismos (autoestima), cuidados de la salud y habilidades sociales, según edad, el intervalo 8 a 11 años fue el más beneficiado.
- Se advierte que los niños y niñas que se aproximan a la edad identificada por los censos internacionales y nacionales como "edad de inicio del consumo de drogas" (13-14 años) es la que responde más satisfactoriamente a la implementación del

programa, en términos de apropiación de conocimientos abordados en él. Se puede inferir que la cercanía de estos jóvenes a experiencias asociadas al consumo de drogas explicaría su mayor interés por adquirir información relativa a esta problemática. Algunos registros etnográficos realizados en el marco de los intercambios producidos en el contexto de aula de escuelas del caso ciudad de Rosario permiten sostener esta inferencia:

Leandro (12 años): "la droga hace que, por ejemplo, tu casa se vea lejos cuando está cerca".

Pablo (16 años): "a mi amigo el día de su cumpleaños lo mataron por vender droga".

Resultados obtenidos en la evaluación desde la perspectiva del aprendizaje-servicio

- Se formó a los estudiantes universitarios en valores para la participación ciudadana así como para la aplicación de los contenidos en contextos reales.
- Se logró que sean protagonistas del servicio solidario y estén formados para atender necesidades particulares de la comunidad.
- Se involucró a los maestros, que participaron activamente en el desarrollo, seguimiento y evaluación del proyecto.
 - Estos tres resultados obtenidos consolidan factores protectores como: presencia de relaciones integradoras no dominantes; fomento de la cooperación y la solidaridad, comunicación fluida y bidireccional con docentes accesibles y cercanos, y fomento de la coordinación y del trabajo en equipo.
- Se diseñó un programa curricular planificado en forma integrada, con contenidos de aprendizaje de las diferentes carreras que participan del proyecto en función de mejorar la calidad educativa.
- Se creó un espacio para la capacitación y actualización de docentes y directivos en prácticas de prevención escolar desde el modelo de aprendizaje servicio.
- Se generó un vínculo de cooperación e intercambio de ideas y experiencias entre escuelas y la Universidad acerca del desarrollo de proyectos educativos

solidarios, lográndose el establecimiento de vínculos positivos entre la escuela y la comunidad.

Conclusiones / Discusión

- La evaluación de los resultados postest corrobora que la implementación del programa de promoción y prevención, y cuidado de la salud en cuestión, generó variaciones positivas en los conocimientos de los niños y niñas en las áreas implicadas: autoestima (conocimiento de sí mismos), cuidados de la salud y habilidades para la vida, fortaleciéndose con esta evidencia las recomendaciones internacionales sobre la necesidad de inclusión de contenidos de promoción y educación para la salud en el currículo escolar de la enseñanza obligatoria como estrategia para promover la autonomía personal (Salvador Llivina, Suelves Joanxich y Puigdollers Muns, 2008).

En temas como drogadicción, alcoholismo, los niños mostraron particular manera de participación enriqueciendo el desarrollo de lo programado para ese tema, con relatos de su vida y experiencias transitadas en su cotidianidad, lo que provocó asombro por parte de los adultos de la escuela y la universidad y se generó un clima de confianza y cooperación. Se evidenció la diferencia en experiencia por parte de alumnos de la universidad y alumnos de la escuela, y fue en el segundo año de desarrollo del programa en donde ambos lograron una clara posibilidad de intercambio y participación mutua, con mayor fluidez en los temas tratados. Docente de 40. grado, Buenos Aires, junio, 2004.

... en las observaciones que hicimos junto con los docentes que están afectados al programa, en nuestras Reuniones de Integración que llevamos

a cabo cada mes, este tema estuvo presente, no solo desde nosotros como personal directivo, sino desde las propias docentes participantes. Recuerdo de una de las reuniones en las que yo pude comentar las devoluciones del aporte del pretest que ustedes habían tomado y de sus resultados preliminares que habíamos conversado y que nos habían acercado. Realmente fue muy bien recibido porque existía coincidencia con la realidad y las problemáticas que se describían para abordar y trabajar, y esto cayó muy bien en el personal docente en general. Los alumnos también han reconocido este trabajo, en como trabajaban el resto de la semana, en los temas que surgen a raíz del trabajo de los martes y jueves con ustedes. En algunos casos las docentes han podido llegar más a su grupo de alumnos. Directora de escuela de Rosario. Abril, 2007.

Este trabajo integrado con nosotros docentes es un aporte para poder recrear estrategias. Necesitamos estrategias para tratar esta problemática.

Hubo actividades en las que los alumnos se sintieron realmente especiales en el trabajo, cuando las alumnos de la facultad hicieron actividades manuales, o de juegos solidarios, por ejemplo. Maestra de 2º grado, Buenos Aires. Noviembre, 2002.

- Las variaciones positivas de conocimientos internalizados por los niños y niñas que viven en “espacios de vulnerabilidad”, en conjunción con el énfasis del programa puesto en lo relacional, contextual y procesual, permiten considerar que la vulnerabilidad, aun siendo intrínseca al ser humano, no es una característica estable e inmutable, antes bien es dependiente, al menos en parte, de factores que pueden cambiarse, en los que se puede intervenir. De ahí que esta sea la clave que sustenta la responsabilidad social universitaria de una acción preventiva y social, que pueda minimizar, paliar o evitar condiciones favorables al daño. El enfoque propuesto de concentrar la energía institucional, comunitaria e individual en las soluciones habili-

tó a un cambio de cosmovisión de algunos de los docentes que participaron de la experiencia. Una maestra de 5º. grado de la provincia de Buenos Aires, en la evaluación final del programa, dice:

... a partir de esta vivencia logré hacerme nuevas preguntas como por ejemplo: ¿qué nuevos aprendizajes requieren los alumnos para enfrentar con éxito la adversidad existente? (...) ¡cuando trabajaba en mostrar a los alumnos los efectos negativos de las drogas hacía un gran esfuerzo y la realidad es que obtenía pocos resultados! Octubre, 2004.

- Que las niñas obtengan un porcentaje muy superior al de los niños en la categoría “mejoró” en el eje conocimiento de sí mismos, mientras que los varones tienen mejores logros en el eje cuidados de la salud y habilidades para la vida, se interpreta desde el marco de referencia teórica como un punto de vista evolutivo. Puede decirse que en las edades más tempranas hay una cierta dificultad para tener una visión realista de uno mismo. Durante los primeros años escolares, la valoración y exactitud de sí mismo es típicamente positivo. Hasta los 8 años se encuentra una tendencia a valorarse de forma idealizada y no siempre esto coincide con los datos de la realidad. Es así como el perfil de la autoestima presenta oscilaciones normativas:
 - Se muestra elevada de manera irreal en las edades tempranas.
 - Se sitúa de forma real en torno a los 8 años; edad a partir de la cual tiende a bajar.
 - Poco después aumenta, pero al llegar a los 11-13 años tiende a bajar, lo que coincide con las transformaciones de la pubertad.

Durante la prepubertad (8 a 10 años) y la pubertad (10 a 14 años) comienza una ace-

lización del crecimiento (Quiroga, 1997). En el caso de las niñas, empieza de manera prematura. Los varones muestran un patrón de crecimiento similar, pero lo inician y concluyen más tarde (alrededor de 17 o 18 años). Por eso, es esperable evolutivamente que en la dimensión autoestima, las niñas púberes presenten mayores beneficios.

- Atenuar la vulnerabilidad desde la construcción de nuevos aprendizajes (teoría de la resiliencia) impacta en la adquisición de habilidades socioafectivas para el manejo de las emociones. Si una experiencia traumática es capaz de marcar la vida, la misma fuerza tiene una experiencia luminosa (Cyrulnik, 2002), pero en el sentido opuesto, en el del fortalecimiento, la protección y el crecimiento:

(...) en el barrio siempre hay problemas, pero ahora yo tengo menos miedo porque sé cómo quiero vivir, para sobrevivir acá tenés que ser inteligente. Alumno de 7o. grado, Rosario. Abril, 2008.

- El análisis de las guías de observación utilizadas a lo largo de la experiencia refleja que los alumnos valoraron la información que les suministraba el programa de prevención y cuidados de la salud al demostrar un alto interés por él, y al mantener un elevado nivel de participación en clase, tanto en la primera etapa “diagnóstica” como en la segunda “de implementación”, siendo un indicador de este logro el incremento del presentismo escolar los días de aplicación del proyecto. Se vivencia en el trabajo de campo en ambas regiones geográficas que la escuela es reconocida como un contexto propicio para llevar a cabo una educación preventiva en el consumo de sustancias, principalmente por las etapas evolutivas con las que se trabaja, en las que hay una mayor receptividad al aprendizaje y adquisición de hábitos de vida saludables (Maciá Antón, 2005; Salvador Llivina, et al., 2008). Conclusión que coincide con otros resultados de experiencias similares a los que refiere la Unión Europea en drogodependencia (Observatorio europeo de drogodependencias²), que muestran que

los programas preventivos basados en un enfoque integral y social, y que cuentan con la participación del alumnado en los procesos de enseñanza aprendizaje, pueden ser de forma efectiva integrados en el contexto escolar y contribuyen a un rechazo y/o retraso en el inicio del consumo de sustancias.

- Las escuelas involucradas en el proyecto se vieron beneficiadas con la incorporación de material didáctico innovador para estas, el cual fue aplicado por los docentes en otros cursos a partir de la experiencia suscitada (información que se releva en las entrevistas finales). El vínculo y la promoción de un clima social empático construido con la comunidad escolar ha generado un lazo que se sostiene a pesar de la conclusión del proyecto.

Si bien esta problemática es preocupación permanente de las docentes y demás personal de la escuela, este proyecto ha agregado un elemento más para que se continúe trabajando en relación con estos temas. Docente de 3er. grado, Buenos Aires. Noviembre, 2003.

Aún permanece el interés. Conservan los cuadernillos, aplican conocimientos y extrañan los encuentros y hacen “reclamos” de por qué no más el proyecto. Director de escuela de Rosario. Marzo, 2009.

- Se infiere que la comunidad educativa es de los ámbitos más indicados para la implementación de estos programas, siendo la escuela, en la esfera de enseñanza-aprendizaje, la que se encuentra muy comprometida, pues los docentes intentan dar respuesta a situaciones sociales que requieren del acompañamiento de otros actores y, simultáneamente, de la capacitación para afrontar estas expresiones de malestar social. Los resultados suelen ser mejores

² <http://www.emcdda.europa.eu/>. Consultado el 25 de abril de 2011.

cuando se combina la información con el entrenamiento en estas habilidades, algo que suelen hacer la mayor parte de los programas preventivos escolares. Las actividades curriculares de estos programas emplean técnicas de aprendizaje interactivo como discusiones, tormentas de ideas o juegos de papeles, que tratan de fomentar la participación del alumnado y el desarrollo de nuevas habilidades. El trabajo en grupos pequeños parece importante para el intercambio de ideas y la colaboración participativa.

... el proyecto fue abarcativo, tocó temas de gran variedad e importancia que influyeron notablemente en los valores personales de cada uno de los niños. Si bien abordar drogadicción, alcoholismo, entre otros temas, fue importante trabajar todos los temas incluidos ya que la metodología de trabajo inducía a reflexión y análisis de diferentes situaciones de la vida cotidiana de cada uno de los niños, esto se ha visto reflejado en comentarios a posteriori por parte de los alumnos y en actitudes positivas en la escuela. He observado actitudes de alumnos más solidarios y comprensivos, aprendieron a escuchar y a escucharse. Hacer planteos con fundamentación y defensa. Los grupos que participaron en el proyecto se distinguen como más compactos que a la vez permiten el ingreso de nuevos compañeros sin discriminación que antes manifestaban. En ellos se refleja la alegría de SER. Docente de 6o. grado, Rosario. Noviembre 2008.

Los resultados, de esta manera, llevan a observar la necesidad de:

- a. Comprometerse en labores preventivas de educación primaria y secundaria dentro del aula, que representen una posibilidad de intervención nada desdeñable en niñas, niños y adolescentes escolarizados, con programaciones socioeducativas de índole informativa y capacitadora, que se sirvan de escenarios y vinculaciones psicosociales priorizados y que, idealmente, impliquen en este reto a la propia comunidad.
- b. Potenciar el entrenamiento en habilidades para la vida, de acuerdo con la recomendación de Botvin

(1995) o de Becoña (2007), así como de estrategias de carácter globalizador que abunden en el fortalecimiento de mediadores preventivos y en el desarrollo de intervenciones multimodales. Analizar actitudes hacia el consumo de drogas, de acuerdo con una triple dimensionalidad: cognitiva (creencias y expectativas), emocional (sentimientos y valoraciones) y comportamental (disposición para actuar), además de conocimientos formales.

- c. En consecuencia, las propuestas como las implementadas con carácter educativo-preventivas con proyección comunitaria parecen permitir enriquecer la formación de habilidades de afrontamiento de los futuros adolescentes, al mismo tiempo que tratan de dotarlos y/o potenciar de oportunidades de elección/rechazo y de pautas de actuación saludables con respuestas alternativas, transmitiendo contenidos de educación para la salud integrados dentro de su rutina académica.
- d. Podría decirse en función de los resultados obtenidos que, para que la intervención comience a dar fruto es preciso que se prolongue en el tiempo, algo que ya han manifestado algunos estudios (Cuijpers, 2002; White y Pitts, 1998).
- e. Para la Universidad Abierta Interamericana, educar para el ejercicio de la ciudadanía responsable significa trabajar mucho, comprometerse en lo social, trabajar localmente con perspectiva global. Exige entusiasmo, capacidad para resolver y superar conflictos y adversidades, la conciencia de estar situados en un proceso largo y lento, información suficiente y relevante como para poder trabajar con competencia y con profesionalidad, ideas pertinentes y renovadoras que sean la base de acciones comprometidas y que aporten elementos sólidos de transformación y cambio.

Bibliografía

- Al-Halabí Díaz, S., Secades Villa, R., Errasti Pérez, J. M., Fernández Hermida, J. R., García Rodríguez, O. & Carballo Crespo, J. L. (2006). Family predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Drug and Alcohol Review*, 25: 323-327.
- Alonso Sanz, C., Salvador Llivina, T., Suelves Joanxich, J. M., Jiménez García, P. & Martínez Higuera, I. (2004). "Glosario sobre prevención del abuso de drogas. Prevención de la A a la Z". Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Arnau, M. (2001). Cambios en la edad de inicio del tratamiento de la dependencia alcohólica. ¿Debemos cambiar la oferta asistencial? *Adicciones*, 13: 139-146.
- Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de las drogas*. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela. Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2005). Adicción a nuevas sustancias psicoactivas. *Psicología Conductual*, 13: 349-370.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28: 11-20.
- Becoña, E. & Míguez, M. C. (2006). Consumo de tabaco y alcohol en la población escolar de Galicia. *Revista Española de Drogodependencias*, 31: 46-56.
- Botvin, G. J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3: 333-356.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M. & Díaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association*, 273: 1106-1112.
- Botvin, G. J., Schinke, S. P., Epstein, J. A. & Díaz, T. (1994). Effectiveness of culturally - focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority youths. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8: 116-127.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Paul, E. & Macaulay, A. P. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through life skills training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12: 1-17.
- Botvin, G. J. & Botvin, E. M. (1992) Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 13 (4): 290-301.

- Braslavsky, C. (1999). *Re-haciendo escuelas. Hacia un nuevo paradigma en la educación latinoamericana*. Buenos Aires: Santillana.
- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*, 19: 217-223.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. & Becoña, E. (2007). Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. *Adicciones*, 19: 125-131.
- Castel, R. (1991). Los desafiliados. Precariedad del trabajo y vulnerabilidad relacional. *Revista Topía*, año 1, N° 3, noviembre, pp. 28-35. Buenos Aires.
- Castel, R. (1995). De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Archipiélago*, N° 21, Madrid.
- Castel, R. (1996). *Metamorfosis de lo social y refundación de la solidaridad: el debate teórico*. Conferencia pronunciada en el Coloquio Internacional Mutaciones. Metamorfosis de lo social. Refundación de la solidaridad, Buenos Aires.
- Cepal (2002a). *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. Síntesis y conclusiones. Santiago: Cepal, 3/2002.
- Cepal (2002b). *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. Santiago: Cepal, 10/2002.
- Clichevsky, N. (2002). Pobreza y políticas urbano-ambientales en Argentina. *Serie Medio ambiente y desarrollo*, N° 49. Santiago: Cepal.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Cicad (2009-2010). Informe subregional sobre uso de drogas en población escolarizada. Segundo Estudio Conjunto Información para el Diseño de las Estrategias Nacionales y Regionales sobre la Problemática de Drogas en Jóvenes.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas/Cicad (2009). "Las escuelas de educación frente al fenómeno de las drogas en América Latina y el Caribe". Washington, D.C.; Buenos Aires, Argentina.
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27: 1009-1023.
- Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Czeresnia, Dina & Machado de Freitas, Carlos (Orgs.) (2006). *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Delor, F. & Hubert, M. (2000). "Revisiting the concept of 'vulnerability' ". *Social Science & Medicine*, 50: 1557-1570.

- Domingo Moratalla, T. (2006). "Del sí mismo reconocido a los estados de paz. Paul Ricoeur: caminos de hospitalidad". *Pensamiento*, 62 (233): 203-230.
- Dusenbury, L. & Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *J Sch Health*, Dec., 65: 420-5.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud* (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.
- Escámez, J. (1990). "Directrices para la elaboración de programas preventivos en drogodependencias". En: Escámez, J. *Drogas y escuela, una propuesta de prevención* (pp. 193-208). Madrid: Dykinson. Citado por Becoña, E. (2002).
- Espada, J. P., Méndez, X., Botvin, G. J., Griffin K. W., Orgiles M. & Rosa, A. I. (2002). ¿Éxito o fracaso en la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un metaanálisis de los programas en España. *Psicología Conductual*, vol. 10, Nº 3: 581-602. España - USA.
- Fernández, J. R. & Secades, R. (Dir.) (2002). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio de Interior. Secretaría General Técnica. Plan Nacional sobre Drogas.
- González Collantes, L. A. (2002). Educación de calle. *Idea Prevención*, 24: 18.
- Haddock, G. & Zanna, M. P. (1999). Affect, cognition, and social attitudes. *European Review of Social Psychology*, 10: 75-100.
- Jacob, J. & Doherty, W. J. (2006). Healthy family systems. En: G. G. Bear & K. M. Minke (Eds.). *Children's needs III: Development, prevention and intervention*. Washington, DC, US: National Association of School Psychologist.
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Nueva York: Academic Press.
- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Oliva, A. & Ramos, P. (2010). Una aproximación a la evaluación de la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias en Educación Secundaria en Andalucía. *Adicciones*, vol. 22, Nº 3: 253-265.
- Kumpfer, K. L. & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58: 457-465.
- Kumpfer, K. L. & Johnson, J. L. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones*, 19: 13-25.
- Maciá Antón, D. (2005). *Las drogas, conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.

- Matellanes, M. (2002). La prevención de las drogodependencias. ¿Es posible la integración de la intervención comunitaria, escolar y familiar? En: J. R. Fernández Hermida & R. Secades Villa (Eds.). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 171-196). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Míguez, M. C. & Becoña, E. (2008). ¿Consumen alcohol os nosos rapaces? *Revista galega do ensino*, 52: 79-84.
- Minujin, A. (1998). Vulnerabilidad y exclusión social en América Latina. En: Bustelo, E. & Minujin, A. (Ed.). *Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes* (pp. 163-165). Bogotá: Unicef-Santillana.
- Moradillo, F. (2003). La educación sobre drogas entre alumnos en un centro de Educación Secundaria. *Adicciones*, 15: 63-64.
- Moral, M. V. (2007). Cambios en las representaciones sociales sobre las drogas y sus usuarios en la sociedad española. *SMAD Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 3: 1-15.
- Moral, M. V., Rodríguez, F. J. & Sirvent, C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de las diferencias intergénero y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*, 17: 105-120.
- Moral, M. V., Rodríguez, F. J. & Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18: 52-58.
- Naciones Unidas (1959). Declaración de los derechos del niño [en línea]. Recuperado el 18 de mayo del 2011 de [http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/1386%20\(XIV\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/1386%20(XIV)).
- Neiman, G. & Quaranta, G. (2006). "Los estudios de caso en la investigación sociológica". En: Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Payne, A. A., Gottfredson, D. C. & Gottfredson, G. D. (2006). School predictors of the intensity of implementation of school-based prevention programs: results from a national study. *Prev. Sci.*, Jun., 7: 225-37.
- Perona, N. (2001). Desde la marginalidad a la exclusión social. Una revisión de los conceptos. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, mayo-agosto, vol. 7, N° 2: 35-48.
- Pizarro, R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. *Serie Población y Desarrollo*, N° 6, Santiago de Chile: Celade.
- Quiroga, S. E. (1997). *Adolescencia*. Secretaría de Cultura. Facultad de Psicología. Oficina de Publicaciones de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Reimers, F. (2000). "Educación, desigualdad y opciones de política en América Latina en el siglo XXI". *Revista Iberoamericana de Educación*, N° 23: 21-50.

Ricoeur, P. (2005). *Caminos del reconocimiento*. Madrid: Trotta.

Ricoeur, P. (2008). "Autonomía y vulnerabilidad". En: *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Trotta.

Sáenz Rojas, M. A. (2001). Evaluación de proceso de un programa de prevención de drogas en la escuela primaria costarricense. *Adicciones*, 13: 323-334.

Salvador Llivina, T., Suelves Joanxich, J. M. & Puigdollers Muns, E. (2008). *Guía para las administraciones educativas y sanitarias. Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo*. Madrid: Educación, Política Social y Deporte (Centro de Innovación y Documentación Educativa, CIDE) y Ministerio de Sanidad y Consumo.

Sánchez-Martínez, F., Ariza Cardenal, C., Pérez Jiménez, A., Diéguez Ferrer, M., López Medina, M. J. & Nebot Adell, M. (2010). Evaluación de proceso del programa escolar de prevención del consumo de cannabis "xkpts.com" en adolescentes de Barcelona en 2006. *Adicciones*, vol. 22, N° 3: 217-226.

Vinocur, P. & Halperin, L. (2004). Pobreza y políticas sociales en Argentina de los años noventa. *Serie Políticas Sociales*, N° 85, Santiago, Cepal.

White, D. & Pitts, M. (1998). Educating young people about drugs: A systematic review. *Addiction*, 93: 1475-1487.