

367.291.2
I 597A

**INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA
CONSEJO NACIONAL DE RECTORES
COMISIÓN IAFA-UNIVERSIDADES**

**II TALLER SOBRE PREVENCIÓN INTEGRAL DEL FENÓMENO SOCIAL DE
LA DROGA EN EL MEDIO UNIVERSITARIO**



ESTA OBRA ES PROPIEDAD DE LA
BIBLIOTECA DEL
CONSEJO NACIONAL DE RECTORES
ACTIVO NUMERO: 5752

MEMORIA

**SAN JOSÉ, COSTA RICA
1995**



24 ABR. 1996

PRESENTACIÓN

El objetivo fundamental de este esfuerzo de sistematización es dejar constancia de la experiencia que un grupo de representantes del IAFA, de universidades públicas y privadas hemos vivido en este II Taller sobre Prevención Integral del Fenómeno Social de la Droga en el Medio Universitario.

El espacio de reflexión y discusión ofrecido sobre aspectos teórico-metodológicos que den respuesta al fenómeno social de la droga en Costa Rica ha resultado enriquecedor y ha motivado a los(as) participantes para seguir el trabajo de formación que este problema requiere.

Se registran en esta memoria aquellos aspectos de mayor significación sobre el objeto de estudio planteado, una interpretación crítica del proceso vivido así como conclusiones, acuerdos y compromisos.

Comisión de Relatoría

ÍNDICE TEMÁTICO

-	Guión para la inauguración	1
-	Mesa redonda: Acciones de Prevención Integral	2
	UNED	2
	ITCR	4
	UCR	11
-	Comisión IAFA-Universidades. Presente y Futuro	15
-	Estrategias de Prevención del Consumo de Drogas en el Medio Universitario en América Latina	20
-	Investigación: Estudio Nacional 1995. Datos preliminares.	24
-	Resultados de la investigación del consumo de drogas en las Universidades Estatales.	46
-	Resumen de relatoría #1	80
-	Lo que somos y nuestras expectativas. Guía #2	81
-	Comprendamos integralmente nuestra realidad. Guía #3	88
	ITCR	90
	UCR	92
	UNA	93
	UNED	94
	IAFA	95
	Universidades Privadas	96
-	Prevención integral: apuntes de referencia para la construcción de una base conceptual y estrategias	97
-	Análisis grupal del documento para la construcción de la base conceptual de la prevención integral. Guía #4	123
-	Resumen de relatoría #2	130
-	Conferencia: La prevención integral, un concepto en construcción	134
-	Asociación Nacional contra el Tabaco	148

- Consejo Nacional de Drogas	148
- Comisiones interinstitucionales de prevención integral (CIPi)	150
- Acciones conjuntas interuniversitarias para 1996. Guía #5.	151
- Conclusiones, acuerdos y compromisos.	159
- Resumen de relatoría #3.	165
- Anexos	166

GUIÓN PARA LA INAUGURACIÓN

Guión para el Acto Protocolario de Inauguración del II Taller sobre Prevención Integral del Fenómeno Social de la Droga en el Medio Universitario

Buenos días, les damos la más cordial bienvenida en este II Taller sobre Prevención Integral del Fenómeno Social de la Droga en el Medio Universitario.

Damos la bienvenida a la mesa principal integrada por el Lic. Manuel Molina, Director Ejecutivo de CONADRO y en representación de la Viceministra de Justicia, Licda. Mónica Blanco, Dr. Steven Kogel, Director General del IAFA, Dra. Giselle Amador, Coordinadora de la Comisión IAFA-Universidades, Licda. Ana Teresa Hidalgo, Vicerrectora de Vida Estudiantil del ITCR y en representación del ingeniero Alejandro Cruz, Presidente del CONARE, Dr. Alberto Salóm, Vicerrector de Vida Estudiantil de la Universidad Nacional, Dr. Carlos Alfaro Lara, Vicerrector de Vida Estudiantil de UCR, Licda. Nidia Lobo, Directora de Asuntos Estudiantiles de la UNED.

Señores y señoras damos inicio a este acto poniéndonos de pie para escuchar nuestro Himno Nacional.

Himno

Seguidamente unas palabras del Dr. Steven Kogel, Director General del IAFA.

La Dra. Giselle Amador, Coordinadora de la Comisión IAFA-Universidades, también dará un mensaje a ustedes esta mañana.

Coordinadora de la Comisión IAFA-Universidades.

A continuación la Licda. Ana Teresa Hidalgo, Vicerrectora de Vida Estudiantil del ITCR y en representación del Ing. Alejandro Cruz, Presidente de CONARE, les da unas palabras de agradecimiento.

Seguidamente el Lic. Manuel Molina, Director Ejecutivo de CONADRO y en representación de la Viceministra de Justicia, Licda. Mónica Blanco, también se referirá a este tema.

Damos por inaugurado este II Taller sobre Prevención Integral del Fenómeno Social de la Droga en el Medio Universitario.

MESA REDONDA: ACCIONES DE PREVENCIÓN INTEGRAL (UNED-ITCR-UCR)

Presentaron

Licda. Flor Jiménez de la UNED, Licda. Sonia Chinchilla del ITCR.
Msc. Gabriela Regueira de la UCR, en sustitución de Pilar Zúñiga.

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA

ANTECEDENTES

- A partir de 1992 la Dirección de Asuntos Estudiantiles se interesan por lo referente a las drogas. Investigación del IAFA sobre "Percepciones de Riesgo y Consumo".
- 1993 se coordina con el IAFA para realizar un taller sobre análisis de factores de riesgo en la Región Central Sur (20 personas).
- 1994 participación en el taller de Prevención Integral de la Farmacodependencia para Funcionarios Universitarios, surge la elaboración de un proyecto para ejecutar en 1995.
- 1995 se recibe capacitación "Desarrollar un curso sobre el tema drogas y su abordaje integral".

PREVENCIÓN INTEGRAL

- Ser Humano: ser integral compuesto de potencialidades y limitaciones. Posee un componente biopsicosocial.
- Prevención: acciones tendientes a favorecer el desarrollo integral, antes de que aparezcan síntomas.
- Educación: proceso mediante el cual se forma al individuo para su convivencia en sociedad. Permanente y dinámica.
- Abarca los niveles de producción, consumo y tráfico.

CÍRCULO DEL BIENESTAR INTEGRAL

- **Prioridad de la formación sobre la información.**
- **Responsabilidad de las personas y el compromiso consigo mismas.**
- **Se deben fortalecer valores, actitudes y comportamientos que favorezcan la calidad de vida.**

ASPECTOS

1. **Físico:** factores para lograr una buena condición física y la formación de actitudes positivas hacia la salud.
2. **Emocional:** reconocer las propias emociones, alegría, la amistad, el amor y de la naturaleza. Uso creativo del tiempo libre y la recreación.
3. **Social:** enfatiza los valores de solidaridad, respeto mutuo, cooperación y responsabilidad con los que me rodean.
4. **Ético:** clarificación de los valores personales, familiares y sociales. Enfatiza en el análisis de los valores de la sociedad costarricense: respeto a la vida, libertad y amor por la paz, y de los valores sociales: respeto y aprecio por la naturaleza y sentido de conciencia social.
5. **Vocacional:** enfatiza el valor del trabajo como un derecho, como fuente de satisfacción y de realización personal.

DISEÑAR UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN INTEGRAL DIRIGIDA A LOS ESTUDIANTES DE LA UNED EN LO REFERENTE AL USO INDEBIDO DE DROGAS.

1. **Promover acciones que coadyuven a la salud mental, del estudiante.**
2. **Elaborar estrategias de información para los estudiantes referentes al fenómeno social de las drogas.**
3. **Coordinar acciones con docencia, extensión, recursos humanos y los CRIPIS sobre la Prevención Integral.**
4. **Realizar una investigación interdisciplinaria sobre el fenómeno de las drogas en la población estudiantil de la UNED.**

ACTIVIDADES

1. Talleres de orientación con temáticas relacionadas con la salud mental: autoestima, comunicación asertiva, autoconocimiento.
2. Fortalecer el área deportiva por medio de: torneos interuniversitarios, formación de grupos deportivos.
3. Fortalecer el área cultural por medio de: coro, danza, grupos de teatro.
4. Promover ferias de salud en los centros universitarios.
5. Creación de videos sobre la temática de las drogas que sirva de apoyo en los talleres de orientación y en los cursos académicos.
6. Publicar artículos sobre prevención integral en el boletín de la Oficina de Bienestar Estudiantil.
7. Tiraje de plegables informativo sobre prevención integral.
8. Elegir una fecha anual para celebrar el día de la prevención integral.
9. Lograr que los administradores de los centros universitarios designen algún funcionario o estudiante para que coordine acciones con los CRIPIS de la zona.
10. Promover seminarios o proyectos de graduación sobre la prevención integral.
11. Determinar dentro del campo de las drogas y la prevención integral un área a investigación.
12. Que por medio de la investigación se establezcan puntos de referencia y dirección en la prevención integral dentro de la UNED.

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE COSTA RICA

Comisión Institucional sobre Farmacodependencia

Enlace solidario

Balance General: noviembre 1994 a noviembre 1995

FINES Y PRINCIPIOS DE LA COMISIÓN

PRINCIPIOS

1. Unir esfuerzos para estimular modelos de vida sanos.
2. Ser un medio de crecimiento individual y conjunto a partir del reconocimiento de necesidades y problemas.

3. Acompañar en el cambio de situaciones limitantes para el desarrollo personal y humano.
4. Promover el trabajo y el apoyo conjunto sobre temas de prevención de la farmacodependencia.
5. Practicar el principio humanitario de la solidaridad sin discriminaciones.
6. Aprender a fortalecer la práctica de cooperación y solidaridad con todas aquellas instituciones con las que se establecen vínculos para la prevención de la farmacodependencia.

FINES

1. Participar y públicamente en la búsqueda de soluciones para los problemas relacionados con la salud integral de funcionarios y estudiantes del ITCR.
2. Contribuir e impulsar, en lo posible, el mejoramiento de las condiciones de vida de los funcionarios y estudiantes del ITCR.
3. Fomentar el espíritu de cooperación, rectitud, responsabilidad y ética de los funcionarios y estudiantes del ITCR.
4. Colaborar y coordinar en lo posible con las asociaciones y organismos oficiales o privados relacionados con el abordaje de la problemática de la farmacodependencia, que soliciten ayuda o colaboración.
5. Estimular la investigación en materia de salud integral, la prevención de la farmacodependencia y la difusión de los resultados.
6. Promover la difusión de temas relacionados con la farmacodependencia.
7. Abordar permanentemente los problemas relacionados con la salud, la prevención integral y la farmacodependencia.

II CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

RECURSO HUMANO:

Cuatro personas que representan a los departamentos de Trabajo Social y Salud, Orientación y Psicología, Recursos Humanos y Administración de Mantenimiento.

CONDICIÓN DE TRABAJO:

- Como recargo a las funciones: el trabajo de la Comisión adquiere carácter circunstancial porque depende de cómo estemos de trabajo y del tipo de demandas existentes en cada departamento.
- Trabajamos una vez por semana, 3 horas, lo que trae como consecuencia trabajo poco sistemático y por lo tanto disperso.

III ACTIVIDADES QUE SE HAN DESARROLLADO

1. de información y divulgación
2. de legitimación institucional o de carácter legal
3. de formación, capacitación e investigación
4. de coordinación interna y externa

TIPO DE ACCIÓN DESARROLLADA	OBJETIVOS	ACCIONES	RESULTADOS	PROYECCIONES
De legitimación Institucional.	<p>1. Buscar el apoyo explícito de la Institución, legitimando formalmente el trabajo de la Comisión frente a otras dependencias Institucionales.</p> <p>2. Elaborar una normativa que identifique claramente la labor de la Comisión en sus aspectos conceptuales, operativos, administrativos y financieros (esto para cumplir con una solicitud del Consejo Institucional).</p>	<p>1. Conversaciones con candidatos a rectoría (febrero de 1995) para conocer su disposición de apoyo a la Comisión y su interés por el tema.</p> <p>1.1. Reunión con C.I. para presentar el trabajo de la Comisión y solicitar su apoyo en la legitimación de la misma</p> <p>2. Elaboración del reglamento y envío a Asesoría Legal para la revisión correspondiente (junio 1995).</p> <p>3. Gestiones de legitimación de la Comisión ante el Consejo Institucional.</p>	<p>1. Dispuestos a ofrecer apoyo e interesados por el tema, sin embargo, la ayuda no se concreta.</p> <p>1.1. En esa reunión se solicita a la Comisión elaborar el reglamento que la rige para proceder a su análisis y posible legitimación.</p> <p>2. Se hacen pequeñas observaciones y se aprueba. Se remite al C.I.</p> <p>3. No ha habido respuesta desde julio a la fecha.</p>	<p>1. Insistir a través del C.I. para la legitimación de la Comisión (concretar el apoyo verbal).</p> <p>3. Hablar con algunos integrantes del C.I. y esperar respuesta (afirmativa).</p>

TIPO DE ACCIÓN DESARROLLADA	OBJETIVOS	ACCIONES	RESULTADOS	PROYECCIONES
De información y divulgación	<p>1. Contribuir con la educación de la población institucional en temas diversos sobre prevención de la farmacodependencia</p> <p>2. Acostumbrar a la población institucional a la presencia de temas sobre farmacodependencia realizando con esto una labor preventiva.</p> <p>3. Dar a conocer el trabajo de la Comisión, manteniendo un espacio de comunicación escrita.</p>	<p>1. Presentación de ponencia ante AIR: Desarrollo humano, prevención y salud universitaria.</p> <p>2. Artículo quincenal en Informatec (Periódico Institucional).</p> <p>3. Comunicación con departamentos y asociaciones de la institución para conocer su opinión, interés y posibilidades para trabajar de manera conjunta el tema de farmacodependencia</p>	<p>1. Escucha pero poco a ninguna respuesta de apoyo concreto: se recibió una carta de estímulo del Depto. de Biología.</p> <p>2. Seis artículos, a la fecha (noviembre). El espacio está asignado para la Comisión, no obstante, se debe ejercer presión constantemente para que la publicación se haga efectiva.</p> <p>3.- No respuesta o respuestas escuetas, con limitado interés sobre la temática.</p>	<p>1. Proyección esperada: establecer un primer contacto con docentes, una población de difícil acceso para la Comisión. Una vez legitimada la Comisión, volver a AIR con acciones concretas para las cuales se pediría apoyo.</p> <p>2. Mantener el espacio en el periódico, que eduque y familiarice con temas de prevención en farmacodependencia a la población lectora, ya que es el único medio para llegar a los diferentes sectores de la Institución.</p> <p>3.- Buscar nuevas estrategias de vinculación con esos grupos.</p>

TIPO DE ACCIÓN DESARROLLADA	OBJETIVOS	ACCIONES	RESULTADOS	PROYECCIONES
De formación, capacitación e investigación.	<p>1. Favorecer espacios para la reflexión, discusión y análisis sobre los factores de riesgo laboral que favorecen la farmacodependencia.</p> <p>2. Sistematizar los resultados de las experiencias de capacitación para retroalimentar el conocimiento sobre la situación de farmacodependencia en el ITCR.</p> <p>3. Conocer y discutir información y experiencias sobre prevención de la farmacodependencia que favorezcan la autocapacitación.</p>	<p>1. Capacitación a funcionarios administrativos en coordinación con I.A.F.A..</p> <p>2. Análisis del Seminario Interuniversitario sobre Prevención de la farmacodependencia. Noviembre 1994.</p> <p>2.1 Elaboración de guía de evaluación sobre el Seminario dirigido a la población del ITCR, que participó en dicho Seminario.</p> <p>2.2 Resumen de la memoria del Seminario.</p> <p>3. Recopilación de documentación escrita y videos sobre prevención de la farmacodependencia.</p> <p>4. Invitación a personas o instituciones con experiencia en el trabajo sobre prevención de la farmacodependencia, para que dicten charlas o compartan sus experiencias de trabajo.</p>	<p>1. Aunque la participación fue limitada, se obtuvieron resultados importantes sobre factores protectores y de riesgo en la población institucional.</p> <p>2. Envío de informe a la Comisión IAFA-US</p> <p>3. Revisión del contenido del material audiovisual y su aplicabilidad en la prevención.</p> <p>3.1 Se cuenta con este material para consulta debidamente clasificado.</p> <p>4. Escasa participación. Aporte de personas muy enriquecedor.</p>	<p>1. Evaluar otras formas de capacitación - información para funcionarios y estudiantes que garanticen una mayor participación, así como recopilar información sobre el problema de la farmacodependencia en ITCR.</p> <p>2. Participar en el próximo seminario 29-30 de noviembre y 1 de diciembre, 1995.</p> <p>3. Estructurar un módulo educativo sobre prevención integral que siendo flexible en su metodología, permita su aplicación en el ITCR y organizaciones comunales.</p> <p>3.1 Que estudiantes y funcionarios puedan hacer uso de este material en talleres, cursos, proyectos, etc.</p> <p>4. Continuar con este proyecto que es de capacitación para los integrantes de la Comisión y abierto a la comunidad institucional.</p>

TIPO DE ACCIÓN DESARROLLADA	OBJETIVOS	ACCIONES	RESULTADOS	PROYECCIONES
De coordinación interna y externa.	<p>1. Aunar esfuerzos en la prevención sobre farmacodependencia a nivel institucional, aprovechando las formas de organización, internas y externas existentes.</p> <p>2. Nutrir el trabajo de la Comisión mediante la experiencia de otros grupos de mayor trayectoria en el campo de la prevención integral.</p> <p>3. Identificar posibles acciones conjuntas con diferentes personas o instituciones de la comunidad.</p>	<p>1. Petición de pronunciamiento ante: - Comisión de Salud de CONARE, Comisión IAFA-US, sobre el posible cierre de departamentos y servicios del I.A.F.A..</p> <p>2. Coordinación con la Comisión Interinstitucional sobre Prevención de la Farmacodependencia de Cartago.</p> <p>3. Trabajo en subcomisiones: divulgación, capacitación, investigación y coordinación.</p>	<p>1. No respuesta de Comisión de Salud de CONARE - la Comisión IAFA-US, responde aclarando las funciones que deberán sufrir modificación.</p> <p>2. Asistencia a reuniones y apoyo logístico para sus actividades. Ejemplo: Concurso Nacional Intercolegial sobre Farmacodependencia (creatividades).</p> <p>3. No fue posible implementarlo del todo</p> <p>a. Por ser pocos los participantes en cada subcomisión de trabajo.</p> <p>b. No contar con presupuesto.</p> <p>c. Tener poco tiempo asignado para esta función.</p> <p>d. Se hizo necesario aunar esfuerzos para poder desarrollar algunas actividades propuestas.</p>	<p>1.a- Conocer cuál es la situación actual del I.A.F.A. y cuál es la prioridad que se asigna al trabajo con las universidades, ya que el quehacer debe ser coordinado con ellos y otras instancias que trabajan el tema de farmacodependencia.</p> <p>b.- Consultar a la Comisión I.A.F.A.- Universidades su vinculación con el trabajo de cada universidad.</p> <p>2. Seguir colaborando con esa Comisión en lo posible así como solicitar su apoyo y asesoría.</p> <p>3. Trabajar en uno o dos proyectos específicos como grupo total, a fin de concentrar esfuerzos.</p>

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

La Universidad de Costa Rica, como entidad autónoma de cultura superior, está constituida por una comunidad de profesores, estudiantes y funcionarios administrativos, dedicados a la enseñanza, a la investigación, a la acción social) a la creación artística y a la difusión del conocimiento (Estatuto Orgánico, 1992).

El propósito de la Universidad de Costa Rica es "obtener las transformaciones que la sociedad necesita para el logro del bien común, mediante una política dirigida a la consecución de una verdadera justicia social, del desarrollo integral, de la libertad plena y de la total independencia de nuestro pueblo" (Estatuto Orgánico, 1992).

En este contexto, se crea la Vicerrectoría de Vida Estudiantil, que cumple una importante función educativa, al organizar una serie de servicios administrativos y técnicos profesionales, tendientes a contribuir a la formación integral del estudiante universitario.

Una instancia de dicha vicerrectoría son las Unidades de Vida Estudiantil, que tienen como propósito: "contribuir al desarrollo integral del estudiante en el ambiente académico en que se desenvuelve, previniendo y atendiendo sus necesidades vinculadas al proceso educativo universitario, en coordinación con diferentes instancias institucionales" (Políticas de las Unidades de Vida Estudiantil, 1992).

A partir de 1992, con el cambio del Vicerrector de Vida Estudiantil y con la incorporación de la M.Sc. Ma. Gabriela Regueyra como directores al Programa de Unidades de Vida Estudiantil, se logra concretar la conformación de una comisión, que mediante el estudio, la discusión, la capacitación y la reflexión sobre el fenómeno del problema social de las drogas, pretenda desarrollar estrategias preventivas de intervención en la población universitaria.

Al respecto es importante destacar que desde el año 89, se venían haciendo esfuerzos en el programa para dar respuesta a situaciones aisladas de consumo en algunas unidades académicas, por lo que la conformación de dicha comisión permitiría acciones sistemáticas de prevención.

Es así, como en el año 1993, se elaboró el programa "Investigación Acción en Farmacodependencia: una estrategia preventiva educativa en las Unidades de Vida Estudiantil". Uno de los propósitos de este sería promover la participación activa de los distintos sectores de la comunidad universitaria: estudiantes, docentes y administrativos en la búsqueda de alternativas preventivas al fenómeno social de las drogas.

La comisión partió considerando que cada una de las Unidades Académicas conforman una realidad específica que presenta características muy propias, tales como: -poblaciones prioritariamente adolescentes y dependientes económicamente, como la de primer ingreso, -la población de lenguas modernas fundamentalmente femenina y joven; la de filosofía con predominio de hombres adultos entre otros.

Asimismo, algunas Unidades Académicas se destacan por ofrecer cursos masivos, reduciéndose las relaciones interpersonales; otras cuentan con una población "solicitante", en una mayoría hay insuficiencia en la promoción de alternativas recreativas, culturales y deportivas así como en otras la calidad del vínculo que prevalece entre profesor alumno es vertical.

Las características mencionadas tendrían que considerarse al elaborar estrategias de intervención. Por lo que se consideró pertinente y oportuno efectuar un estudio epidemiológico sobre consumo y percepción de drogas con el propósito de conocer la magnitud del problema en algunas Unidades Académicas y que a su vez, sirviera de base para sensibilizar a la comunidad educativa.

Es importante destacar, que paralelo a las acciones que profesionales de las Unidades de Vida Estudiantil están realizando; la Facultad de Farmacia ha implementado acciones de prevención de la farmacodependencia, mediante trabajos comunales en las clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social.

En el año 1993 y principios de 1994, se aplicó el mismo instrumento que el IAFA pasó a la población de primer ingreso a las Unidades Estatales en 1992, a una muestra de la población estudiantil de diez Unidades Académicas. Algunos de los resultados son los siguientes:

- La población encuestada (docente, estudiante y administrativo), coincide en responder que consumir drogas ilícitas una vez en la vida puede provocar daño físico o de otra naturaleza.
- Respecto al grado de riesgo asignado a las distintas drogas ilícitas, se observó que éste varía de acuerdo a ellas, así fumar marihuana, independientemente de la frecuencia y cantidad, es percibida como una conducta de menor riesgo que el crack y de menor riesgo que la heroína.
- El consumo de tabaco es percibido como una actividad capaz de provocar daño físico o de otra naturaleza; sin embargo, una mayoría de los encuestados tuvo su primer oportunidad y consumo entre los 17 y menos años.
- Una mayoría de los entrevistados, tuvo su primer oportunidad y consumo de licor entre los 17 y menos años.

- El consumo de estimulantes es menor que el de tranquilizantes.

Una vez obtenidos resultados de la investigación, se procedió a la devolución de la información con la participación de docentes, estudiantes y administrativos, la estrategia metodológica varió de una Unidad Académica a otra, ya que se trató de ajustarla a sus propias características.

En este momento, es importante recordar que la investigación era un medio para sensibilizar y no un fin en sí mismo, por lo que los espacios de devolución se aprovecharon para conformar comisiones tendientes a desarrollar acciones de prevención en las Unidades Académicas respectivas.

La respuesta a la conformación de estos grupos de trabajo ha sido muy poca, se destaca en este momento Farmacia en donde ya se están ejecutando acciones conjuntas.

No obstante, la dificultad mencionada no implica por eso, una "adaptación" a esta situación de consumo considerada por muchos como "normal". Es importante generar acciones que conlleven a un cambio, a una ruptura con esa actitud "apática y de conformismo" que muchas veces es producto de un ambiente social violento visible e invisible donde toda persona acepta.

Es por esto que, para implementar estrategias de prevención, es preciso considerar que la población de interés inició su consumo siendo aún menores de edad y que actualmente son adultos que conservan en su individualidad lo de ayer, valores que han sido transmitidos mediante el proceso de socialización y que se reproducen en la vida actual. Asimismo, se puede contemplar con la población de interés acciones educativas tendientes a un fortalecimiento de valores, actitudes y comportamientos que propicien ambientes adecuados que permitan la reflexión, la creatividad individual y grupal.

Además resulta importante la conformación de grupos que permitan la comunicación, la participación y la confrontación de los pesares y alegrías y problemas que hasta el momento en muchos casos se han vivido solos(as). El grupo permite la movilización y el cambio de estrategias sociales y psicológicas.

A la luz de la experiencia descrita, las Unidades de Vida Estudiantil proponen fortalecer la Comisión existente, además propiciar la conformación de un grupo en la institución con representantes de diferentes disciplinas para generar acciones tendientes al bienestar del individuo, mediante el mejoramiento de la calidad de vida.

IDENTIFICAMOS LA LABOR DE LA COMISIÓN BAJO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS

- 1.- Un período caracterizado como inicial, de búsqueda en la definición de qué hacer y cómo hacerlo.
- 2.- Un trabajo de carácter voluntario por parte de las direcciones e integrantes de la Comisión.
- 3.- Un trabajo lento y de limitados apoyos.

FORTALEZAS:

- Voluntad y mística por parte de los integrantes de la Comisión
- Trabajo interdepartamental
- Trabajo interuniversitario favorecido por el I.A.F.A.
- Trabajo interinstitucional: Comisión Regional sobre Prevención de la Farmacodependencia (Cartago).

DEBILIDADES:

- Desconocen en mucho la información que esta posee.
- Débil autocapacitación y formación.
- Dificultades para poner en práctica el concepto de Prevención: dónde y cómo hacerlo.

PRIORIDADES DE TRABAJO

1. Autoformación, capacitación e investigación
2. Coordinación externa e interna
3. Información y divulgación

COMISIÓN IAFA-UNIVERSIDADES PRESENTE Y FUTURO

Dra. Giselle Amador (IAFA), Licda. Ligia Riva (ITCR)

La Comisión IAFA-Universidades es el producto de un acuerdo del "I Taller sobre prevención integral de la farmacodependencia, para funcionarios de las universidades estatales", que se realizó en diciembre de 1994.

Entre los acuerdos y compromisos de este I Taller se encuentran:

- Las instituciones de educación superior de origen estatal coinciden en la necesidad y posibilidad de establecer vínculos de coordinación interinstitucional.
- Las universidades en sus exposiciones, expresan coincidencia en cuanto a asumir el enfoque teórico metodológico de la prevención integral.
- Existe consenso en relación en que el IAFA asuma la rectoría técnica de los procesos y acciones orientadas hacia la prevención integral de la problemática de las drogas en coordinación con el CONARE y CONADRO.
- En los planteamientos se observa la intención manifiesta y la importancia de trabajar en coordinación con las diferentes instancias y estamentos intra universitarios.
- Se resalta la necesidad de desarrollar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para diversos segmentos de la población general y que incluya los diferentes niveles educativos.
- Se plantean acciones concretas: programas y proyectos a ser desarrollados en 1995.
- Se reconoce que si bien los lineamientos señalados por CONADRO son válidos y de factible incorporación en las universidades, los planteamientos propios de cada universidad, de acuerdo con las necesidades detectadas, son básicas.
- Se acuerda crear una comisión interinstitucional e interuniversitaria que dé continuidad al trabajo iniciado con base en los acuerdos logrados en el taller sobre prevención integral y que eleve los planteamientos propuestos a CONADRO y CONARE. La comisión estará conformada por: Ligia Rivas y Antonio Fornaguera (ITCR), Sandra Badilla y Pilar Zúñiga (UCR), Nidia Herrera (UNED), Edgar Vargas (UNA), Nelson Ayala, Hannia Carvajal, Lizú San Lee y Leda Martínez (IAFA).

- Estructuración, desarrollo y evaluación de los programas universitarios que cobijará todos los estamentos e instancias universitarias.
- Integrar al proceso de prevención iniciado a las universidades de carácter privado.
- Se concede potestad a la comisión interuniversitaria-interinstitucional designada, tomar decisiones respetando el espíritu de los acuerdos logrados.
- Realizar un análisis de tipo epistemológico a la base conceptual que soporta la prevención integral para determinar su coherencia con las acciones específicas que esta conlleva

Inicia su funcionamiento en febrero de 1995, teniendo como primera tarea, la elaboración de un resumen explicativo de lo ejecutado en el I Taller, el cual fue enviado a las Vicerrectorías y unidades de Vida Estudiantil y Oficinas de Salud de las cuatro universidades, a la Decanatura del CIDE en la UNA, a la Comisión de Salud de CONARE y a las autoridades del IAFA.

Como primer tarea la Comisión elaboró el programa que respalda sus acciones, quedando constituido de la siguiente forma:

Propósito

Crear espacios de reflexión y discusión sobre aspectos conceptuales, éticos, estratégicos y legales con el propósito de lograr un consenso teórico-práctico respecto al fenómeno social de las drogas en Costa Rica.

Objetivo General

Impulsar y mantener un proceso de coordinación entre el IAFA y los programas de desarrollo humano que se implementan en las universidades con el fin de promover la prevención integral del fenómeno social de las drogas.

Objetivos Específicos

1. Establecer una red colaborativa intra e interinstitucional conformada inicialmente por universidades estatales y el IAFA.

2. Lograr el establecimiento de vínculos de coordinación entre esta Comisión, CONARE, CONADRO y otras instancias organizadas afines.
3. Favorecer la integración de los esfuerzos de investigación y de vigilancia epidemiológica del IAFA y las universidades estatales.
4. Elaborar una base de datos con las personas e instancias comprometidas natural o formalmente, dentro del ámbito universitario en la Prevención Integral del fenómeno social de las drogas.
5. Divulgar los resultados de las investigaciones y experiencias desarrolladas por las instituciones que conforman la red colaborativa.
6. Promover la inclusión de contenidos de Prevención Integral en los programas de estudio de las diferentes carreras universitarias.

Funcionamiento

Se ha definido junto con el coordinador de la Comisión de Salud de CONARE, que el canal de comunicación de esta Comisión IAFA-Universidades con las autoridades de las cuatro universidades estatales, será la Comisión de Salud a través de la Licda. Nidia Herrera, quien es representante de ambas instancias.

Además se sugiere que cada universidad lleve a la Comisión de Prevención Intrauniversidades, el programa de la Comisión IAFA-Universidades, para que el mismo se eleve a las autoridades de los centros de enseñanza superior, con el fin de que se incluyan en las políticas y planes de cada universidad.

Este programa fue enviado a la Comisión de Salud de CONARE, con el fin de manifestar, nuestro interés de continuar funcionando, de donde se obtuvo el apoyo correspondiente, quedando la Comisión, dentro del programa de esta Comisión vinculada por medio de Licda. Nidia Herrera.

Este vínculo de acción se ha mantenido durante el transcurso del año.

Debido a lo extenso del programa y considerando que en el mismo existen objetivos de mediano plazo, la Comisión decidió priorizar sus acciones para 1995, en la elaboración de la base conceptual y metodológica que orienta la Prevención Integral. Asimismo, construyó una base de datos que nos permitirá registrar las personas e instancias que llevan a cabo acciones de Prevención Integral, en los centros de Educación Superior.

Esta base de datos fue elaborada por el Departamento de Investigación del IAFA y aprobada por la Comisión y será parte del trabajo que se realizará en 1996.

En cuanto a la Base Conceptual y Estrategias Metodológicas de la Prevención Integral, la Comisión IAFA-Universidades, unió esfuerzos con la Comisión de Conceptualización del IAFA y conformó un grupo de trabajo con representación del IAFA y el ITCR, que elaboró el documento que se presentará en este taller.

En un primer momento, los diferentes enfoques fueron presentados por los autores, a funcionarios del IAFA, y en una conversata, se brindaron los aportes de los participantes.

Posteriormente el grupo ha continuado reuniéndose, con el fin de lograr traer a este II Taller, el documento que se conocerá durante el segundo día.

Otra actividad en que estuvo presente la Comisión y que también se llevó a cabo en el IAFA, fue la participación en las jornadas de capacitación de esta Institución. En esta oportunidad se explicó, las acciones que en Prevención Integral realiza la UCR, ITCR y la UNED y las funciones de la Comisión.

En el ámbito internacional la Comisión, contactó con el Centro de Estudios sobre el problema de las drogas en la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela, de la cual obtuvimos información acerca del III Simposio sobre Prevención del Consumo de Drogas en el Medio Universitario.

Asimismo, contacto por medio del Embajador de Costa Rica en Colombia, con el Vicerrector de Bienestar Universitario de la Universidad Nacional de Colombia, coordinación que dio como resultado la posibilidad de contar con un asesor en este taller y un posible convenio de cooperación que será presentado al IAFA y a CONARE, esta semana.

También, se ha mantenido comunicación vía telegrama con la Dra. Yvonne Solanas Pacheco, Directora del Instituto de Prevención de Drogas, Alcohol y Sida de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, con sede en San Juan, Puerto Rico.

La Dra. Gaby Fujimoto, Coordinadora de Prevención del Departamento de Asuntos Educativos de la OEA, conoce acerca de las acciones que se realizan en forma interinstitucional y propuso la realización de un evento internacional, como seguimiento al Proyecto de Universidades, que se desarrolla dentro del Plan de Acción Subregional para Centroamérica, Panamá y República Dominicana.

La programación y ejecución de este II Taller es la actividad con que culmina el año 1995. Con la retroalimentación que ustedes nos proporcionen, durante el mismo lograremos llevar a cabo las tareas que nos proponemos para 1995, las cuales son:

- Base de datos de las instancias que realizan acciones de Prevención en las Universidades.

- **Elaboración completa de la Base Conceptual de la Prevención Integral.**
- **Actividades educativas, tales como foros, mesas redondas, conversatas bi ó trimestrales.**
- **Semana de la Prevención Integral, donde en forma conjunta se trabaje en estos temas en las cuatro universidades y el IAFA.**
- **Incluir en las actividades propias de cada centro educativo como Semana de la Salud, Semana Cívica, etc., temas de Prevención Integral.**
- **Apertura a las universidades privadas, dentro de la Comisión.**
- **Posibilidad de encuentro ó actividad internacional.**

ACCIONES FUTURAS

COMISIÓN IAFA-UNIVERSIDADES

- **Presentar un proyecto interuniversidades tendiente a desarrollar acciones conjuntas en prevención ante PNUFID (Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas).**
- **Elaborar una base de datos con las personas e instancias comprometidas natural o formalmente, dentro del Ámbito universitario en la Prevención Integral del fenómeno social de las drogas.**
- **Crear espacios de intercambio de trabajos concretos entre Universidades (trimestrales, diferentes temas, mesas redondas, foros u otras).**
- **Aprovechar actividades propias de cada Universidad para desarrollar actividades de prevención (Semana de la Salud, Ferias de la Salud, Semana de la Prevención, etc.).**
- **Aprovechar los espacios de participación en actividades regionales (Encuentro OEA, III Taller con Universidades de la Región).**
- **Incorporar la participación de las Universidades privadas en la red colaborativa interinstitucional.**

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL MEDIO UNIVERSITARIO EN AMÉRICA LATINA

Dr. Henry Alejo Alejo, Asesor (Universidad Nacional-Colombia)

PRINCIPALES FUENTES DE INFORMACIÓN

- CEDRO
- CEPRODUC
CONACUID
- CESE
- CRUZ BLANCA
- ICFES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
RED EMPRENDER
RED UNIR
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ

ESTRATEGIAS EN EL MEDIO UNIVERSITARIO

⇒DEPENDEN DE:

- | | | | |
|----|---|---|------------------------|
| 1. | Políticas gubernamentales | → | Educativas
Drogas |
| 2. | Políticas institucionales | → | Académico
Bienestar |
| 3. | Respaldo legal | | |
| 4. | Misión, objetivos, estatutos y normas de la institución de educación superior | | |
| 5. | Cobertura, carácter y programas académicos que ofrece la universidad. | | |
| 6. | Infraestructura de la Institución. | | |

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA

PRINCIPALES HALLAZGOS EN SURAMÉRICA

EPIDEMIOLOGÍA

1. Se han realizado estudios principalmente en población general cuya metodología no permita contrastar resultados en la región.
2. Colombia impulsa la implementación del sistema VESPA Universitario.
3. Colombia, Chile, Venezuela, disponen de resultados en población universitaria.

ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN

1. En el área de prevención, los aportes más relevantes se dirigen hacia el "servicio social"-extensión universitaria.
2. El desarrollo de Programas de Prevención del consumo de psicoactivos en el medio universitario es incipiente. Las experiencias más significativas se desarrollan en Chile, Venezuela, Perú y Colombia.
3. A través de la Naciones Unidas se pretende influenciar a los gobiernos para modificar las currícula (planes de estudio) de las instituciones de Educación Superior.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN EL MEDIO UNIVERSITARIO SURAMERICANO

Informativas

- Riesgos del Consumo de S.P.A. y Centros de Atención
- Programas semestrales de introducción a la vida universitaria
- Programas extracurriculares abiertos a la comunidad universitaria
- Inclusión de contenidos sobre el problema en los planes de estudio

Limitaciones

- Reduce prevención a información
- Evaluación puntual y iatrogenia
- No fomenta la participación de la población objetivo

Detección y atención de grupos en riesgo

- Intervención en crisis y apoyo socio-económico
- Déficits en habilidades sociales
- Déficits en relación con las habilidades académicas
- Manejo de ansiedad y stress
- Depresión secundaria
- Detección precoz y remisión a centros especializados

Limitaciones

- Frecuentes dificultades en evaluación y seguimiento
- Focalizada sobre las carencias y limitaciones de las personas
- Baja cobertura, ausencia de participación activa de la población objetivo

Organización y participación comunitaria

- Responde a un modelo de planificación participatoria
- Promueven la generación de alternativas
- Generan compromiso y responsabilidad frente a los PSR
- Contribuyen a la formación integral (educación)
- Amplia cobertura

Provisión de alternativas

- Deportes
- Actividades culturales
- Servicio social extracurricular
- Intercambios educativos-becas

Holísticos

- Revisión constante de la currícula y los planes de estudio
- Se inserta en la vida académica y el bienestar
- Contribuye a la estructuración del proyecto de vida
- No excluye el desarrollo de intervenciones específicas

FUNDAMENTOS	EJES	PROCESOS	ACCIONES	COMPONENTES DE APOYO
P				C
R			Vig. Epidemiológica	O
E		INVESTIGACIÓN	Dimensión Jurídica	M
V			Cooperación Internac.	U
E			Cultura Universitaria	N
N	ACADÉMICO			I
C		DOCENCIA	Seminario permanente de formación docentes	C I
I				I N
Ó				O F
N		EXTENSIÓN	Programa de Ext. Univ. Red de prácticas (Plan Nac.)	O
I	SALUD Y BIENESTAR	INTERVENCIÓN GRUPAL	Seminario - Taller (Factores de Riesgo)	D R
N				I M
T				V A
E		ATENCIÓN INDIVIDUAL	Servicio de Orientación y Asesoría telefónica	U C
G			Consulta individual (Diagnóstico precoz)	L I
R				G O
A				A N
L				C
				I
				O
				N

SISTEMA DE EVALUACIÓN PERMANENTE

INVESTIGACIÓN: ESTUDIO NACIONAL 1995. DATOS PRELIMINARES.

AVANCE SOBRE ALGUNOS RESULTADOS DEL ESTUDIO NACIONAL SOBRE CONSUMO DE DROGAS 1995

*Por: Julio Bejarano¹
Noviembre de 1995*

Se nos ha pedido exponer algunos resultados del estudio nacional sobre consumo de drogas, cuyo trabajo de campo finalizó hace pocas semanas. La información está incompleta, de modo que se expondrán sucintamente algunos de los datos que se han trabajado hasta el momento. Confiamos en hacer llegar a cada uno de ustedes un ejemplar del informe final, quizás al finalizar el primer trimestre del año venidero.

En diferentes oportunidades hemos mencionado que, dentro del contexto de los países de la Sub-Región Latinoamericana, Costa Rica ha tenido un lugar de privilegio al haber desarrollado, durante los últimos veinticinco años, varios estudios nacionales sobre consumo de drogas.

Pese a la ausencia de un impacto significativo en la toma de decisiones políticas y técnicas en torno a la necesidad de definir y orientar programas preventivos, dicha situación ha permitido conocer el estado del consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas en determinados períodos, determinar necesidades de investigación, promover algún grado de conciencia en la población y, en unos momentos más que en otros, orientar programas de acción comunitaria y educativa.

Sin embargo, el problema de cada estudio nacional fue la imposibilidad de relacionar la información de un período con la hallada en otro, dado que en cada ocasión se empleaban procedimientos metodológicos diferentes.

El trabajo que en un tiempo muy limitado comentaremos hoy, así como el efectuado hace 5 años, se efectuó mediante la implementación del método de encuesta de hogares. Aunque en 1990 el diseño original, no contempló de manera explícita el desarrollo de condiciones que en un futuro pudieran replicarse, en documentos posteriores se destacó la necesidad de mantener una serie de procedimientos que garantizaran la posibilidad de efectuar comparaciones. Entre los principales figuran:

¹ Las Licdas. Lizu San Lee y Hannia Carvajal son también investigadoras principales en este trabajo.

- a. *La replicabilidad de los métodos de muestreo iniciales.*
- b. *El empleo del mismo instrumento de recolección de datos, con algunas modificaciones en la forma o tendientes a ampliar el espectro de información por recolectar y,*
- c. *El mantenimiento constante de los convencionalismos relativos a la edición, depuración y análisis de los datos.*

Es así como a partir de la experiencia de 1990, se pensó en la importancia de replicarla cinco años después para iniciar el desarrollo de una adecuada base de comparabilidad. Investigaciones posteriores, como la de percepciones de riesgo y consumo de drogas en estudiantes universitarios de carné 92 y en los estudiantes de colegios públicos en 1993, se enmarcan también dentro de este propósito.

(Figura A)

El universo del estudio estuvo constituido por todos los habitantes de Costa Rica, costarricenses o no, con una edad entre 12 y 70 años, residentes en una vivienda y con al menos un año de habitarla. El diseño muestra no contempló las poblaciones privadas de libertad o aquellas que se encontraban internadas en centros hospitalarios, así como tampoco a personas deambulantes o sin residencia fija.

El cuestionario empleado en esta oportunidad fue básicamente el mismo utilizado en 1990, al cual se le agregaron algunos reactivos, en especial para la exploración de aspectos perceptuales de los individuos hacia el tema de las drogas: la magnitud del problema, el consumo en personas conocidas, conocimiento de instituciones que trabajan en el campo, efectividad de los programas de prevención, opinión acerca de la disponibilidad y peligrosidad de las drogas y acerca del tema de la legalización del consumo, entre otros. Paralelamente, se eliminó un número reducido de ítemes que se emplearon en 1990, no obstante, la estructura básica permaneció inalterada.

Entre los resultados preliminares más importantes, en relación con las opiniones de las personas entrevistadas, destacan que, en general, la población nacional adjudica un segundo lugar en importancia al consumo de drogas, el cual es superado únicamente por el costo de la vida.

(Figura C)

Tal percepción es semejante a la encontrada en el estudio de 1990, con la diferencia de que el porcentaje atribuido al consumo de drogas aumento en casi 10 puntos porcentuales en 1995. Asimismo el problema de alcoholismo mantiene el tercer lugar, al igual que en 1990, en esta oportunidad con un porcentaje de 7,4%.

Más mujeres en 1995 consideran el problema del consumo de drogas como el más importante y es el grupo de 12 a 14 años el que le asigna mayor relevancia. De hecho la diferencia entre jóvenes y adultos es estadísticamente significativa, lo cual haría pensar que los primeros identifican una situación que posiblemente este más cerca de su realidad.

Por provincias se hallaron diferencias significativas, de manera que en Limón se encontró que más de una tercera parte de las personas entrevistadas mencionó el tema de las drogas como el principal. Esta apreciación es interesante al ser la provincia de Limón uno de los principales puertos y lugar por el cual transitan importantes cantidades de drogas.

Otro aspecto llamativo es la relación entre la percepción que tienen las personas entrevistadas acerca de los problemas del país y el hecho de haber consumido o no algún tipo de droga. En este sentido, se ha encontrado que los no fumadores de tabaco y no consumidores de alcohol le atribuyen un porcentaje más elevado problema del consumo de drogas.

Cabe destacar que la percepción acerca del principal problema nacional es similar a las opiniones de los encuestados sobre los principales problemas de su propia comunidad.

Esta situación es coherente también con los hallazgos de la encuesta de opinión pública llevada a cabo por la firma Borge y Asociados², en el primer semestre de 1995. En ella, el público identifica el costo de la vida como el problema más grave de Costa Rica, seguido por la delincuencia y la drogadicción. Cuando se preguntó por las razones por las cuales ha aumentado la delincuencia, se destaca a las drogas en primer lugar, luego la pérdida de valores, y el sistema penitenciario. En este estudio, según se detallará posteriormente, el 10% de las personas que estiman que el consumo de drogas ha aumentado en Costa Rica, lo hace con fundamento en que ha habido un incremento de la delincuencia.

En síntesis, los problemas del país y de la comunidad mencionados por la población, tanto en 1990 como en 1995, son indicadores de que, junto al tema económico, la situación del consumo de drogas ocupa un lugar de privilegio. No obstante, cabe preguntarse si dicha opinión guarda correspondencia con la realidad y si pudiera sugerir la existencia de un mayor grado de sensibilidad y conciencia de parte de la población.

² Los datos se tomaron del documento no publicado sobre la encuesta de opinión pública del 1º de setiembre de 1995.

Lo anterior evidencia que la exposición de las personas al tema de las drogas ilícitas es muy elevada. Prácticamente todas las personas han oído hablar de alguna de ellas, especialmente la marihuana. La cantidad de información es abundante, más su grado de calidad pareciera pobre.

(Figura 23)

La variante más importante de 1990 a 1995 se presenta con respecto al *crack*, sustancia cuyo consumo, como se mencionará más adelante, ha tenido una rápida evolución durante el quinquenio. A finales de la década anterior y principios de la actual su consumo estaba focalizado en sectores minoritarios. Asimismo, el despliegue periodístico en torno al *crack* ha sido de proporciones relevantes, lo cual también explica la opinión encontrada. De las personas que mencionaron la marihuana, la cocaína y el *crack* como las drogas acerca de las cuales habían escuchado más, la mayor parte se ubica en el rango de 12 a 20 años de edad, seguidos por el grupo de 21 a 30, entre el que prevalecen las personas que se dedican a los oficios domésticos.

Según se conoce y según se estableció mediante el presente estudio, la mayor parte de las personas obtiene la información sobre las drogas por conducto de los medios de comunicación colectiva. No obstante, sobresalen algunas diferencias importantes. De los 25 años de edad en adelante se observa una mayor propensión a obtenerla por dichos medios en comparación con lo que sucede con el grupo de 12 a 24 años, en el cual se encuentra una mayor cantidad de personas que mencionó obtener la información mediante instituciones y material impreso. Cabría entonces preguntarse si la calidad y cantidad de información obtenida es superior en uno u otro grupo.

En comparación con los varones, un mayor número de mujeres tiende a obtener la información sobre drogas más por la vía de los medios de comunicación que por sus amistades como suele suceder con los primeros.

La posibilidad de recibir información sobre drogas por conducto de instituciones, o de material impreso, es menor en la zona rural que en la urbana y mayor entre estudiantes con educación secundaria (completa o incompleta) que entre universitarios y parauniversitarios.

Dentro de este orden de cosas, es decir en el nivel de conocimientos, sobresale que para la población estudiada, las drogas más peligrosas son el "crack" la cocaína y la marihuana. Con relación al "crack", la asignación de peligrosidad es mayor en la zona urbana que en la rural. La peligrosidad asignada al "crack" en comparación con la atribuida al clorhidrato de cocaína es semejante cuando el análisis se realiza por sexo, raza y religión. Sin embargo, los católicos practicantes constituyen el grupo que, mayoritariamente, visualiza la marihuana y la heroína

como las drogas más peligrosas. La proporción de individuos que percibe el alcohol como la droga más peligrosa es reducida; entre ellos, los católicos practicantes constituyen mayoría.

(Figura 24)

A mayor edad de los individuos, es decir después de los 30 años, es significativamente menor la cantidad de quienes perciben el "crack" y la cocaína como las drogas más peligrosas. La adjudicación de peligrosidad a las drogas ilícitas, por ende, tiene a ser mayor en el grupo de 30 años y menos, católico practicante, en especial el comprendido entre los 12 y los 20, con educación primaria o secundaria más que universitaria o parauniversitaria.

Aunque no se hallaron diferencias significativas según el ingreso familiar de los individuos encuestados, menos personas con ingresos altos asignaron a la mariguana la mayor peligrosidad, en tanto que dentro de este mismo grupo se adjudica mayor nocividad al "crack".

Pese a que la asignación de peligrosidad hacia el alcohol y el tabaco es muy baja en general, tiende a disminuir conforme aumenta la edad del individuo. Otro estudio¹, realizado entre población estudiantil peruana, reveló que la asignación de peligrosidad hacia dichas drogas no solo era muy baja, sino que, según el criterio de los entrevistados, no tenían efectos perjudiciales. En Costa Rica sólo un 0,4% de la población mencionó el tabaco como la drogas más peligrosa.

Otro aspecto novedoso, dentro del capítulo de opinión, se refiere al tema de la legalización de las drogas, el cual fue operacionalizado como la posibilidad de que las personas puedan adquirir y consumir drogas en cualquier lugar sin ser objeto de detención o de cualquier medida represiva. Además, el concepto de legalización se amplió al suponer una acción del estado orientada a vigilar la libre comercialización de las drogas y a cuidar la calidad de las mismas, la producción, la distribución y la importación, todo como parte de una estrategia alternativa, diferente de las acciones represivas tradicionales para enfrentar el problema.

(Figura 27)

Sobre el tema de la legalización se ha debatido poco en Costa Rica, si se compara, por ejemplo, con algunos países europeos, en los cuales el problema se plantea desde diferentes ángulos y con una frecuencia relativamente elevada. Cabría preguntarse si estos resultados son reflejo de esa situación o, si por el contrario, son una manifestación de un grado de conciencia determinado, al menos entre quienes apoyan la legalización, dada su inclinación hacia legalizar el consumo de mariguana. Quienes apoyan la legalización, básicamente de la mariguana, son

principalmente varones de la zona urbana, católicos no practicantes o sujetos sin religión y entre 21 y 38 años, con educación secundaria o universitaria y ubicados dentro del sector terciario actividad laboral.

Junto al tema de la legalización del consumo se inquirió acerca del de la disponibilidad, el cual ha sido objeto de exploración, tanto en el grupo de los estudiantes universitarios con carné 92, como en los de segunda enseñanza. En estos dos grupos parece existir la idea generalizada de que conseguir marihuana y cocaína es una tarea fácil, sin que esto esté necesariamente relacionado con la práctica de consumo. En estudiantes universitarios de los centros de educación superior estatal, por ejemplo, más de dos terceras partes opinan en ese sentido con respecto a la cocaína, en tanto que 8 o más de cada diez lo hace con respecto a la marihuana. Una proporción mayor de estudiantes de últimos años de enseñanza media consideró en 1993 que la consecución de cocaína era algo sencillo en tanto que casi 9 de cada de 10 opinó lo mismo en relación con la marihuana.

En 1995, la mayor parte de la población costarricense de 12 a 70 años considera que conseguir drogas es algo fácil, y la mayor parte de ella lo afirma con fundamento en lo que conoce sobre tráfico y consumo.

(Figura 26)

Asimismo, es significativamente mayor la cantidad de personas en zonas urbanas que opinaron en el sentido de que la consecución de drogas es algo fácil.

Por otra parte, pero en relación con lo anterior, la mayor parte de la población es del criterio que el consumo de drogas ha aumentado en el país. Un número significativamente mayor de personas de la zona urbana que de la rural comparte tal percepción. En esta última, es significativamente mayor la cantidad de personas que opinan que el consumo ha experimentado una reducción.

Las personas que observan un aumento en el consumo son predominantemente individuos casados, con educación primaria o secundaria, católicos practicantes y con edades inferiores a los 40 años. Dicho aumento lo atribuyen a que se observa un número de traficantes y de *adictos* cada vez mayor (según informa el 47,7%) y en virtud de lo que ven y oyen en las noticias (de acuerdo con un 34,4%). Una de cada diez personas mencionó que el aumento en el consumo de drogas es resultado de la delincuencia.

Acerca de las medidas por tomar con los consumidores habituales de drogas ilegales, la población estima como óptimas las curativas.

(Figura 28)

Es interesante observar, e incluso podría estimarse como algo positivo, que en el nivel general las personas consideren que a los consumidores habituales deben ofrecerles medidas curativas y oportunidades de trabajo, más que la privación de su libertad o la imposición de multas. Hace algunos años, mediante una encuesta nacional se había establecido que la mayor parte de personas se inclinaban por castigar a los consumidores de drogas. Las medidas preventivas, fueron citadas por más personas de la zona rural que de la zona urbana y, en general, por individuos de 12 a 20 años con una educación de enseñanza primaria.

Una experiencia previa de investigación, llevada a cabo en la población de los estudiantes costarricenses de 10º y 11º años reveló que casi tres cuartas partes desconocía si sus compañeros consumían drogas ilícitas y sólo un 0,05%, indicó que dicha práctica estaba presente en *muchos* de sus compañeros.

En la población general costarricense de 12 a 70 años, ocurre un fenómeno diferente con respecto a las categorías antes mencionadas: sólo un 0,2% acusó desconocimiento, en tanto que un 15% optó por la categoría *muchos*.

Es significativamente mayor la cantidad de personas de zonas urbanas que de zonas rurales que manifiestan creer que muchos de sus amigos o conocidos consumen. Asimismo, casi la mitad de las personas que así opinan se ubican en el grupo de edad de 21 a 39 años de edad.

(Figura 29)

Entre aquellos que optaron por la categoría *muchos*, un 67,6% eran consumidores de alcohol en el último año, 21,7% de marihuana y 40% de cocaína. De los consumidores activos de marihuana y cocaína un 70% y un 50%, respectivamente, manifestaron que muchos de sus amigos o conocidos consumen drogas. Lo anterior corrobora la idea de que los grupos de referencia de los consumidores activos de drogas posiblemente son otros consumidores. Por el contrario, también es muy elevada la probabilidad de que una persona que nunca ha consumido drogas (lícitas o ilícitas) reporte que ninguno o pocos de sus conocidos lo hacen.

Las provincias en las cuales un mayor número de personas estima que muchos de sus conocidos o amistades consumen drogas ilícitas son Limón y Guanacaste (en particular en zonas urbanas). El agrupamiento de las categorías *pocos* y *muchos* revela que al menos una tercera parte de la población nacional manifiesta tener entre sus conocidos y amigos a algún consumidor de drogas.

Por último, el estudio contempló la exploración de algunos aspectos relativos a la salud de los individuos. Al igual que en 1990, la práctica de ejercicio físico³ en 1995, por parte de la población de 12 a 70 años, se presenta como una actividad que desarrolla más del 40% de la población. En ambos períodos dicha actividad fue ejercida a diario o casi a diario por algo más del 20% de la misma.

(Figura 11)

En 1995, sin embargo, se hallaron importantes diferencias por zona y por sexo. La práctica de actividad física con fines de mejoramiento de la salud y/o la estética corporal fue mayor en la zona urbana que en la rural y más frecuente entre varones que entre mujeres, principalmente solteros.

En relación con la edad, la práctica de ejercicio a razón de tres o más veces por semana fue mayor en el grupo de 15 a 24 años, observándose una tendencia a la baja conforme aumenta la edad. El grupo en el cual se reportó la frecuencia más baja de ejercitación física, o la ausencia de esta, fue en el de 30 a 50 años. Se halló una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la frecuencia de ejercicio físico.

El consumo reciente de drogas fue menos frecuente entre los sujetos que practicaban ejercicio físico a razón de tres veces o más por semana.

Por otra parte, la ingestión de productos frutícolas y verduras fue significativamente mayor en aquellas personas habituadas a la práctica frecuente de ejercicio físico, cuya frecuencia, también, tiende a ser mayor en grupos con ingresos familiares altos y medios.

La mayor parte de la población (55%) indicó no presentar problemas de salud. De aquellos que respondieron positivamente, más de la mitad (58,2%) refirió poseer problemas cardiovasculares, en tanto que respiratorios y digestivos fueron mencionados por un 4,3 y un 7,3% respectivamente. Sólo cuatro sujetos (0,1%) mencionaron presentar problemas de alcoholismo. Entre las personas que mencionaron presentar depresión y ansiedad como problema principal de salud (2,3%), se halló que el problema fue significativamente más frecuente entre mujeres casadas, amas de casa y con edades entre 31 y 50 años, que entre varones.

Un elemento importante por destacar dentro de este apartado, se refiere a la presencia de estados de tensión, intensas preocupaciones, estrés o agotamiento

³ El ejercicio físico se definió en esta investigación como cualquier actividad física para la cual se dedica un mínimo de 15 minutos por jornada, dos o más veces por semana, y una intencionalidad orientada al mejoramiento de la salud o la estética corporal.

por exceso de trabajo o estudio durante el último año, los cuales, quizás, no fueron interpretados y, consiguientemente, mencionados por las personas cuando se les cuestionó acerca de sus problemas de salud.

(Figura 14)

Llama la atención que más de un 40% de la población reconoce estar sometida a fuentes de estrés con un frecuencia semanal de al menos una o dos veces, y que más de una cuarta parte lo experimente más tres veces por semana. Este fenómeno es más frecuente en la zona urbana y, en el nivel nacional, significativamente mayor en los individuos de 20 a 40 años de edad, predominantemente mujeres. Su asociación con el consumo actual de alcohol, tabaco y mariguana es débil; no así con el de cocaína y *crack*, en los cuales más cantidad de personas respondió estar sometido a gran tensión cotidiana. Los estados de tensión con frecuencia semanal de al menos una vez se hallaron, predominantemente, entre funcionarios del sector terciario y amas de casa.

En general, más de una tercera parte de las personas que habitualmente experimentan estados de tensión no consultan a profesionales de la salud, cualquiera sea su especialidad. Asimismo, dos tercios de los que mencionaron presentar estados de tensión muy frecuentemente, no eran proclives a la práctica de ejercicio físico.

Acerca del consumo de drogas propiamente dicho, es posible destacar, preliminarmente los siguientes hallazgos.

Café

El tema del consumo de café constituye un aspecto de importancia creciente, pese a que el análisis de este tipo de información es una práctica poco usual en informes sobre consumo de sustancias. Si bien en 1990 se recolectó información sobre el tema en Costa Rica, esta es la primera vez que se presentara como parte del informe sobre consumo de drogas en el nivel nacional.

El tema es relevante puesto que actualmente se conocen los diversos riesgos que se atribuyen a su abuso.

Tres cuartas partes de la población de 12 a 70 años, ha tomado café alguna vez en su vida, lo cual en términos absolutos representa 1.745,069 habitantes. Aunque no se hallaron diferencias por sexo, la prevalencia general de consumo de café en 1995 fue 7 puntos porcentuales menor que la hallada en 1990.

En relación con la frecuencia del consumo de café por sexo, se observan escasas diferencias. Una ligera mayor proporción de mujeres que de varones tienden hacia un consumo moderado: cerca de un 39,4% de ellas toma entre una y dos tazas diarias. En su mayoría estos consumidores, son amas de casa y trabajadores del sector terciario.

(Figura T).

Tanto en 1990 como en 1995, se aprecian prácticas de consumo excesivo (de tres hasta diez tazas de café por día), principalmente en los varones. Al comparar el consumo de café, por grupos de edad, se tiene que en las personas con edades entre 20 y 39 años se concentra el mayor número de consumidores moderados, pero conforme aumenta la edad, después de los 40 años, aumenta significativamente el consumo excesivo.

Alcohol

La prevalencia de vida consumo de alcohol en 1995 es 3,7 puntos porcentuales inferior a la hallada en 1990.

(Figura 31)

Si bien dicho hallazgo pudiera interpretarse *prima facie* como un logro importante, debe reconocerse que tal reducción se encuentra dentro del margen de error establecido en el diseño de la investigación. Ello, no obstante, no significa que se le deba restar importancia. Por el contrario, es posible afirmar que en cinco años se estaría iniciando una transformación importante en la cantidad de gente joven que se inicia en el consumo de alcohol. En efecto, al examinar la información de ambos años se aprecia que en 1995 una cantidad menor de individuos que en 1990 (alrededor de un 4% de la población) reportó no haber iniciado el consumo de alcohol. Mientras en 1990 la edad promedio de inicio del consumo de bebidas alcohólicas fue de 17,13 años, cinco años después se establece en 18,01. Dicho de otra manera, la edad de inicio aumentó 10 meses y medio en 1995.

No obstante lo halagüeño que pudiera parecer lo antes descrito, debe ponerse de relieve que, en ambos períodos, amplios sectores de la población (45,7% en 1990 y 42,4% en 1995) refieren haber tomado por primera vez antes de los 18 años, época antes de la cual la legislación vigente impide la adquisición de bebidas alcohólicas.

Existen diferencias significativas por sexo y edad en relación con el inicio: a los quince años ha comenzado el 33% de los varones en comparación con el 10,6% de las mujeres.

Las prevalencias de consumo de esta droga revelan, por otra parte, algunas diferencias interesantes con respecto a 1990.

(Cuadro B)

La experiencia de haber tomado alguna vez es más prevalente en las zonas urbano-marginales y rural marginales que en las urbanas y en las rurales. En la primeras la prevalencia general es 75% y 65.8%, respectivamente.

No obstante lo anterior, entre los individuos de ingresos altos un 62,2% es consumidor activo de alcohol; entre los de ingresos medios lo es un 44% y entre los de ingresos bajos un 34,8% ($p=0,00000$).

El consumo de alcohol en el último mes, si bien es un 4% menor que en 1990, agrupa, en términos absolutos, a un total de 573,975 personas, las cuales se definen como consumidores activos de alcohol. De estas personas, una cuarta parte consumió de cinco a diez días del mes, en tanto que 9% lo hizo en 12 a 30 días. En este último porcentaje está contenido un 5% de consumidores activos que ingirieron bebidas alcohólicas los treinta días del mes.

Otro aspecto que resulta importante contrastar con los datos de 1990, es que en la actualidad una mayor cantidad de personas que alguna vez tomaron, ha tenido experiencias de crisis etílicas o *tandas* (episodios de embriaguez de dos o más días continuos).

(Figura 17)

Por otra parte, durante el quinquenio han operado variaciones importantes en lo referente a la bebida de inicio de la población costarricense.

(FIGURA 15)

Dichas variaciones acentúan el papel de la cerveza como bebida de comienzo. Este fenómeno bien puede atribuirse al importante movimiento de la industria cervecera en procura de expandir el mercado, lo cual se ha revelado mediante campañas masivas.

Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y la bebida de inicio, de manera que, entre las personas que comenzaron a tomar antes de los 18 años, un 44.1% lo hizo con cerveza, un 27,6% con guaro y el resto con otras bebidas. Asimismo, la iniciación con cerveza agrupa a más cantidad de gente de

sectores de ingresos medios y altos. De las personas que se iniciaron con guaro, un 75% es de ingresos bajos.

La información anterior adquiere más significado si se toma en consideración que la predilección por la cerveza, como bebida de consumo actual, es mayor en 1995 que en 1990.

(Figura 16)

Nótese como en un período relativamente corto, la predilección por las bebidas diferentes a la cerveza ha disminuido. Esta última es preferida en prácticamente todos los grupos de edad pero mayoritariamente en el de 20 a 30 años, en zona urbana y entre personas con estudios secundarios y universitarios.

De todas las personas que alguna vez tomaron, un 3% refiere haber recibido tratamiento para los problemas derivados del consumo de alcohol. Un porcentaje inferior (2,2%) fue internado alguna vez para ser tratado por esos problemas.

Tabaco

En lo que respecta a consumo de tabaco, se ha observado un incremento superior a dos puntos porcentuales en comparación con los hallazgos efectuados en 1990.

(Cuadro A)

No obstante, el consumo reciente ha disminuido en una proporción similar.

Mariguana

En comparación con 1990, año en el cual 78,000 personas habían experimentado con mariguana, hoy en día esa cantidad ha aumentado en 20,000 individuos, lo cual equivale a un incremento relativamente bajo igual 0,19%

(Cuadro C)

No obstante lo anterior, el consumo reciente ha disminuido en una medida mayor (ahora año es 0,5%, en 1990:1,6%- ahora mes es 0,3%, en 1990 1,44%.

Cocaína

Las variaciones más importantes se presentan con el consumo de cocaína, en particular si integramos otras fuentes de datos. La prevalencia vitalicia se

estableció en este estudio en 0,9%, la cual en comparación con la de 1990 representa un 0,4% de aumento. Los consumidores activos de esta droga se encuentran en el rango de edad de 21 a 38 años. Las proporciones de consumo reciente en 1995 son idénticas a las halladas en 1990 (0,2% de consumo en el último año, 0,1% en el último mes).

Como se indicó al principio, otras fuentes de datos permiten conocer las dimensiones del consumo en los grupos no encuestados en hogares. Así, los resultados de la ronda de estudios en la sala de emergencias del H.S.J.D., efectuada en una fecha similar a la del estudio nacional, reveló una prevalencia general de consumo de cocaína de 4,3%, un 3% de consumidores del último año y 2,4% de consumidores del último mes.

Igualmente preocupante es que el consumo de "crack", el cual no se detectó en 1990, sea, en la población general, de proporciones similares en 1995 a la del clorhidrato de cocaína hallada en 1990 (0,5%). En la sala de emergencias antes citada, la prevalencia general fue de 4,9%, ligeramente superior a la de cocaína, situación que también ocurre con el consumo reciente.

Figura A

METODOLOGIA ESTUDIO NACIONAL 1990-1995

- UNIVERSO. Los habitantes de Costa Rica entre los 12 y 70 años.
- MARCO MUESTRAL: Cartografía y censos de población de 1984.
- TIPO DE MUESTREO: Probabilístico y multietápico
- MUESTREO DE AREAS: Selección aleatoria de los segmentos, selección sistemática de viviendas e individuos.

Figura C
Distribución porcentual de la muestra según su opinión acerca del principal problema del país
Costa Rica, 1992

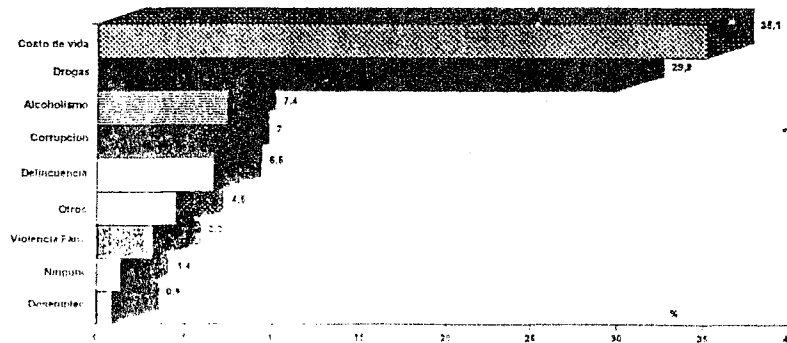
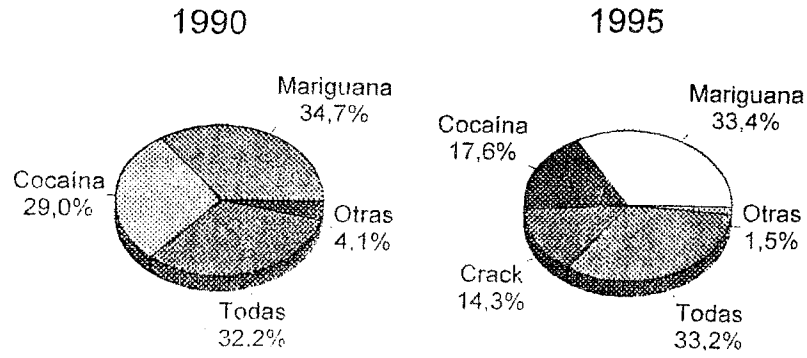
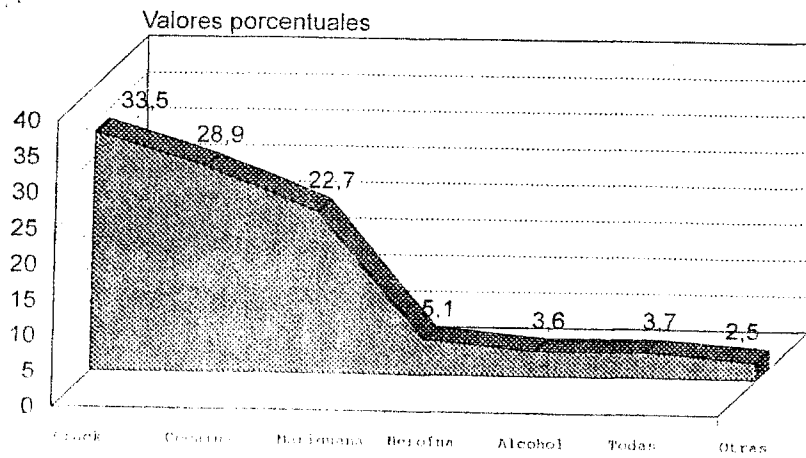


Figura 23
 Distribución de la población según droga acerca de la cual han oído más. Costa Rica, 1990-1995



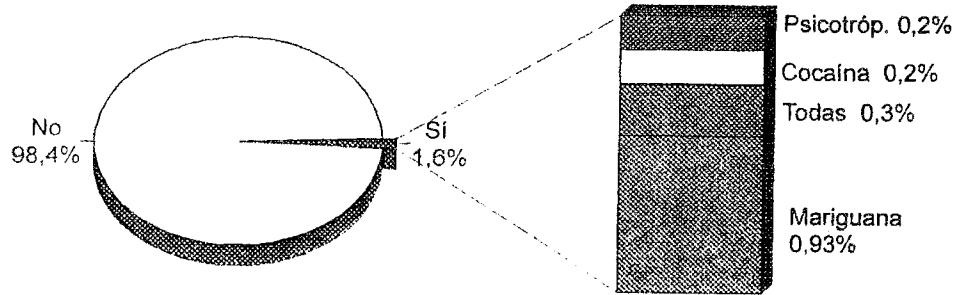
Departamento de Investigación, IAFA.

Figura 24
 Distribución de la población según su criterio sobre las drogas más peligrosas Costa Rica, 1995.



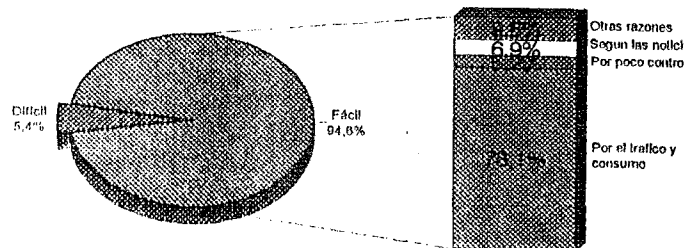
Departamento de Investigación, IAFA.

Figura 27
Distribución de la población, según su criterio acerca de la legalización del consumo de drogas.
Costa Rica, 1995



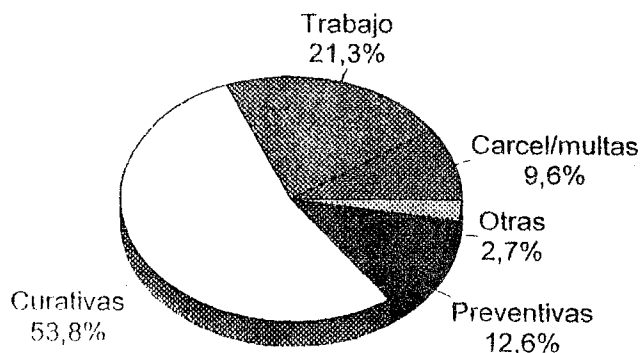
Departamento de Investigación, IAFA

Figura 28
Distribución de la población, según su criterio acerca de la facilidad para conseguir drogas y las razones por las cuales estiman que es algo fácil.
Costa Rica, 1995



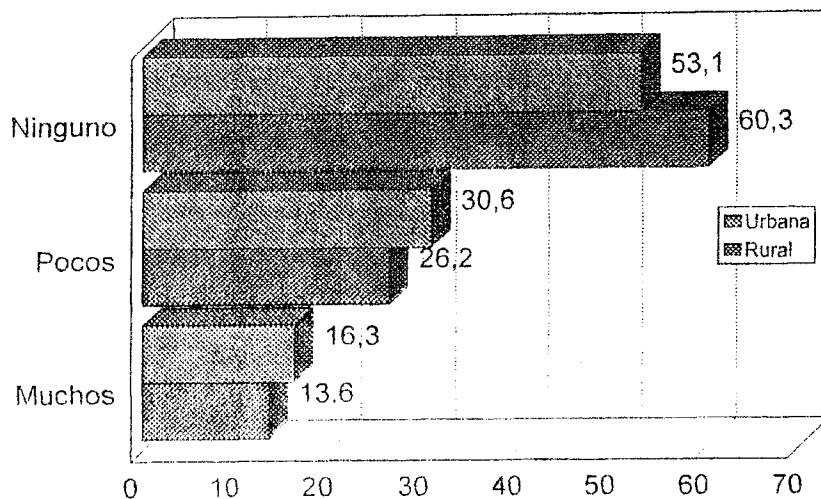
Departamento de Investigación, IAFA

Figura 28
 Distribución de la población según su criterio sobre las medidas a tomar con los consumidores habituales de drogas.
 Costa Rica, 1995



Departamento de Investigación, IAFA

Figura 29
 Distribución de la población según su criterio acerca de cuántos de sus conocidos consumen drogas, por zona.
 Costa Rica, 1995



Departamento de Investigación, IAFA

Figura 11
 Distribución porcentual de la muestra según
 frecuencia de práctica de ejercicio físico
 Costa Rica, 1995

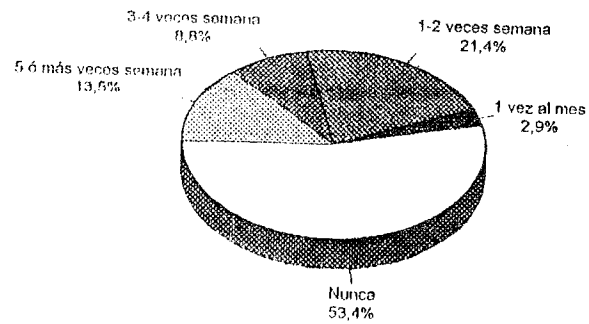


Figura 14
 Distribución de la población según frecuencia
 de estados de tensión o estrés. en el último
 año. Costa Rica, 1995

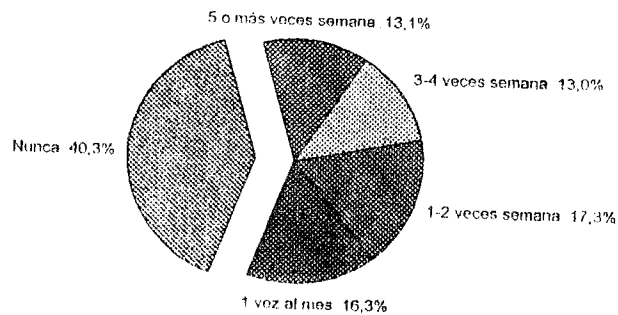


Figura T
Consumo excesivo de café, según sexo.
Costa Rica 1990-1995

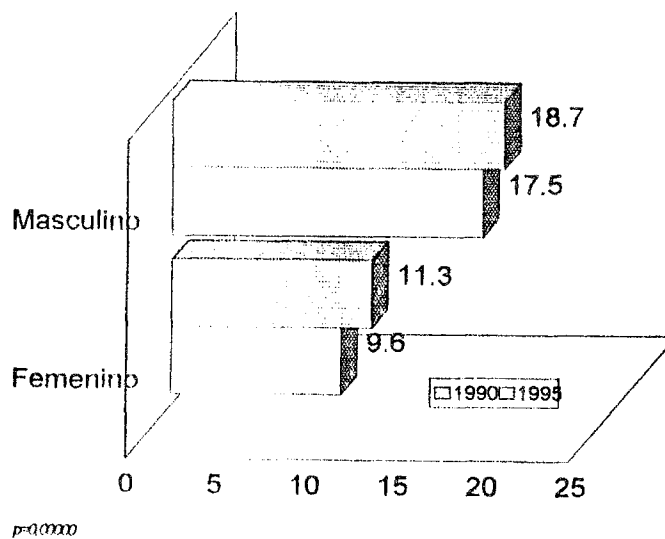
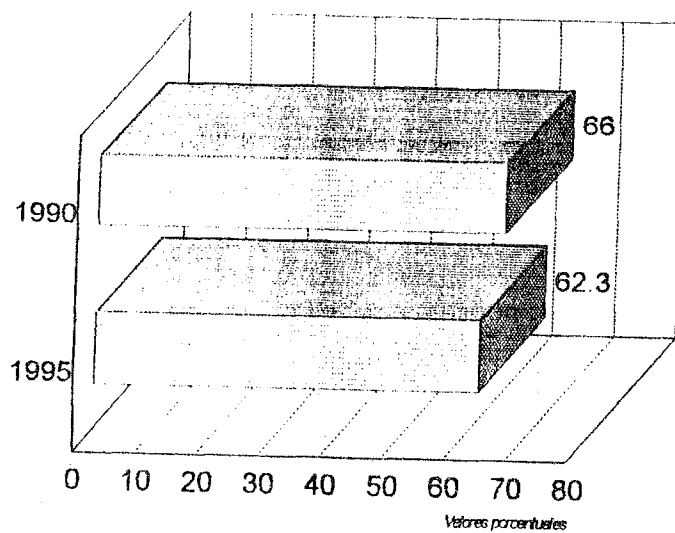


Figura 31
Prevalencia de vida de consumo de alcohol.
Costa Rica, 1990-1995



Cuadro B
Prevalencias de vida, año y último mes e intervalos de confianza
del consumo de alcohol en la población nacional de 12 a 70 años,
Costa Rica 1995

TIPO DE PREVALENCIA	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA	INTERVALOS DE CONFIANZA
VIDA	62,3	60,5 - 64,1
AÑO	40,3	38,5 - 42,1
MES	24,8	23,3 - 26,4

*El nivel de confianza de los límites es de 95% y el de denominador en los tres indicadores es la muestra total.
Nota: La prevalencia de último mes comprende el consumo de 24 horas, última semana y más de una semana pero menos de un mes.
La prevalencia de año comprende los meses más el consumo de más de un mes y menos de un año. La de vida incluye a todas las que alguna vez consumieron.*

Figura 17
Experiencia de embriaguez, dos o más días, en las
personas que alguna vez consumieron alcohol.
Costa Rica 1990 - 1995

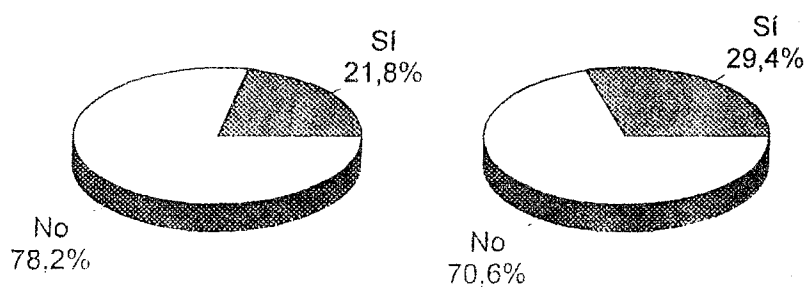
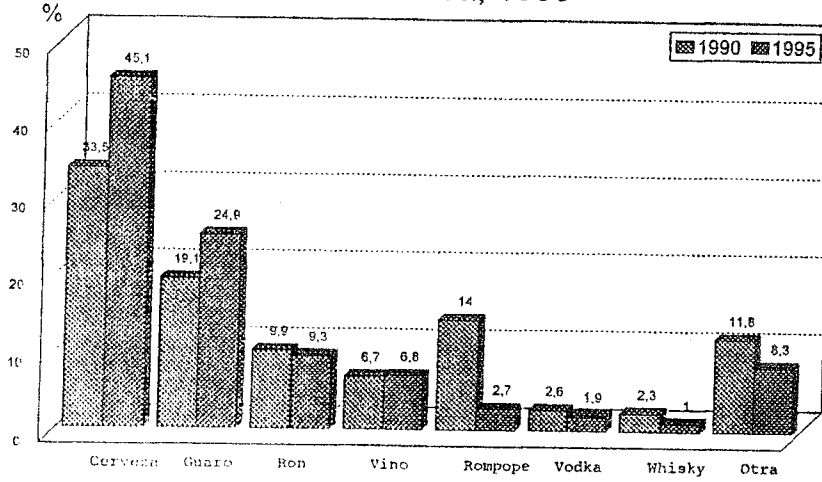
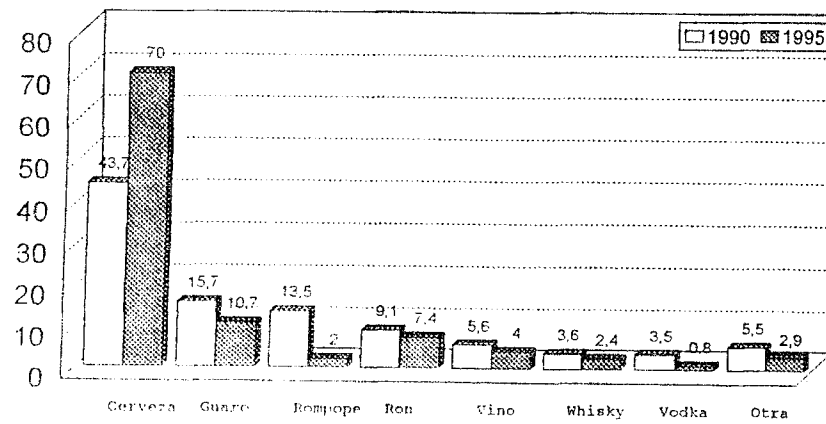


Figura 15
 Distribución de la muestra según bebida alcohólica de inicio en 1990 y 1995.
 Costa Rica, 1995



Departamento de Investigación, IAFA

Figura 16
 Distribución de la muestra según bebida alcohólica de preferencia en 1990 y 1995.
 Costa Rica, 1995



Departamento de Investigación, IAFA

Cuadro A
Prevalencias de vida, año y último mes e intervalos de confianza
del consumo de tabaco en la población de 12 a 70 años.
Costa Rica 1995

TIPO DE PREVALENCIA	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA	INTERVALOS DE CONFIANZA
VIDA	35.2	33.5 - 37.0
AÑO	18.3	16.9 - 19.7
MES	17.4	16.1 - 18.9

*El nivel de confianza de los límites es de 95% y el de denominador en los tres indicadores es la muestra total.
Nota: La prevalencia de último mes comprende el consumo de 24 horas, última semana y más de una semana pero menos de un mes. La prevalencia de año comprende lo anterior más el consumo de más de un mes y menos de un año. Lo de vida incluye a todos los que alguna vez consumieron.*

Cuadro C
Prevalencias de vida, año y último mes e intervalos de confianza del consumo
de marihuana en la población nacional de 12 a 70 años,
Costa Rica 1995

TIPO DE PREVALENCIA	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA	INTERVALOS DE CONFIANZA
VIDA	3.9	3.3 - 4.6
AÑO	0.3	0.3 - 0.3
MES	0.3	0.1 - 0.5

*El nivel de confianza de los límites es de 95% y el de denominador en los tres indicadores es la muestra total.
Nota: La prevalencia de último mes comprende el consumo de 24 horas, última semana y más de una semana pero menos de un mes. La prevalencia de año comprende lo anterior más el consumo de más de un mes y menos de un año. Lo de vida incluye a todos los que alguna vez consumieron.*

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN LAS UNIVERSIDADES ESTATALES

Avance de Investigación: Estudio sobre Consumo de Drogas y Percepciones de Riesgo en Estudiantes Universitarios con Carné 1992.

Por: Julio Bejarano, Hannia Carvajal, Lizú San Lee, Federico Ugalde.

1. PRESENTACIÓN

Este trabajo constituye un avance de investigación del proyecto sobre consumo de drogas y percepciones de riesgo, en los estudiantes con carné 92, de las cuatro universidades estatales, el cual presenta la información de los hallazgos efectuados durante 1993 y 1994, además, de que establece algunas relaciones, con respecto al primer año del estudio.

El proyecto contempla consultas sucesivas a los estudiantes, durante un período de cinco años, con el objetivo de evaluar las tendencias de consumo y las transformaciones en las percepciones de riesgo, como resultado de su avance dentro de la universidad, en general, y su carrera, en particular.

La primera etapa de esta investigación, la cual consistió en la aplicación de un instrumento de recolección de datos a más de dos terceras partes de los estudiantes matriculados en el curso lectivo de 1992, se presentó, a manera de informe de investigación, en el documento denominado *El fenómeno de la farmacodependencia en el estudiante de primer ingreso en las universidades estatales de Costa Rica: percepciones de riesgo y consumo 1992 (C.R.: IFAF, 1993)*.

Además del análisis de resultados de la situación de consumo y percepciones de riesgo, correspondientes a 1992, en el citado documento se presentan algunas conclusiones obtenidas de diferentes investigaciones realizadas con estudiantes universitarios (principalmente de otras latitudes) y se ofrecen algunos elementos para la profundización en aspectos de orden conceptual, así como en materia de investigación.

Mientras se preparaba el presente documento, se ultimaron algunos detalles para realizar la ronda de 1995. Después de la siguiente, es decir la de 1996, se presentará el informe comprensivo de los cinco años de investigación. Por ello, el presente informe difiere, en cuanto a la forma, del primero citado en párrafos anteriores, así como del que se prevé para 1996. Su objetivo es brindar información

que pueda ser empleada por las universidades para el diseño o la continuación del trabajo preventivo o para la profundización en áreas específicas, en cuyo caso podría servir de base para nuevos estudios dentro de cada centro de educación superior.

2. ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1 POBLACION Y MUESTRA

En esta investigación, la cual se adscribe a la modalidad de encuesta transversal repetida, la población de estudio la constituyen los estudiantes con carné 92, matriculados durante los períodos académicos 1992, 1993 y 1994, en las cuatro universidades estatales: Universidad de Costa Rica (U.C.R.), Universidad Nacional (U.N.A.), Universidad Estatal a Distancia (U.N.E.D.) e Instituto Tecnológico de Costa Rica (I.T.C.R.).

Si bien, en 1992, se trabajó con un sector muy amplio (67%) de la población de estudiantes, el diseño del estudio contemplaba que, en los años siguientes, se trabajaría con muestras representativas, razón por la cual, en 1993 y 1994, se muestrearon 900 y 700 estudiantes, respectivamente. Se estimó un margen de error de 5% entre los valores muestrales y poblacionales, con un nivel de confianza del 99% en la estimación de la muestra.

La selección de los educandos se realizó mediante un muestreo polietápico. En la primera etapa, se distribuyó el tamaño de la muestra en forma proporcional al tamaño de los estudiantes con carné 92 matriculados en el año lectivo. En la segunda, tercera y cuarta etapas, se eliminaron las sedes regionales, las unidades académicas y los cursos con escaso número de estudiantes. En cada etapa, la selección posterior se efectuó en forma sistemática hasta el número de estudiantes requerido por universidad. (Cuadro 1-A)

Cuadro 1-A
Tamaños de muestra en los centros de educación superior, por año, según
universidad
Costa Rica 1993-1994

AÑO	U.C.R.	U.N.A.	U.N.E.D.	I.T.C.R.	TOTAL
1993	522	S.I.	218	160	900
1994	315	237	68	80	700

S.I.= Sin Información (Por razones internas de la U.N.A., este centro no participó en el estudio de 1993).

2.2 INSTRUMENTO

Para la recolección de los datos, se utilizó un instrumento base, en los tres años de investigación, el cual ha sufrido ligeras modificaciones, tendientes a mejorar los aspectos de forma. Fue diseñado en el Departamento de Investigación del IAFA y consta de 62 reactivos distribuidos, en tres grandes áreas:

A. *Información general* (para la recolección de datos sociodemográficos).

B. *Percepciones de riesgo* (o el riesgo que el estudiante asigna a diferentes prácticas de consumo de drogas).

C. *Consumo de drogas* (mediante el cual se busca determinar las prevalencias de consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y psicofármacos).

La sección de percepciones de riesgo, se analizó con fundamento en los puntajes establecidos en 1992, los cuales se describen en el primer informe.

En 1992, la confiabilidad de la sección de percepciones de riesgo se fijó en 0,81, mediante el coeficiente alfa de Chronbach, mientras que, en 1993 y 1994, los coeficientes fueron iguales a 0,91 y 0,90, respectivamente. En la sección de consumo de drogas, el coeficiente de confiabilidad, cuya estimación se basó en el procedimiento de Kuder Richardson debido a las características de dicha sección, fue de 0,74 en 1993 y 0,62 en 1994. Los diferentes coeficientes de confiabilidad

son indicativos de que el nivel de consistencia interna de todo el instrumento es apropiado.

La distribución de los estudiantes, según sexo, edad promedio y ubicación, se presentan en el Cuadro 1-B.

Cuadro 1-B

Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92, por sexo, edad y ubicación del centro académico, según universidades.

Costa Rica, 1993-1994

VARIABLE	U.C.R.		U.N.A.		U.N.E.D.		I.T.C.R.	
	1993	1994	1993	1994	1993	1994	1993	1994
Sexo:								
<i>Masculino</i>	44,3	44,8	S.I.	37,0	28,9	29,9	76,3	66,2
<i>Femenino</i>	55,7	55,2	S.I.	63,0	71,1	70,1	23,8	33,8
Edad promedio	19,7	20,6	-	21,7	28,3	29,9	19,7	20,9
Ubicación:								
<i>Metropolitana</i>	87,0	82,2	S.I.	92,2	76,2	86,6	100	94,8
<i>No metropolitana</i>	13,0	18,8	S.I.	7,8	23,8	13,4	-	5,2

S.I. = Sin información (En este año, la UNA no participó en el estudio).

3. PRINCIPALES HALLAZGOS

- Tres años después de la primera ronda del estudio en las universidades, las percepciones de riesgo de consumo de drogas de los estudiantes con carné 92 no evidencian variaciones significativas, por centro académico. Sin embargo, con excepción de la U.N.E.D., a mayor edad del estudiante, menor es su percepción de riesgo severo por el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana y cocaína. En el grupo de veinte años de edad o menos, la percepción de severidad por el consumo de esas drogas, fue menor en 1994 que en 1993, lo cual muestra que la percepción del estudiante cambia con el paso de los años.

- Por otra parte, en la U.C.R. y el I.T.C.R. disminuyó, ligeramente, el número de estudiantes que consideraba la experimentación con marihuana y cocaína como una práctica inocua.

- En la mayor parte de los centros de enseñanza superior, aumentó, aunque no significativamente, la proporción de estudiantes que asignó riesgo leve o ausencia de riesgo a la experimentación con "crack" y heroína.
- La adquisición de más cantidad de conocimientos y experiencia, así como mayores oportunidades de contrastar sus cogniciones con los elementos de su quehacer cotidiano, parecen explicar algunas de las percepciones de los estudiantes con respecto a las drogas. La mayor parte de ellos, no obstante, muestra una alta percepción de severidad hacia el *abuso* de drogas.
- La percepción de riesgo severo, atribuida al consumo de tabaco y alcohol, es compartida por una mayor cantidad de estudiantes en 1994, si se compara con 1992; sin embargo, al igual que en ese último año, dicha situación no guarda correspondencia con el consumo tres años después.
- Con respecto a la asignación de riesgo moderado o severo, por el consumo diario de bebidas alcohólicas, una mayor cantidad de estudiantes varones, consideró la ingesta diaria de alcohol como un riesgo moderado de provocar daño. Las mujeres, mayoritariamente, estimaron que dicha práctica entrañaba un riesgo severo; también, asignaron más riesgo al consumo de sustancias ilícitas que los varones.
- La prevalencia de ingestión de alcohol en la última semana ha experimentado un incremento en las cuatro universidades. En promedio, el consumo de alcohol durante las 24 horas previas a la aplicación del cuestionario superó el 5% durante el período 1992-1994, lo cual se considera elevado.
- El fenómeno de la ingestión excesiva de alcohol presenta un perfil diferente al de años anteriores. En 1994, hubo un incremento significativo en la proporción de estudiantes que abusaron de las bebidas alcohólicas. La proporción de varones que tomaron cinco o más tragos de licor, dos o más días durante el último mes, es considerablemente mayor que la de las mujeres.
- En comparación con 1992, es superior la cantidad de estudiantes que fuman tabaco diariamente y mayor la proporción de sujetos que consumieron más de diez cigarrillos por día, durante el último mes. La prevalencia de consumidores del último año, también, mostró un incremento. A la par de lo anterior, se observa que, en 1994, fue mayor la cantidad de estudiantes que intentó dejar de fumar.
- La asociación entre tabaquismo y consumo de alcohol, continúa siendo muy importante. La práctica de fumar va ligada a la ingestión de alcohol, situación que no se presenta con otras drogas.

- Llamen la atención las altas proporciones de consumidores activos⁴ de las drogas antes mencionadas, en las cuatro universidades. En promedio, dos de cada diez estudiantes que alguna vez fumaron, son consumidores activos, así como cuatro de cada diez de los que consumieron bebidas alcohólicas. El consumo de tranquilizantes, alguna vez en la vida, es mayor que el de estimulantes, pero la ingestión actual es muy similar (oscila entre 2,23 y 2,55%).
- En lo que a consumo de marihuana respecta, más de la mitad de los educandos que alguna vez la consumieron⁵ lo practicó hace más de un año. La prevalencia de consumidores activos es baja en general, y nula en el I.T.C.R., institución en la que no se registró tal tipo de consumidores. No se encontró consumo reciente de cocaína en ninguna de las universidades.
- La percepción sobre el consumo de psicofármacos (tranquilizantes y estimulantes) es similar a la hallada tres años antes; por tratarse de drogas permitidas, la atribución de severidad sólo se da en un número reducido de estudiantes. Los tranquilizantes son los medicamentos más utilizados por los alumnos de las cuatro universidades.
- Año tras año es mayor la cantidad de estudiantes que opinan que la consecución de drogas en el país es una tarea fácil. Como en 1992, aún hoy resulta importante explorar en profundidad esta percepción, así como sus implicaciones.
- Tanto la percepción sobre el consumo de drogas, como el consumo propiamente dicho, varían con el paso del tiempo. La adquisición de nuevos conocimientos, valores y experiencia, así como el desprendimiento de prejuicios, que parecen caracterizar al estudiante en 1994, contrastan con sus criterios y prácticas en 1992.

⁴ *Consumidores activos son aquellos que consumieron durante el mes previo a la aplicación del instrumento.*

⁵ *En promedio el consumo de vida en las cuatro universidades es igual a 3,3%.*

Cuadro 2
 Distribución porcentual de los estudiantes, con carné 92, por tipo de riesgo atribuido
 al consumo de drogas, según universidades.
 Costa Rica, 1993 - 1994

DROGAS Y NIVEL DE RIESGO	UCR		UNA		UNED		ITCR	
	1993	1994	1993	1994	1993	1994	1993	1994
Alcohol								
Ninguno	0,2	0,3	S.I.	0,4	0,5	1,5	-	-
Leve	4,0	2,6	S.I.	5,3	0,5	-	3,1	2,6
Moderado	16,5	21,6	S.I.	20,6	11,1	19,7	28,8	23,7
Severo	79,3	75,4	S.I.	73,7	88,0	78,8	76,1	73,7
Tabaco								
Ninguno	0,8	1,0	S.I.	1,3	0,5	1,5	-	-
Leve	1,9	0,3	S.I.	0,4	0,5	-	-	-
Moderado	8,6	8,8	S.I.	11,4	9,4	9,0	9,4	11,7
Severo	88,7	89,9	S.I.	86,8	89,4	89,6	90,9	88,3
Mariguana								
Ninguno	-	0,3	S.I.	0,4	0,5	1,5	-	-
Leve	1,7	1,6	S.I.	4,0	0,5	1,5	2,5	2,6
Moderado	21,9	26,1	S.I.	26,0	11,1	20,9	28,8	23,7
Severo	76,3	72,0	S.I.	69,6	88,0	76,1	68,8	73,7
Cocaína								
Ninguno	0,2	0,3	S.I.	0,4	0,5	1,5	-	-
Leve	0,8	-	S.I.	1,3	-	-	1,3	-
Moderado	12,9	13,6	S.I.	14,7	6,1	9,2	12,7	12,2
Severo	86,2	86,1	S.I.	83,6	93,9	89,2	86,0	87,8
Medicamentos								
Ninguno	-	0,7	S.I.	0,5	0,5	1,5	-	-
Leve	4,0	4,4	S.I.	5,9	2,3	3,0	5,1	6,6
Moderado	43,1	42,8	S.I.	38,0	31,0	34,8	49,7	40,8
Severo	52,9	52,2	S.I.	55,7	66,2	60,6	45,2	52,6

S.I. = Sin información (En este año, la UNA no participó en el estudio).

Cuadro 3
Distribución porcentual de los estudiantes con carne 92, que asignaron riesgo leve o ningún riesgo a la experimentación con drogas, según universidad.
Costa Rica, 1994

CONSUMO DE DROGAS	UCR		UNA		UNED		ITCR	
	1993	1994	1993	1994	1993	1994	1993	1994
Crack de una a dos veces en la vida	20,9	22,0	S.I.	24,0	12,4	17,9	27,5	22,1
Heroína de una a dos veces en la vida	20,5	23,6	S.I.	27,6	9,7	18,5	30,2	22,4
Mariguana una o dos veces en la vida	51,1	49,2	S.I.	43,0	31,3	38,8	58,1	45,5
Cocaína una o dos veces en la vida	33,3	30,7	S.I.	35,2	18,4	24,2	37,5	36,4
Estimulantes una o dos veces en la vida	52,5	54,1	S.I.	49,8	35,5	46,3	64,4	47,4
Tranquilizantes una o dos veces en la vida	71,6	65,6	S.I.	53,1	48,8	53,7	78,1	55,8

S.I. = Sin Información (En este año, la UNA no participó en el estudio).

Cuadro 4
 Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92 que asignaron
 riesgo severo al consumo de bebidas alcohólicas, por grupos
 de edad, según universidad.
 Costa Rica, 1993-1994.

GRUPOS DE EDAD	UCR*		UNA		UNED		ITCR*	
	1993	1994	1993	1994	1993	1994	1993	1994
20 años o menos	86,8	71,8	S.I.	48,1	15,7	9,8	82,6	50,0
De 21 a 24 años	5,7	22,2	S.I.	35,8	19,5	13,7	16,5	48,1
25 años y más	7,4	6,0	S.I.	16,0	64,9	76,5	0,9	1,9

S.I. Sin información (En este año, la UNA no participó en el estudio).

* p=0,000

Cuadro 5
 Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92 que asignaron
 riesgo severo al consumo de tabaco, por grupos de edad,
 según universidad. Costa Rica, 1993-1994

EDAD	UCR*		UNA		UNED		ITCR*	
	1993	1994	1993	1994	1993	1994	1993	1994
20 años o menos	86,0	73,0	S.I.	46,1	17,2	9,1	82,8	42,6
De 21 a 24 años	5,4	21,4	S.I.	38,3	17,7	16,4	15,7	52,5
25 años y más	8,6	5,6	S.I.	15,1	65,1	74,5	1,5	4,9

S.I. Sin información (En este año, la UNA no participó en el estudio).

* p= 0,000

Cuadro 6

Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92 que asignaron riesgo severo al consumo de marihuana, por grupos de edad, según universidad.
Costa Rica, 1993-1994

GRUPOS DE EDAD	UCR*		UNA		UNED		ITCR*	
	1993	1994	1993	1994	1993	1994	1993	1994
20 años o menos	65,7	72,3	S.I.	47,0	20,0	8,0	82,9	48,0
De 21 a 24 años	5,7	22,3	S.I.	36,9	19,4	22,0	15,2	46,0
25 años y más	8,6	5,4	S.I.	16,1	60,6	70,0	1,9	6,0

S.I. Sin información (En este año, la UNA no participó en el estudio).

* p= 0,000

Cuadro 7

Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92 que asignaron riesgo severo al consumo de cocaína, por grupos de edad, según universidad.
Costa Rica, 1993-1994

GRUPOS DE EDAD	UCR*		UNA		UNED		ITCR*	
	1993	1994	1993	1994	1993	1994	1993	1994
20 años o menos	85,5	72,6	S.I.	45,4	16,8	9,1	82,8	45,2
De 21 a 24 años	5,9	22,4	S.I.	37,9	18,4	18,2	15,6	50,0
25 años y más	8,7	5,1	S.I.	16,7	64,8	72,7	1,6	4,8

S.I. Sin información (En este año, la UNA no participó en el estudio).

* p= 0,000

Cuadro 8

Distribución porcentual de estudiantes con carné 92 que asignaron riesgo moderado o severo al consumo diario de licor, por sexo, según universidad.
Costa Rica, 1994

SEXO	UCR*		UNA**		UNED		ITCR	
	Moderado	Severo	Moderado	Severo	Moderado	Severo	Moderado	Severo
MASCULINO	65	39	53,8	30,2	36,4	31,4	77,8	61,5
FEMENINO	35	61	46,2	69,8	63,6	68,6	22,2	38,5

* p= 0,000

** p= 0,005

Cuadro 9

Distribución porcentual de estudiantes con carné 92 que asignaron riesgo moderado o severo al consumo de cocaína, por sexo, según universidad.
Costa Rica, 1994

SEXO	UCR*		UNA**		UNED		ITCR	
	Moderado	Severo	Moderado	Severo	Moderado	Severo	Moderado	Severo
MASCULINO	44,4	44,4	37	34,5	50	30,4	75	64,5
FEMENINO	55,6	55,6	63	65,5	50	69,6	25	35,5

Cuadro 10
Distribución porcentual de estudiantes con carné 92 que asignaron riesgo severo al abuso de drogas, según universidad.
Costa Rica, 1993 -1994

DROGAS	UCR		UNA		UNED		ITCR	
	1993	1994	1993	1994	1993	1994	1993	1994
Fumar 20 cigarrillos por día.	89,5	89,3	S.I.	87,7	88,0	89,6	93,1	88,3
Tomar 5 o más tragos por día.	89,3	87,6	S.I.	82,2	92,6	95,2	85,5	88,2
Fumar marihuana 4 o más veces por semana.	91,3	87,7	S.I.	82,5	88,0	86,6	90,6	83,1
Consumir cocaína 4 o más veces por semana.	94,2	94,0	S.I.	90,7	94,9	93,9	96,2	95,9

S.I.= Sin información (En este año, la UNA no participó en el estudio).

Cuadro 11
Distribución porcentual de estudiantes con carné 92 que asignaron riesgo moderado o severo al consumo de tabaco, por sexo, según universidad.
Costa Rica, 1994.

SEXO	UCR*		UNA		UNED		ITCR	
	Moderado	Severo	Moderado	Severo	Moderado	Severo	Moderado	Severo
MASCULINO	66,7	42,3	38,1	34,4	33,3	32,1	55,6	67,2
FEMENINO	33,7	57,7	61,9	65,6	66,7	67,9	44,4	32,8

* p= 0,021

Cuadro 12

Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92 que asignaron riesgo moderado o severo al consumo de marihuana en general, por sexo, según universidad. Costa Rica, 1994.

SEXO	UCR		UNA		UNED		ITCR	
	Moderado	Severo	Moderado	Severo	Moderado	Severo	Moderado	Severo
MASCULINO	48,6	42,9	42,3	32,2	50	28	70	64
FEMENINO	51,4	57,1	57,7	67,8	50	72	30	36

Cuadro 13

Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92, por prevalencias de consumo de tabaco, según universidad. Costa Rica, 1992 -1994.

TIPO DE PREVALENCIA	UCR			UNA			UNED			ITCR*		
	92	93	94	92	93	94	92	93	94	92	93	94
AÑO	7,7	8,4	8,4	S.I.	S.I.	4,8	5,4	3,2	6,0	9,3	15,0	17,0
MES	4,8	3,1	5,2	S.I.	S.I.	3,5	3,8	2,8	1,5	4,8	3,1	2,6
SEMANA	4,9	5,2	3,9	S.I.	S.I.	4,8	1,9	3,7	6,0	3,0	7,5	1,3
24 HORAS	9,1	8,2	8,7	S.I.	S.I.	7,4	8,5	10,1	7,5	11,5	7,5	11,5

S.I. Sin información (Para la UNA no hay datos disponibles correspondientes a 1992, y en 1993 este centro no participó en el estudio).

* p= 0,02

Cuadro 14
Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92, por tipo de prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, según universidad.
Costa Rica, 1992-1994.

TIPO DE PREVALENCIA	UCR*			UNA			UNED**			ITCR		
	92	93	94	92	93	94	92	93	94	92	93	94
AÑO	19,6	24,5	16,8	S.I.	S.I.	20,9	16,4	8,3	13,4	17,4	21,3	24,7
MES	21,8	13,6	16,2	S.I.	S.I.	11,7	17,7	11,5	13,4	23,4	20,6	10,4
SEMANA	18,5	19,9	25,9	S.I.	S.I.	19,1	10,5	13,3	16,4	19,3	25,0	27,3
24 HORAS	6,2	6,1	5,8	S.I.	S.I.	5,7	7,6	3,7	4,5	5,4	5,0	6,5

S.I. Sin información (Para la UNA no hay datos disponibles correspondientes a 1992, y en 1993 este centro no participó en el estudio).

* p= 0,000

** p= 0,05

Cuadro 15
Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92, por tipo de prevalencia de consumo de marihuana, según universidad
Costa Rica, 1992-1994.

TIPO DE PREVALENCIA	UCR			UNA			UNED			ITCR		
	92	93	94	92	93	94	92	93	94	92	93	94
AÑO	0,8	0,8	1,3	-	S.I.	1,3	3,2	-	-	0,4	1,3	1,3
MES	0,3	0,2	0,3	-	S.I.	-	0,3	0,5	-	0,4	-	-
SEMANA	0,1	0,4	-	-	S.I.	0,4	-	-	-	-	-	-
24 HORAS	0,2	-	0,3	-	S.I.	-	0,1	-	1,5	0,4	-	-

S.I. = Sin información (En este año, la UNA no participó en el estudio).

Cuadro 16
Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92, por tipo de prevalencia
de consumo de cocaína, según universidad.
Costa Rica, 1992-1994.

TIPO DE PREVALENCIA	UCR			UNA			UNED			ITCR		
	92	93	94	92	93	94	92	93	94	92	93	94
AÑO	0,5	0,4	-	-	S.I.	1,3	0,4	-	-	-	-	1,3
MES	0,2	-	-	-	S.I.	-	-	-	-	0,6	-	-
SEMANA	-	0,2	-	-	S.I.	-	-	-	-	-	-	-
24 HORAS	0,2	-	-	-	S.I.	-	-	-	-	-	-	-

S.I.= Sin Información (Este año, la UNA no participó en el estudio).

Cuadro 17
Prevalencias del último mes de consumo de drogas ilícitas,
por universidad, según droga.
Costa Rica, 1994

UNIVERSIDAD	MARIGUANA	COCAINA
U.C.R.	0,60	-
U.N.A.	0,43	-
U.N.E.D.	1,50	-
I.T.C.R.	-	-

Cuadro 18
Prevalencias del último mes de consumo de medicamentos psicotrópicos
por universidad, según droga.
Costa Rica, 1994

UNIVERSIDAD	TRANQUILIZANTES	ESTIMULANTES	OPIACEOS
U.C.R.	4,20	3,88	1,61
U.N.A.	1,70	1,70	0,86
UNED	1,50	—	—
I.T.C.R.	2,60	1,30	1,30

Cuadro 19
Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92 que ingieren
bebidas alcohólicas, por tipo de bebida, según universidad.
Costa Rica, 1994.

BEBIDA	UCR	UNA	UNED	ITCR
Cerveza	51,1	57,8	52,9	71,7
Vino	20,2	17,5	23,5	20,7
Ron, Vodka	22,5	16,8	20,5	5,6
Guaro	3,6	6,5	2,9	1,8
Otro	2,3	1,3	-	-

Cuadro 20
 Promedio diario de tragos de licor que tomaron los estudiantes con carné 92
 durante el último mes, por universidad, según sexo.
 Costa Rica, 1994

UNIVERSIDAD	GENERAL	MASCULINO	FEMENINO
U.C.R.	2,4	2,8	2,0
U.N.A.	3,6	4,5	2,7
U.N.E.D.	3,2	3,7	2,5
I.T.C.R.	3,9	4,5	1,7

Cuadro 21
 Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92 que tomaron 5 ó más
 tragos de licor 2 ó más días durante el último mes, por universidad, según sexo.
 Costa Rica, 1992-1994

UNIVERSIDAD	GENERAL		MASCULINO	FEMENINO
UCR	9,3	11,7	19,7	4,2
UNA	--	27,3	40,0	13,5
UNED	5,3	15,8	18,2	12,5
ITCR	8,3	29,5	38,5	--

Cuadro 22
 Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92 que consumieron
 simultáneamente alguna droga al fumar tabaco, por tipo de
 droga, según universidad.
 Costa Rica, 1994.

DROGAS	UCR	UNA	UNED	ITCR
NINGUNA	27,2	42,2	30,8	36,0
ALCOHOL	69,1	57,8	61,5	60
MARIGUANA	3,7	—	7,7	4,0
COCAINA	—	—	—	—

Cuadro 23
 Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92 que han intentado
 dejar de fumar, por año, según universidad.
 Costa Rica, 1992-1994

AÑOS	UCR	UNA	UNED	ITCR
1992	40,4	—	31,4	45,0
1993	80,5	—	75,6	68,0
1994	69,6	80,0	58,3	76,0

Cuadro 24

Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92 que fuman diariamente, por universidad, según el número de cigarrillos que fumaron durante el último mes.
Costa Rica, 1994.

UNIVERSIDAD	FUMAN TODOS LOS DIAS	MENOS DE 10 CIGARRILLOS	MAS DE 10 CIGARRILLOS
U.C.R.	28,0	92,3	7,7
U.N.A.	35,3	84,8	15,1
U.N.E.D.	30,0	70,0	30,0
I.T.C.R.	58,3	75,0	25,0

Cuadro 25

Distribución porcentual de los estudiantes con carné 92 que consideraron fácil adquirir bebidas alcohólicas antes de los 18 años, marihuana y cocaína, por universidad, según droga.
Costa Rica, 1992-1994

UNIVERSIDAD	BEBIDAS ALCOHOLICAS			MARIJUANA			COCAINA		
	1992	1993	1994*	1992	1993	1994	1992	1993	1994
U.C.R.	83	96	--	83	94	96	63	75	87
U.N.A.	71	--	--	82	--	96	64	--	92
U.N.E.D.	82	91	--	91	94	92	76	80	95
I.T.C.R.	92	96	--	89	91	95	67	99	93

* No se consultó

Figura 1
Consumo de tabaco en estudiantes universitarios
Costa Rica, 1994

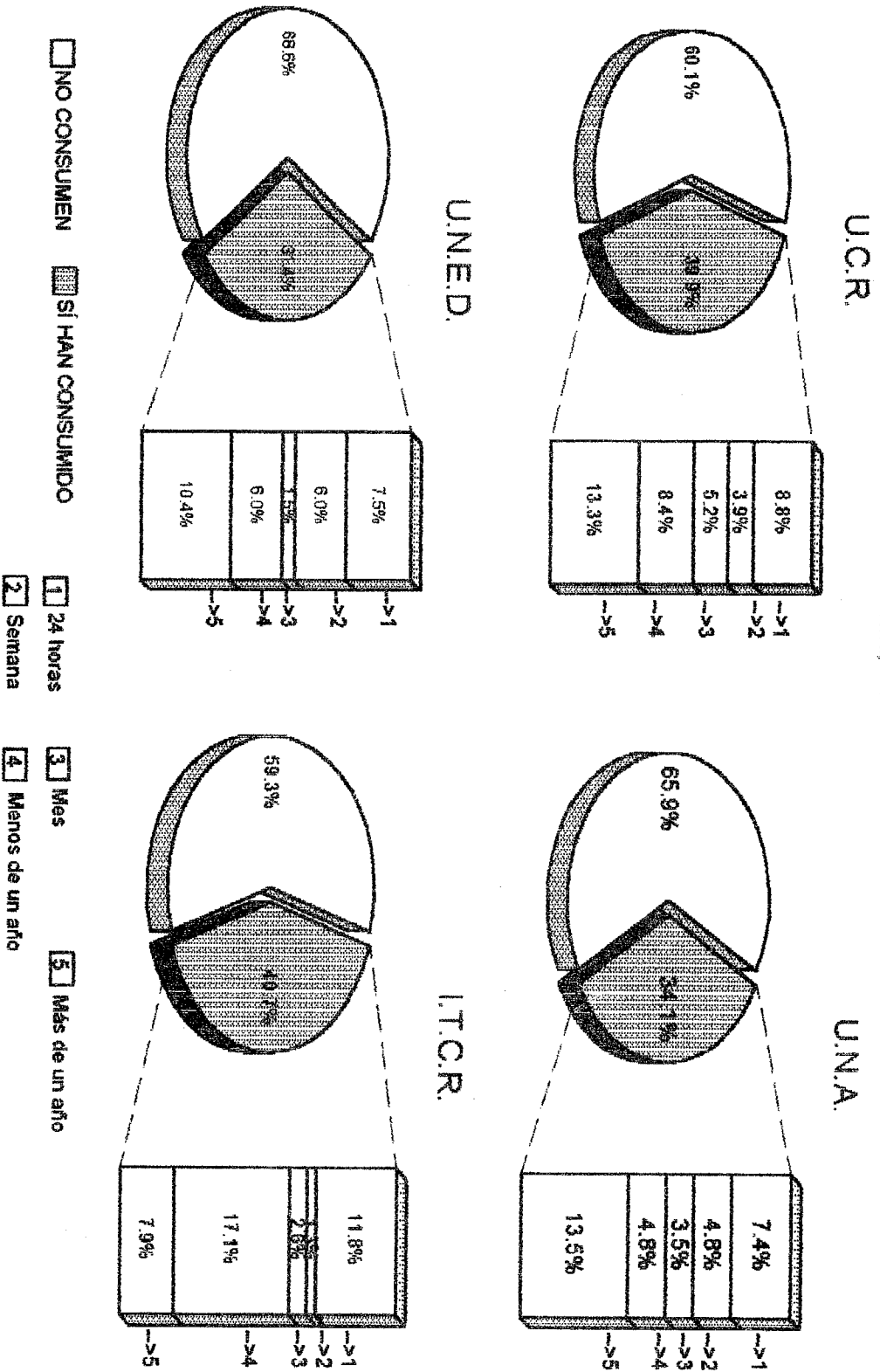
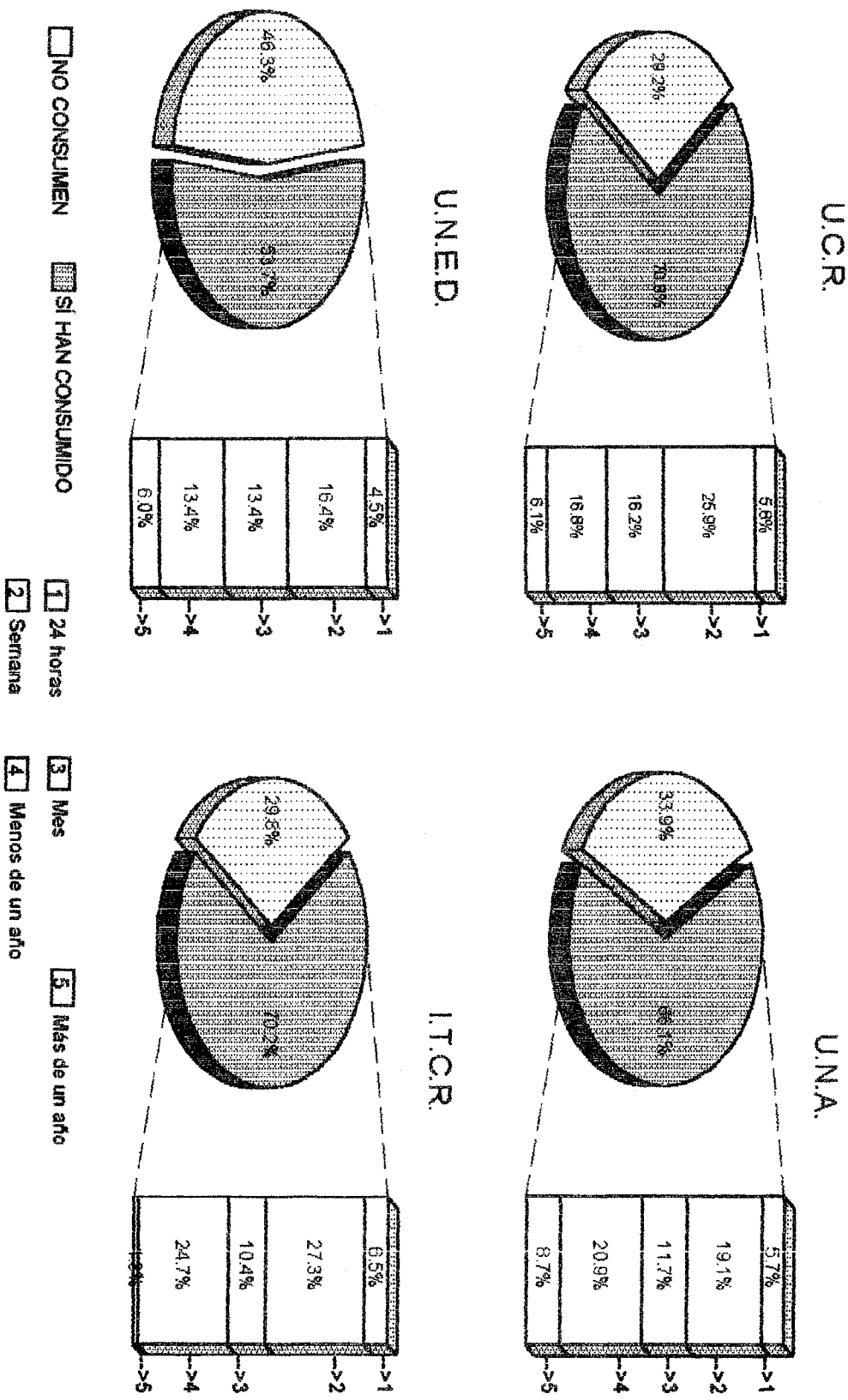


Figura 2
Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios
Costa Rica, 1994



Consumo de marihuana en estudiantes universitarios

Costa Rica, 1994

Figura 3

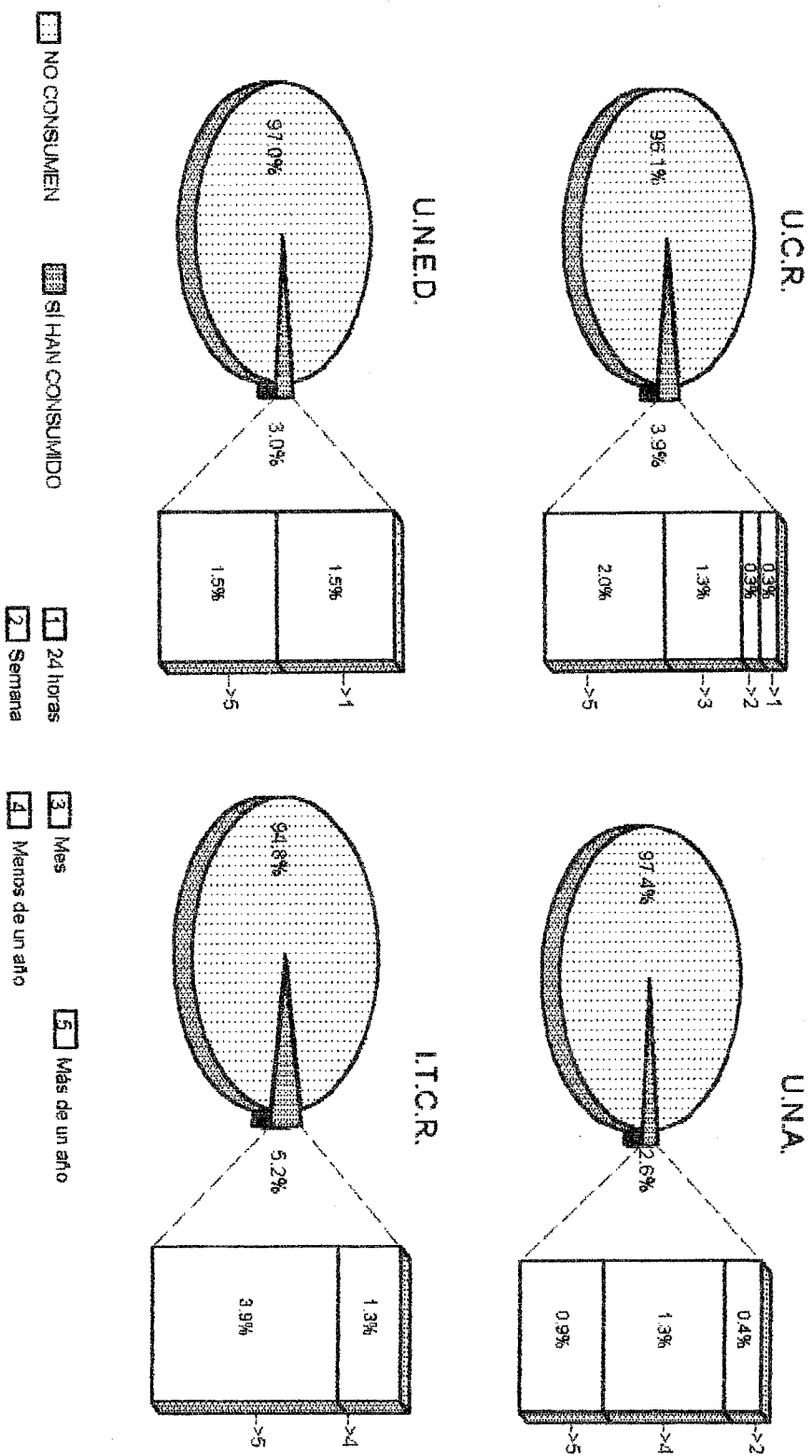


Figura 3.A
 Consumo de cocaína en estudiantes universitarios
 Costa Rica, 1984

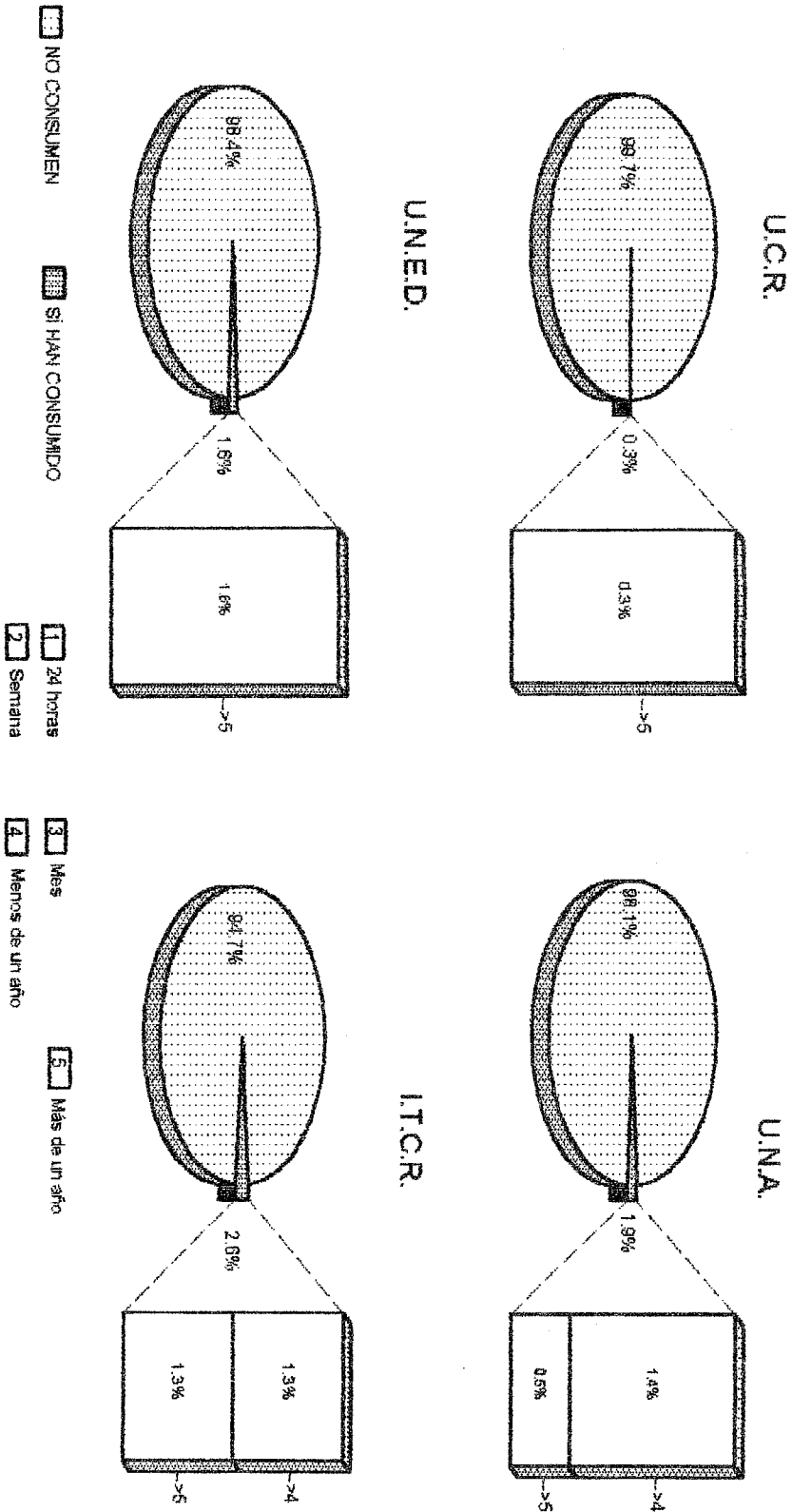


Figura 4
Consumo de tranquilizantes en estudiantes universitarios
Costa Rica, 1994

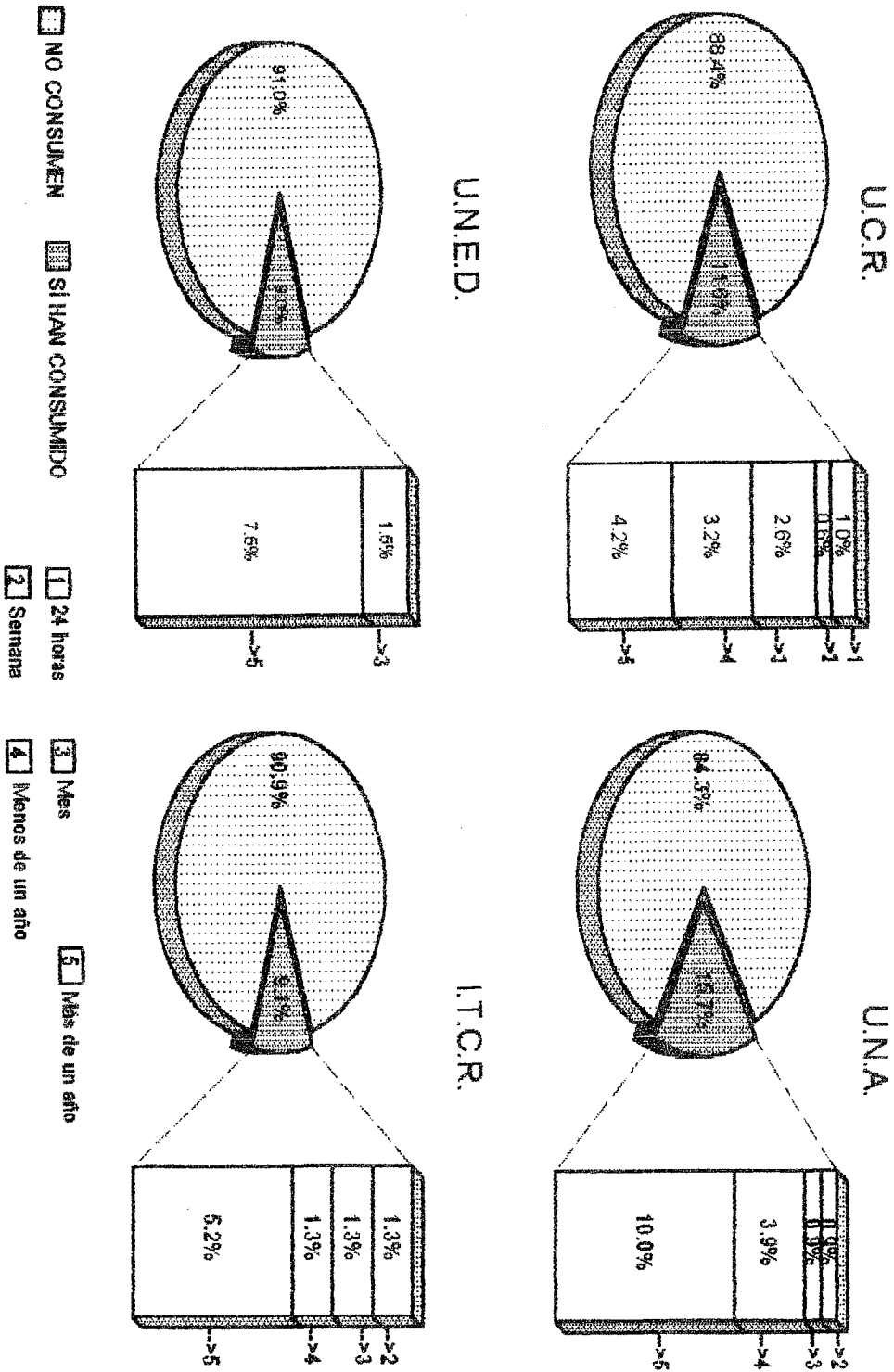
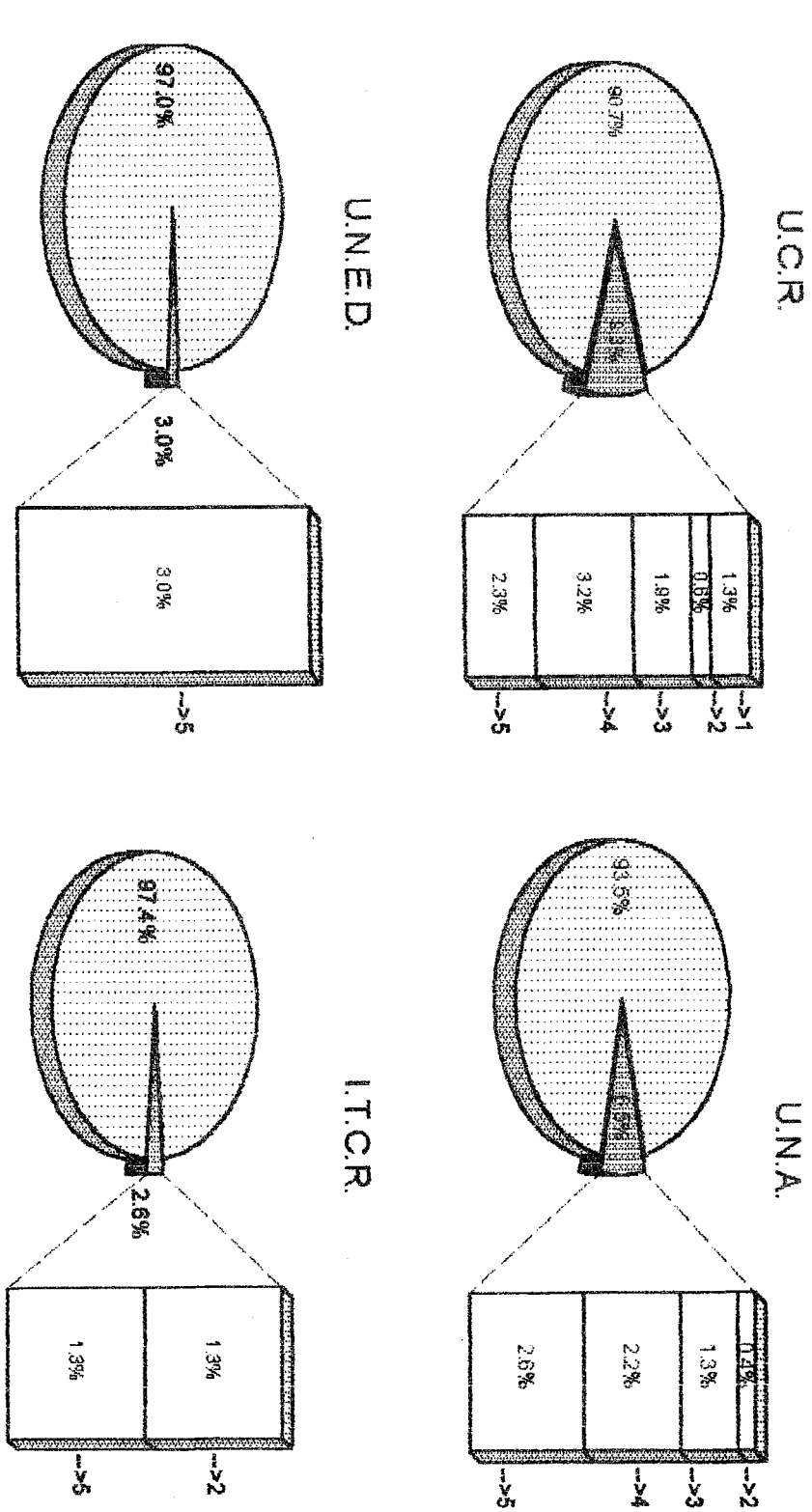


Figura 5
Consumo de estimulantes en estudiantes universitarios
Costa Rica, 1994



NO CONSUMEN SI HAN CONSUMIDO
 1 24 horas 3 Mes 5 Más de un año
 2 Semana 4 Menos de un año

Figura 6

Estudiantes universitarios que asignaron riesgo severo al consumo de
bebidas alcohólicas, por grupo de edad y centro universitario
Costa Rica, 1994

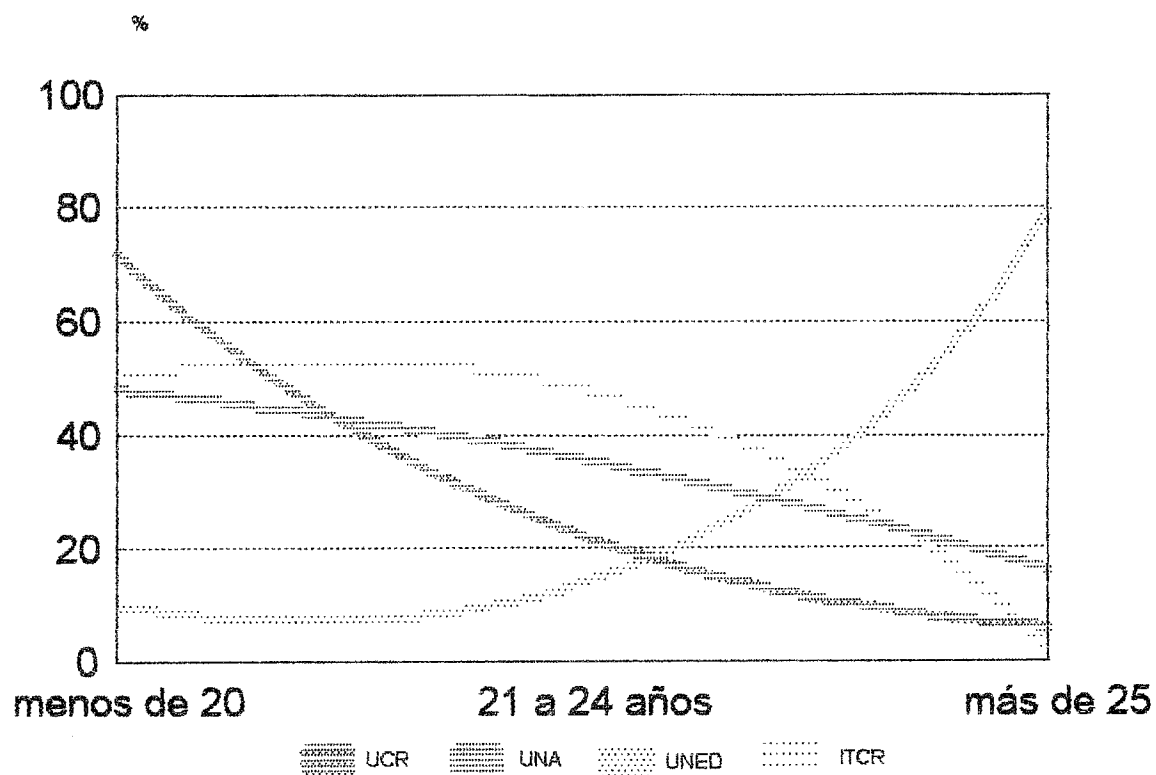


Figura 7
Estudiantes universitarios que asignaron riesgo severo
al consumo de tabaco
Costa Rica, 1994

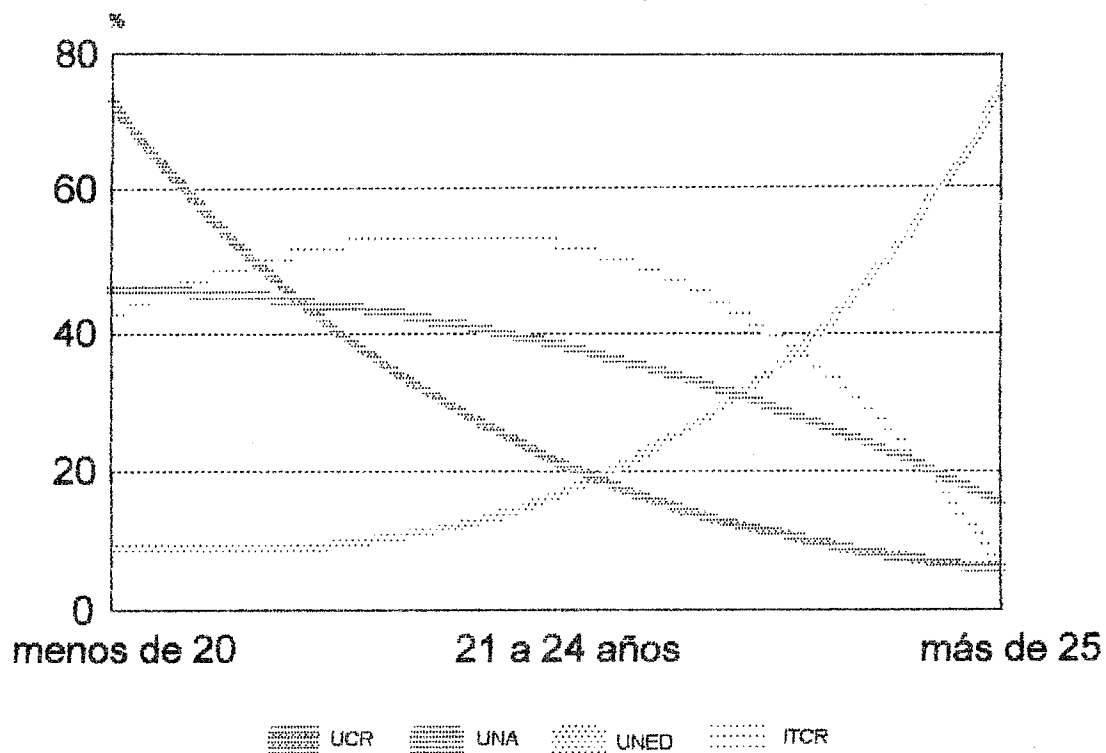


Figura 8
**Estudiantes universitarios que asignaron riesgo severo
 al consumo de marihuana
 Costa Rica, 1994**

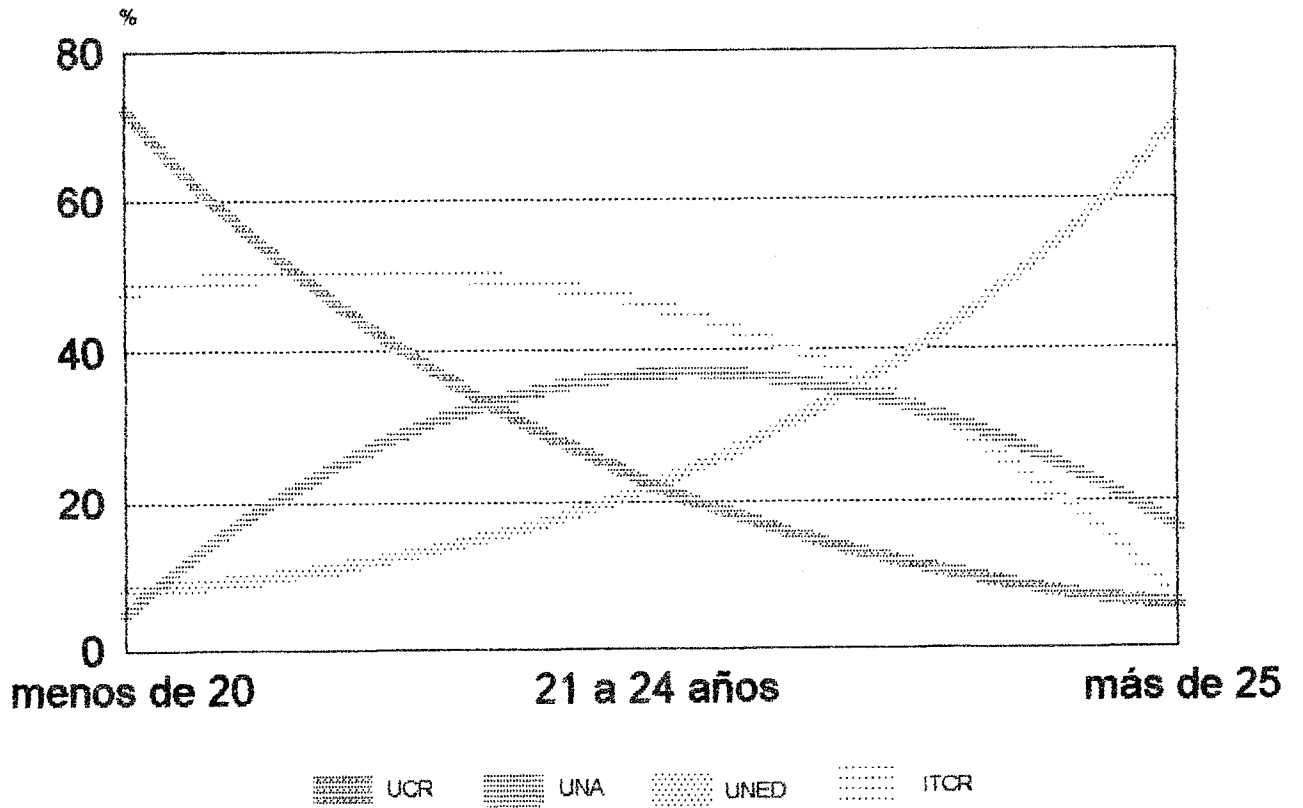


Figura 9
Estudiantes universitarios que asignaron riesgo severo
al consumo de cocaína
Costa Rica, 1994

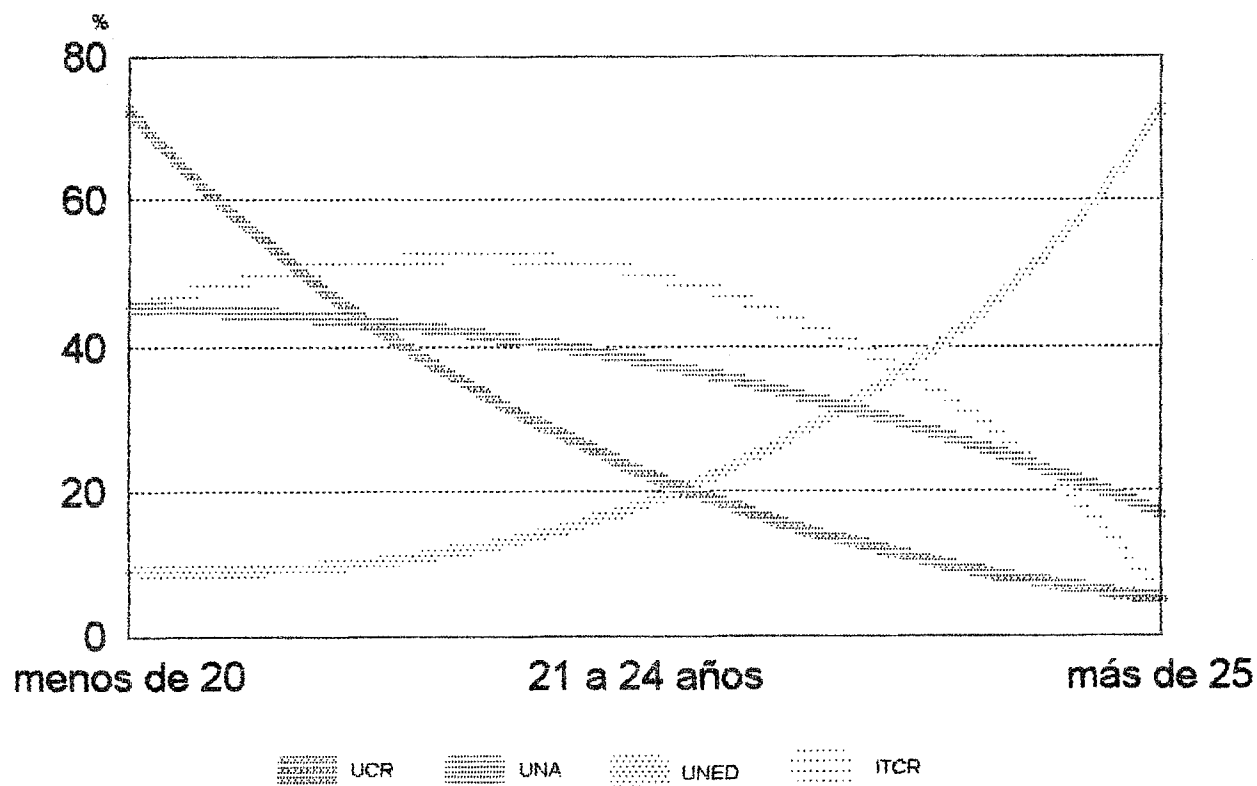


Figura 10
Comparación de la opinión de los estudiantes universitarios, entre 1992 y 1994, acerca
de la facilidad para conseguir marihuana, según centro de enseñanza.
Costa Rica, 1994

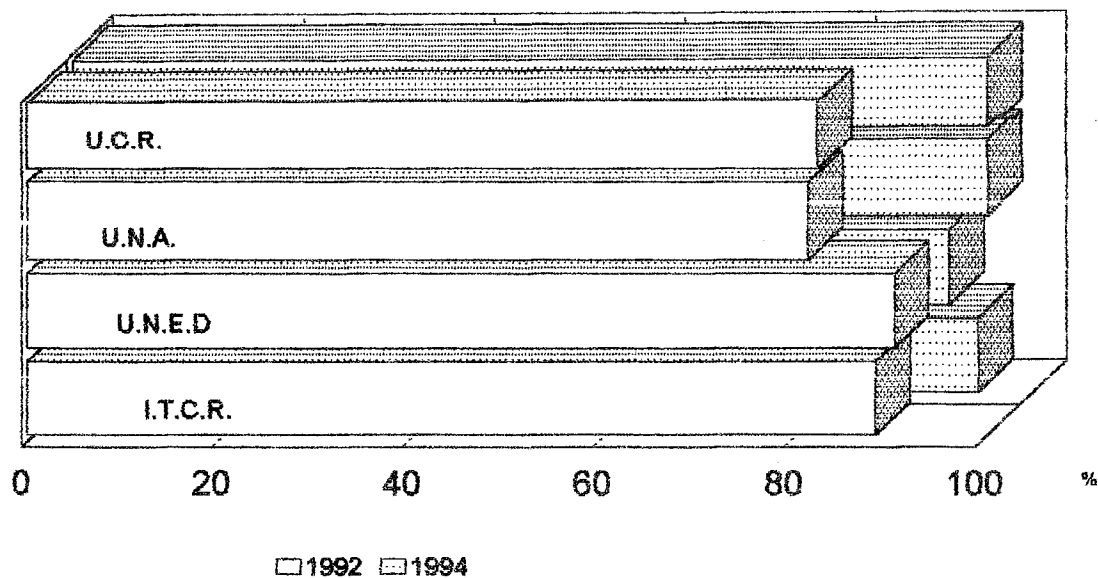


Figura 11
Comparación de la opinión de los estudiantes universitarios, entre 1992 y 1994 acerca
de la facilidad para conseguir cocaína, según centro de enseñanza.
Costa Rica, 1994

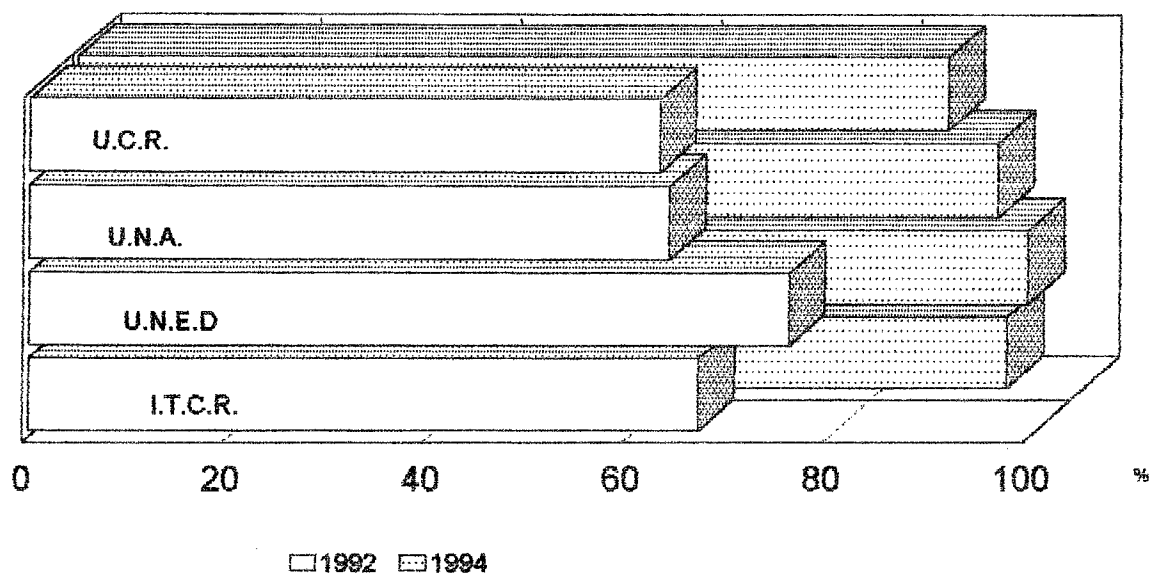


Figura 12
Estudiantes universitarios que asignaron riesgo severo
al consumo de cocaína, según sexo
Costa Rica, 1994

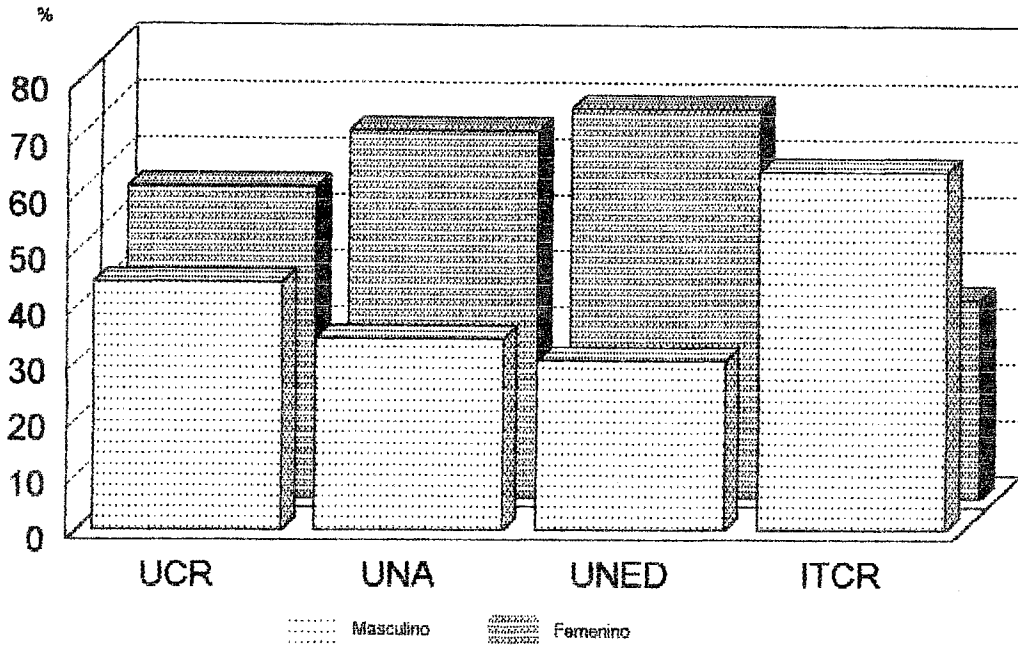


Figura 13

Estudiantes universitarios que asignaron riesgo severo
al consumo de marihuana, según sexo.
Costa Rica, 1994

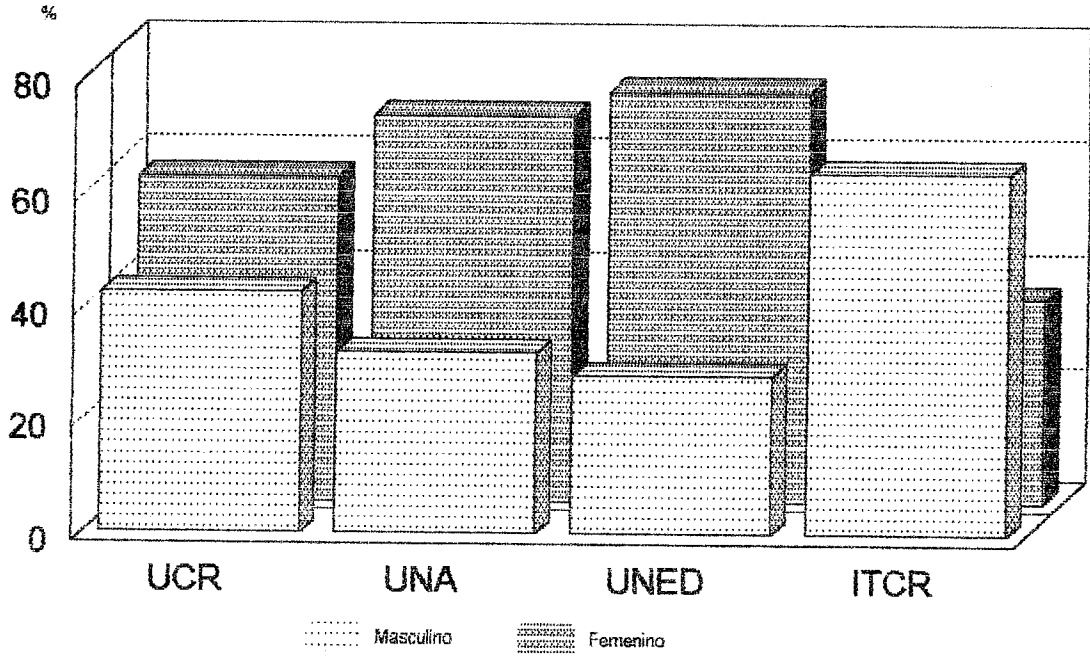
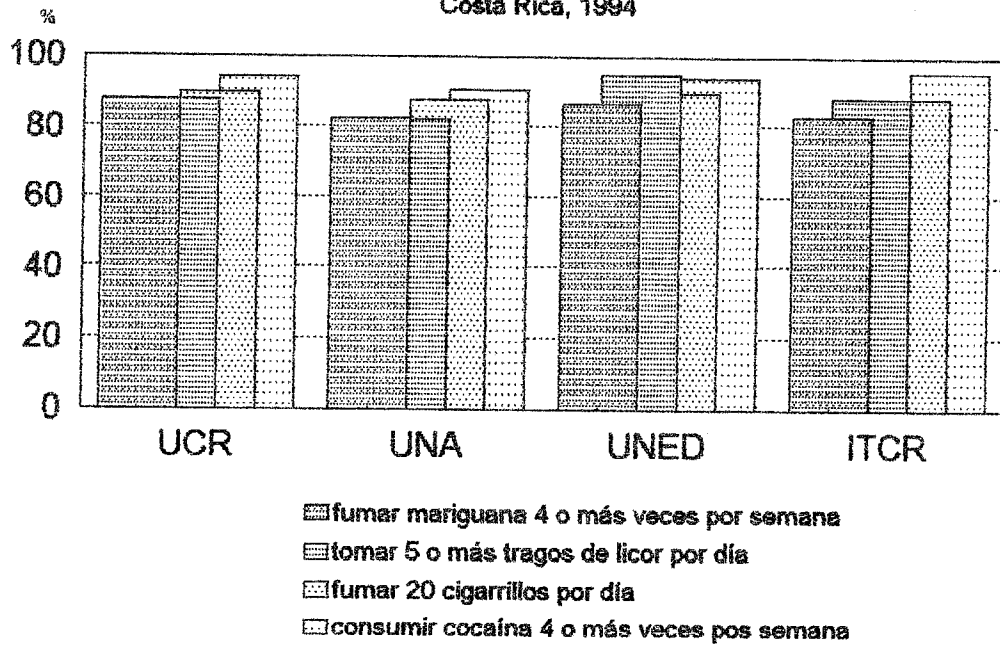


Figura 14
 Proporción de estudiantes universitarios que asignaron riesgo severo al abuso de drogas,
 por centro de enseñanza, según dosis nociva.
 Costa Rica, 1994



RESUMEN DE RELATORÍA #1

(Primer día)

INICIO: 8:45 a.m.

Mesa principal (ver hoja)

- Los miembros de la mesa principal dirigieron unas palabras a los participantes.
- La Dra. Giselle Amador, procede a comentar el programa de estos tres días a todos nosotros.
- 10:00 a.m., mesa redonda: UCR-ITCR-UNED
 1. Exposición del ITCR, Sonia Chinchilla
 2. Exposición de la UNED, Flor Jiménez
 3. Exposición de la UCR, Gabriela Regueyra
- Refrigerio
- Exposición, Lic. Julio Bejarano, sobre "Datos Preliminares del Estudio Nacional", realizado en el presente año por el IAFA.
- Exposición, a cargo de Federico Ugalde y Lizú San Lee, sobre "Avances del estudio que se realiza en las universidades desde hace cuatro años"

LO QUE SOMOS Y NUESTRAS EXPECTATIVAS.

El segundo día se inicia con un trabajo de grupos, el tema: **Lo que somos y nuestras expectativas** y se utilizó la guía #2. Los participantes se agruparon de acuerdo al color que se identificaba en el gafete, interinstitucionalmente.

GUÍA #2.

OBJETIVOS

Crear un ambiente de confianza que nos permita el dialogo, el entendimiento y la expresión de sentimientos y emociones.

Reflexionar acerca de la concepción de mujer y hombre que sustenta la Prevención Integral.

ACTIVIDADES

- 1.- Escriba en su tarjeta de color su nombre o como le gustaría que lo llamaran dentro del taller.
- 2.- Resuelva de manera individual las siguientes preguntas: (5 minutos)
 - 2.1. ¿Quién soy? Cómo me veo?
 - 2.2. ¿Cómo percibo a mi grupo de trabajo?
 - 2.3. ¿En que me involucro para mejorar mi calidad de vida y la de mi comunidad universitaria y mi barrio?
 - 2.4. ¿Por qué vine a este taller?
 - 2.5. ¿Qué espero de este taller?
 - 2.6. ¿Qué puedo aportar?
- 3.- Busque a las personas que tienen el mismo color de su tarjeta y una vez conformado el grupo: (20 minutos)
 - 3.1. Nombren un moderador y un relator
 - 3.2. Compartan en el grupo lo que cada uno escribió
 - 3.3. Elaboren la relatoría con las conclusiones del grupo
 - 3.4. Determinen una característica con la que pueda identificarse el grupo
 - 3.5. Elabore una creatividad muy sencilla y que no requiera de demasiado tiempo.
- 4.- De acuerdo con lo dialogado entre ustedes, elaboren el concepto de ser humano (a) de desarrollo humano, calidad de vida, participación (5 minutos)

- 5.- Presente en plenaria las conclusiones a las que llegó el grupo y la creatividad elaborada. (10' por grupo)

GRUPO LOS MORADOS:

- Característica grupal: "Sensibilidad social para luchar permanentemente por la Prevención Integral".

SER HUMANO:

- Ser único e irrepetible
- Con capacidades, sentimientos, ilusiones, esperanzas.
- Capaz de ser feliz, amar, compartir y apoyar a otros, de hacer feliz a otros, de comprometerse e involucrarse en acciones comunes - calidad de vida.

DESARROLLO HUMANO:

- Equilibrio, armonía entre las distintas formas de vida y las cosas del universo.

CALIDAD DE VIDA:

- Bienestar: físico, mental del ser humano y social

SALUD INTEGRAL:

- Participación: comprometerse, aportar, involucrarse, proponerse logros y metas.

QUIEN SOY? Un ser humano, feliz, agradecido con Dios por la vida que nos dio, romántico, que le gusta compartir, ayudar a los demás en sus problemas, orgullosos de ser mujer, colombiano, tica, latinoamericana, centroamericana.

COMO ME VEO? Como personas capaces de ayudar, aportar.

COMO PERCIBO A MI GRUPO DE TRABAJO? (Grupo de trabajo y grupo de asistentes al Taller). Se percibe a los grupos de trabajo dinámicos integrados

identificados con sus quehaceres. Al grupo del taller se le ve callado, tímidos, con mucha experiencia, pero temerosos de comprometerse. Es un grupo profesional con mucha experiencia, sensible.

EN QUE ME INVOLUCRO...? Actividades personales auto cuidado, relación con la familia, el trabajo, actividades del barrio para solucionar problemas.

POR QUE VIENE A ESTE TALLER? Porque lo invitaron y desea darle seguimiento al proyecto, le interesa el tema y se relaciona con su quehacer.

QUE ESPERO DE ESTE TALLER? Más información, llegar a acuerdos concretos, clarificarnos, compartir experiencias.

QUE PUEDO APORTAR? Experiencia personal, coordinar esfuerzos, aportar elementos valiosos para el trabajo de prevención integral y hacer críticas constructivas.

CREATIVIDAD:

**"COMPAÑÍA DE UNO
COMPAÑÍA DE NINGUNO
COMPAÑÍA DE DOS
COMPAÑÍA DE DIOS
COMPAÑÍA DE TRES
COMPAÑÍA ES"**

GRUPO: CLAVE SOL**SER HUMANO: DESARROLLO HUMANO**

Personas alegres, comprometidas con la prevención, perfeccionando etapas personales y profesionales, entusiastas, en crecimiento, en constante lucha, deseos de aprender, con oportunidades a diferencia de otros, con derechos y deberes, perfectibles nunca acabados, normales, inquietos, con preocupación por la situación del País y de la Universidad. Con muchos deseos de hacer cosas, aprovechando las fortalezas y superando las debilidades.

CANCIÓN

Nada te llevarás cuando te marches,
cuando se acerque el día de tu final.

Vive feliz ahora mientras puedas
tal vez mañana no tengas tiempo
para sentirte despertar.

Siente correr la sangre por tus venas,
siembra tu tierra y ponte a trabajar,
deja volar libre tu pensamiento,
deja el rencor para otro tiempo
echa tu barca a navegar.

Abre tus brazos fuertes a la vida,
no dejes nada a la deriva,
del cielo nada te caerá,
trata de ser feliz con lo que tienes
luchando lo conseguirás
y cuando llegue al fin tu despedida,
seguro es que feliz sonreirás,
por haber conseguido lo que amabas,
por encontrar lo que buscabas,
porque viviste hasta el final.

CALIDAD DE VIDA:

Proceso que involucra el bienestar de los seres humanos: salud, educación, vivienda, trabajo y autorealización.

PARTICIPACIÓN:

Proceso que demanda compromiso individual y grupal mediante la exposición de ideas, actitud crítica y reflexiva frente a los dilemas de la sociedad.

EXPECTATIVAS:

- Compartir experiencias
- Aprender de los otros
- Reflexionar sobre lo que hemos hecho
- Proponer nuevas ideas
- Conocer otras personas
- Reforzar ideas
- Lograr un mayor compromiso con la Prevención Integral.

Trata de ser feliz con lo que tienes: Vive la vida intensamente luchando lo conseguirás.

GRUPO: SOL

Característica común es el ser: dinámicos - deseosos de aprender nuevas estrategias en Prevención Integral.

SER HUMANO:

Dinámico con potencialidades y debilidades con sentimientos y emociones, susceptible de mejoramiento y cambio continuo en armonía con semejantes y el entorno.

DESARROLLO HUMANO:

Es un proceso que se vive desde el nacimiento hasta la muerte y que busca a través de descubrir y propiciar potencialidades el desarrollo del ser humano y sus semejantes.

CALIDAD DE VIDA:

Vivir una vida feliz, productiva en la búsqueda de la realización propia y de otros.

PARTICIPACIÓN:

Capacidad real de expresar y hacer lo que uno es en función de la construcción y el crecimiento conjunto.

LO QUE SOMOS Y NUESTRAS EXPECTATIVAS:

- Trabajadores

- Con fortalezas y debilidades
- Con temores e inseguridades
- Sensibles
- Creativos con deseos de aprender

NOS VEMOS:

- En crecimiento constante

NOS PERCIBIMOS:

- Cumplidos
- Responsables
- Mejorando cada día
- Reflexivos y a veces con temores

INVOLUCRADOS EN:

Todo lo que propicia su bienestar y el de otros.

ESTAMOS EN ESTE TALLER PARA:

- Aprender
- Compartir
- Actualizarnos
- Retroalimentarnos y crear nuevas alternativas

CREATIVIDAD:

- Somos el sol que pretende con su energía mejorar la calidad de vida propia y la de los demás.

Energía que impulsa:

- Metas
- Logros
- Paz
- Alegría
- Sueños

- Ideales
- Deseos
- Vitalidad
- Frutos

Proceso de Vida:

- Respeto
- Confianza
- Amor
- Responsabilidad
- Solidaridad
- Dificultades

GRUPO: LAS HORMIGAS AZULES

SER HUMANO:

Persona, ser biopsicosocial, con potencialidades y limitaciones dentro de un proceso de desarrollo humano al que debe aspirar con una actitud participativa involucrándose constructivamente en alcanzar la calidad de vida como la plenitud en las tres dimensiones: **BIOPSIICOSOCIAL**

En su creatividad destacan los siguientes conceptos:

- Comunicación
- Creatividad
- Solidaridad
- Cooperación
- Organización
- Trabajo en grupo

Como características susceptibles de imitación de las hormigas.

COMPRENDAMOS INTEGRALMENTE NUESTRA REALIDAD.

En un segundo momento los participantes se dividieron en seis grupos, con el fin de trabajar en el tema: **Comprendamos Integralmente Nuestra Realidad**, utilizando la guía #3.

Guía#3

OBJETIVO

Analizar y comprender nuestra realidad universitaria de modo que nos permita crear alternativas para fortalecer las potencialidades y realizar los sueños.

ACTIVIDADES

- 1.- Reúnanse cada una de las universidades y desarrollen la siguiente actividad (tiempo 40 minutos)
- 1.1. Analicen una potencialidad y un problema de su universidad utilizando la siguiente guía :

	Factores que favorecen la aparición	Factores que impiden la aparición
POTENCIALIDAD		
PROBLEMA		

- 3.- Analicen las correlaciones entre los factores que impiden o favorecen la aparición de las potencialidades y los problemas. ¿Qué observan?.
- 4.- Mencione qué aspectos deben tomarse en cuenta para analizar integralmente la Comunidad Educativa Universitaria.
- 5.- Con base en la actividad desarrollada construyan en grupo el concepto de Prevención, el de Educación y el de comunicación.

- 6.- Elaboren la relatoría correspondiente y presenten las conclusiones en plenaria (7 minutos por grupo).

PLENARIO
TRABAJO DE GRUPOS POR UNIVERSIDADES
CON LA GUÍA #3

EXPOSICIONES:

- 1.- Instituto Tecnológico de Costa Rica (ITCR)
- 2.- Universidad de Costa Rica (UCR)
- 3.- Universidad Nacional (UNA)
- 4.- Universidad Estatal a Distancia (UNED)
- 5.- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (I.A.F.A.)
- 6.- Universidades Privadas

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE COSTA RICA

	FACTORES QUE FAVORECEN	FACTORES QUE IMPIDEN
POTENCIALIDAD: Calidad, diversidad y potencialidad del recurso humano de la Institución.	Interdisciplinario y especialización de los sectores. Deseos individuales y grupales de superación.	Mercantilismo académico La inversión desigual en programas de capacitación de personal.
Problema: apatía y falta de compromiso	Modelo académico rígido (no participativo)	Esfuerzos de integración Vicerrectoría de Vida Estudiantil consciente y dinámica.

Correlaciones:

Los esfuerzos de integración propiciarían la interdisciplinareidad y especialización para la solución de problemas y para el trabajo.

La apatía y falta de compromiso podrían deberse en mucho al mercantilismo académico y a la inversión desigual de programas de capacitación de personal.

No. 4 ASPECTOS POR CONSIDERAR PARA EL ANÁLISIS INTEGRAL DE LA COMUNIDAD INSTITUCIONAL

- Perfil del egresado(a)
- Nivel de participación.
- Expectativas y necesidades de los(as) estudiantes (condiciones psicosociales) y funcionarios.
- Modelo de desarrollo institucional (rígido y estereotipado y modelo de gestión administrativa).

No.5 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

PREVENCIÓN:

Actividades tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad educativa.

EDUCACIÓN:

Proceso que permite promover el desarrollo del potencial individual y grupal en función del entorno.

COMUNICACIÓN:

Flujo permanente de información y energía que se da entre el individuo, el grupo y el medio.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

	FACTORES QUE FAVORECEN	FACTORES QUE IMPIDEN
<p>POTENCIAL: Recurso humano de diferentes disciplinas, diferentes dependencias interesadas en el campo del desarrollo humano y prevención integral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diversas oficinas - Contratación profesionales de diferentes disciplinas - Formación profesional de los funcionarios involucrados - Compromiso 	<ul style="list-style-type: none"> - La estructura institucional - Falta de coordinación - Centralización de poder
<p>PROBLEMA: Incoherencia entre el discurso teórico y la práctica (praxis).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de liderazgo - Falta de coordinación entre jefaturas - Pocos canales de comunicación - Mentalidad de feudos - Falta de retroalimentación - Falta de conocimiento real del problema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Liderazgo - Comunicación entre jefaturas. - Canales de coordinación. - Trabajo integrado - Retroalimentación con base científica (investigación).

CONCEPTUALIZACIONES:

Prevención: acciones que se anticipen a la aparición de fenómenos de riesgo que afectan la calidad de vida del ser humano.

Educación: es el proceso de recreación y creación de conocimientos.

COMISIÓN DE TRABAJO:

Docentes: Alicia Sequeira y Sandra Badilla

Administrativos: Juan Carlos Porras

Vida Estudiantil: Salud -Unidad de Vida Estudiantil

Sedes: Carmen Chaves y Mirra Jiménez

UNIVERSIDAD NACIONAL

POTENCIALIDAD	FACTORES QUE FAVORECEN	FACTORES QUE IMPIDEN
<p>Recursos humanos identificados</p> <p>Problema: Falta de voluntad política</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad social - Interdisciplinabilidad - Experiencia laboral - Intereses personales - Intereses departamentales - Falta coordinación de programas - Falta cohesión grupal - Falta presupuesto 	<ul style="list-style-type: none"> - Infraestructura - Políticas universitarias - Descoordinación - Cambios políticos constantes - Directrices claras - Mayor coordinación - Mejor aprovechamiento - Normativa que regule las acciones

3.- Faltan políticas claras que delimitan el rumbo de la Institución, además los cambios constantes que se realizan al asumir nuevas autoridades universitarias.

4.- Un enfoque biopsicosocial de la educación

Prevención:

Es la acción que se realiza mediante programas y proyectos y actividades para detectar condiciones de riesgo y necesidades de las poblaciones :

- estudiantiles
- administrativas
- docentes

Educación:

Proceso mediante el cual se adquieren y transmiten conocimientos y experiencias que permiten y el crecimiento personal

Comunicación:

Es una acción que favorece la transmisión de conocimientos, de sentimientos y pensamientos que permiten el desarrollo humano.

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA

POTENCIALIDADES	FACTORES QUE FAVORECEN	FACTORES QUE IMPIDEN
<p>Cobertura nacional. Atiende todos los estratos sociales del país.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La metodología de educación a distancia. - Tener Centros Universitarios a lo largo del país. - Con recursos humanos y materiales preparados y formados para desarrollar este modelo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de apoyo de los mandos superiores. - Procesos políticos internos. - Desmotivación del personal - Falta de comunicación y de coordinación en el trabajo integrado de las diferentes áreas.
<p>Problema Dificultad para lograr la integración y compromiso real de las diferentes áreas: Docencia, Extensión e Investigación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conciencia de muchos funcionarios en aportar. - Desmotivación para la acción - Divorcio entre las diferentes áreas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deseos de integrar procesos universitarios para favorecer al estudiante. - Esfuerzos individuales en los diferentes programas para lograr eficiencia y eficacia.

Prevención:

Acciones que favorecen el desarrollo integral del Ser Humano.

Educación:

Proceso que permite la formación del individuo y la socialización por medio de la enseñanza y aprendizaje.

Comunicación:

Proceso social de transmisión y comprensión de significados.

INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA

POTENCIALIDAD	FACTORES QUE FAVORECEN	FACTORES QUE IMPIDEN
<p>Pioneros en el abordaje del fenómeno de las drogas.</p> <p>PROBLEMA: Aislamiento departamental</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Legislación vigente - Papel que ha ganado el trabajo interdisciplinario. - Necesidad social <p>Factores protectores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de homogeneidad en el marco teórico. - Inadecuada comunicación - Lucha de poder - Falta de Tolerancia 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de legitimación y apoyo de algunos sectores. - Falta de conciencia social de los riesgos del consumo y la necesidad de la prevención. <p>Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarificación en el abordaje del fenómeno droga. - Valoración del funcionario como ser humano.

4.- Importancia de la visión del ser humano

- Solidaridad
- Práctica de valores
- Compromiso con el quehacer
- Capacidad de ser

5.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS:

- Prevención:

Proceso que promueve el desarrollo de las capacidades y potencialidades como forma de anticiparse al surgimiento de problemas.

- Educación:

Proceso continuo de enseñanza -aprendizaje, que inicia desde el surgimiento de la vida hasta la muerte.

- Comunicación:

Capacidad de transmitir ideas, sentimientos y opiniones adecuadamente

UNIVERSIDADES PRIVADAS

Existe mucha diversidad en función de las características particulares de cada universidad y país.

Se recalca la diferencia sustancial entre formación integral e instrucción o formación.

Tal vez formación integral y prevención integral son conceptos equiparables en cuanto están encaminados hacia el desarrollo humano y el mejoramiento de la calidad de vida.

Debilidades:

Desprecio por los diferentes niveles de formación universitaria - Técnico - Tecnológico, con respecto al universitario.

Existe competencia entre Universidades Estatales y Privadas, además de celos institucionales entre ellas independientemente de su origen.

Hace falta respaldo legal explícito para las Universidades con el fin de avalar el diseño, desarrollo y evaluación del Programa de Prevención. (U.P.)

No se trabaja bajo el esquema de la guía #3.

PREVENCIÓN INTEGRAL: APUNTES DE REFERENCIA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA BASE CONCEPTUAL Y ESTRATEGIAS.

Para el trabajo acerca de la conceptualización y estrategias metodológicas en Prevención Integral, se expuso el documento que se presenta a continuación.

La exposición fue realizada por los autores del documento.

**INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA
COMISION NACIONAL DE RECTORES
COMISION I.A.F.A- UNIVERSIDADES ESTATALES**

**II TALLER SOBRE PREVENCION INTEGRAL DEL
FENOMENO SOCIAL DE LA DROGA EN EL MEDIO
UNIVERSITARIO**

**PREVENCION INTEGRAL:
APUNTES DE REFERENCIA PARA LA CONSTRUCCION DE UNA BASE
CONCEPTUAL Y ESTRATEGICA**

**Leda Martínez
Vera Barahona
Teresita Arrieta
Zulay Calvo A
Nelson Ayala T
Antonio Fornaguera**

Noviembre, 1995

PRESENTACION

Este documento, tiene como origen la permanente inquietud del IAFA por actualizar y hacer más productiva su labor en la prevención integral del fenómeno droga, el cual se ha reforzado con el interés de algunos sectores de las universidades estatales por asumir responsabilidades teórico-prácticas.

La Comisión IAFA- Universidades se ha propuesto favorecer la creación y recreación de un lenguaje común sobre este fenómeno y con este documento inicia un proceso de debate sobre el desarrollo de herramientas para entenderlo y tratarlo.

Esta propuesta general ha sido preparada para presentarse ante el "II Taller Sobre Prevención Integral del Fenómeno Droga en las Universidades Estatales" y se planea usarlo como reactivo de discusión crítica durante la jornada de trabajo en grupos. Significa un esfuerzo inicial para ordenar una referencia sobre el concepto de la prevención integral y las estrategias que se derivan de sus fundamentos.

Este material, no constituye un manual acabado sobre las bases epistemológicas y logísticas de la prevención integral, su objetivo es generar una reflexión sobre el tema, que permita una aproximación de manera integrada, autóctona y moderna respecto al fenómeno en cuestión.

Intencionalmente, los autores han evitado producir un trabajo exhaustivamente hilvanado. Se optó, más bien, por concentrar la labor en la exposición de los aspectos de la prevención integral que se han identificado como sustanciales.

Finalmente, se recoge material sobre los antecedentes históricos de la prevención integral, así como los enfoques que contribuyen a la definición conceptual del término y estrategias de intervención que se derivan de tales enfoques.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Para una mejor comprensión del enfoque en la Prevención Integral es necesario, previamente señalar los modelos conceptuales que históricamente se han utilizado para la explicación del fenómeno droga.

Modelos conceptuales utilizados en el abordaje del fenómeno droga

El modelo ético-jurídico, surge alrededor de los años 50 y el mismo asume la drogadicción como una cuestión exclusivamente ética, en el cual se le pone énfasis a la sustancia: la droga es igual a delincuencia, así como el consumo es igual a vicio y se clasifica a las sustancias en legales e ilegales. En esta situación influyen los cambios de la post guerra y el consumo adquiere un significado contestatario. Surge lo que se denomina el "fenómeno juvenil".

Alrededor de los años 60 surge el modelo médico sanitario incursionando en el ámbito educativo, enfatiza el temor hacia las drogas las cuales se clasifican como blandas y duras, concibe la prevención como una función básicamente informativa. Se describe al consumidor como enfermo, ubicándolo en un rol pasivo, dependiente e irresponsable de su enfermedad. Con la aparición de este modelo las acciones preventivas pasan de la esfera jurídica a la sanitaria, se entroniza la institucionalización médica y se le otorga toda una carga simbólica a la sustancia. Es el periodo de la "revolución juvenil" del movimiento "hippie".

Con el modelo psico-social, el cual aparece alrededor de los 70, el acento se pone en los consumidores, en sus conductas, valores, actitudes. Se analizan las presiones del medio como un eje importante para explicar el fenómeno del consumo; se estudian los modelos anteriores y se determina lo insuficiente de la información específicamente en las tareas de la prevención. Las funciones preventivas se ubican en el sector salud y en salud mental y recomienda la participación comunitaria e institucional al tiempo que proliferan leyes y programas. Con este modelo se profundizó aún más el estereotipo del adicto como enfermo y se establece la relación entre drogas y transgresión.

El modelo socio-cultural (años 70), explica el problema adictivo como desviación social, poniendo el énfasis en los factores socio-económicos, estableciendo una relación de igualdad entre drogas y poblaciones marginales. De acuerdo con este modelo, el adicto es explicado como víctima del contexto, se propicia la integración del sector salud y el social; y en términos generales, se profundiza en el análisis del fenómeno estableciéndose la relación entre droga y cultura.

En 1987 el CONACUID de Venezuela impulsa el modelo geopolítico-estructural el cual propicia la integración de la prevención, la asistencia y la represión en el campo de la farmacodependencia. Este modelo toma en cuenta los determinantes estructurales políticos, económicos, sociales y culturales que propician el fenómeno droga por lo cual se politiza el manejo del mismo.

Hoy, todavía se encuentran estos modelos, influenciándose reciprocamente, siendo difícil encontrar una acción preventiva que responda exactamente a uno de ellos.

El ético-jurídico y el modelo médico sanitario usualmente, han unificado su discurso; igual ocurre con los modelos psicosocial y sociocultural.

FUNDAMENTOS TEORICOS

Se podría señalar que el propósito básico de la prevención integral consiste en construir y consolidar en forma participativa una cultura de la prevención integral a través de la creación de ambientes adecuados para el sano desarrollo de las personas¹, lo anterior supone la necesidad de que la prevención integral se encuentre vinculada a la cotidianidad de las personas, de las familias, de las comunidades, de las instituciones.

La prevención en términos generales se refiere a la capacidad que posee el hombre y la mujer, los grupos sociales, de prever (de ver antes de haber visto) y de pre - venir (de venir antes de haber ido) "la posible presencia de hechos que les pueden ocasionar bienestar o daño"²

A través de la prevención el hombre y la mujer así como los grupos sociales estarán en capacidad de impedir en algunos casos, o de minimizar en otros, el daño previsto, y de fortalecer el logro del bienestar esperado.

Por ello dentro del enfoque de la prevención integral es indispensable:

- ◆ Estimular procesos de afirmación y de desarrollo personal y social.
- ◆ La formulación de un proyecto de vida.
- ◆ La construcción de metas vitales sobre la base de potencialidades.
- ◆ Trabajar con la concepción de interlocutores, no como pacientes, ni beneficiarios, ni enfermos, etc.
- ◆ Trabajar en la construcción de relaciones, de vínculos.
- ◆ Construir en la cotidianidad; en las relaciones laborales, familiares, educativas, etc. Es decir, se construye a través de la práctica de nuestra cultura.
- ◆ Operar en las condiciones que hacen posible y real el fenómeno.
- ◆ Propiciar el desarrollo local a través de procesos participativos para la solución de problemas y el fomento de fortalezas individuales y grupales.

La prevención así conceptualizada intervendrá no solo en el fenómeno droga, sino también en otros problemas socialmente relevantes como la delincuencia, prostitución, SIDA, violencia, corrupción, etc. Esto constituye un salto cualitativo ya que durante mucho tiempo se concibió la prevención como el conjunto de medidas tendientes a evitar la aparición y mantenimiento de problemas, concebida como un acto anticipatorio evitativo o como una acción punitiva o prohibitiva.³

Por tanto, la prevención es un proceso que interviene sobre el modo de vida de todos y todas, no solamente sobre grupos en situación de riesgo o enfermos, ya que va más allá de remediar problemas al buscar y exigir un estado de bienestar y desarrollo. "En otras palabras la labor preventiva se refiere no solamente a lo asistencial y remedial, sino que se extiende e incluye

¹ Parra Garcés Luis Angel "Reflexiones acerca del fenómeno cultural de la droga y de la prevención integral" Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Santa Fé Bogotá, 1994. Pág. 37

² Ibid pág. 38

³ Gutiérrez García Gabriel Esteban. El desarrollo de las personas la mejor forma de prevención. Pág. 6

lo promocional y lo esencial ya que no se limita a neutralizar o advertir sobre los peligros sino que tiene como tarea y compromiso estimular la vida plena"⁴

La prevención así conceptualizada implica una nueva visión del fenómeno droga lo cual se desarrollará en el apartado siguiente.

Conceptualización del fenómeno droga

El tema de las drogas se conceptúa⁵ como:

1. Creación humana y cultural que implica un carácter universal, continental, subregional, nacional y comunitario y que no establece diferencias de edad, sexo, raza, credo, condición social, ideológica o nacionalidad. Es decir, afecta a toda la humanidad, por lo tanto, todos somos responsables de participar en su solución.
2. Relacionada con un problema más amplio, lo cual significa que los aspectos históricos, sociales, culturales, geográficos, políticos, económicos lo explican y determinan.
3. Multicausal y multiimplicativo, para lo cual requiere de intervenciones globales e integradas que propicien la erradicación de los factores favorecedores de su aparición o mantenimiento, así como el fortalecimiento de los que impiden su desarrollo.
4. Incrementado al agudizarse el proceso de deshumanización, el cual se ha sustentado en un cambio en la escala de valores, donde se privilegia el individualismo, el consumismo, el tener, siendo poco importante el ser en beneficio de sí mismo, de los demás y del medio ambiente.
5. La producción, el tráfico y el consumo se entienden como manifestaciones interdependientes de un solo fenómeno, cuya permanencia depende del nivel de retroalimentación que existe entre ellos y no sólo, como a menudo se plantea, producto de la relación mecánica entre oferta y demanda.
6. Las soluciones deben tener como base un profundo respeto al ser humano, conceptualizando a éste como ente creador, de su propio bienestar. Lo anterior demanda que la prevención integral se fundamente esencialmente en la promoción y desarrollo humano.

Abordaje Integral del fenómeno de las drogas

Para abordar integralmente el fenómeno de las drogas⁶ deben considerarse las siguientes áreas y campos de acción:

1. El devenir y el contexto sociocultural en los diferentes niveles de intervención: personal, familiar, comunal, regional y nacional.
2. La educación asumida como proceso inherente a cada ser humano, como deber y derecho de la persona, familia, comunidad o estado.
3. La preservación y el mantenimiento de la salud.
4. La recreación asumida como espíritu de vida u estado permanente de bienestar individual y social.
5. La comunicación tanto e interpersonal como social y además el papel que asumen en este proceso los medios masivos de comunicación.
6. El desarrollo económico, la producción y el trabajo, todos estos en función del bienestar individual y social.
7. Las relaciones culturales, políticas, comerciales entre pueblos y naciones deben basarse en la interdependencia, equidad y equilibrio.

⁴ Ibid pág. 8

⁵ Parra Garcés Luis Angel. Reflexiones acerca del fenómeno cultural de la droga y su prevención Integral. IFAA. San José Costa Rica, 1994. Pág. 6 a 7.

⁶ Ibid pág. 9

8. Tanto el control social, el institucional y el legal deben sustentarse en un claro procesos endógeno de control individual, familiar y comunitario.
9. La represión y la penalización se asumen como estrategias decisivas de control institucional.

Concepción de Ser Humano.

La concepción de ser humano que sustenta el planteamiento de prevención integral anteriormente planteado, es la de un "ser en estado permanente de creación y construcción social de conocimientos, amores y acciones".⁷

Se le asume como energía física, química, vital, social y espiritual en reciprocidad con el contexto tanto cultural como histórico (su pasado, presente y futuro), ambiental, lingüístico, económico y político, lo que le posibilita, en su devenir, ser un continuo en reciprocidad con ese contexto del que forma parte.

Con deseo permanente de trascender de proyectarse guiado por su creencia en un más allá ya sea en un ser superior, un Dios una ideología o en lo interno.

Un ser en procura de una mejor calidad de vida ante lo cual se le presentan una gama de alternativas que facilitan o impiden que desarrolle la integralidad de su ser.

Se le concibe como gestor, transformador, reciclador en interdependencia y reciprocidad con su entorno natural y humano, mediando por las condiciones y las relaciones que le brindan ese entorno vital, planetario, cultural y cósmico del que forma parte. Expresándose en realidades prácticas, inciertas ó mágicas.⁸

Procesos Participativos.

La participación es otro de los conceptos consustanciales a la prevención integral. Para que ésta sea congruente con el planteamiento hasta aquí desarrollado se le asume como la intervención, directa o indirecta, permanente ó eventual, en la toma de decisiones y procesos, políticos, sociales, educativos, económicos y culturales que influyen en la vida de un determinado grupo comunidad ó nación. Es un proceso que procura una sociedad más democrática, pacífica y humana, que la persona intervenga en el perfeccionamiento de su sociedad y en el diseño tanto de su propio proyecto de vida como en el diseño del proyecto de sociedad deseado.

Se concibe la participación como una forma de ejercer control, (directo, total, indirecto o parcial) como un espacio social, de acceso a la toma de decisiones y de ejercicio del poder. Es decir, un proceso que contempla un conjunto de mecanismos y de acciones, en el que intervienen diferentes actores sociales cuyo propósito fundamental es crear actitudes, comportamientos, más solidarios, cooperativos y democráticos que posibiliten construir el proyecto de sociedad deseado.⁹

⁷ Ibid Pág. 15

⁸ Ibid Pág. 16

⁹ ?

Desarrollo Humano

Como parte sustantiva a la concepción de Prevención Integral expuesta, así como al concepto de hombre implícito a ésta, se encuentra la temática del "desarrollo humano"¹⁰, motivo por el cual es necesario referirse al mismo.

El concepto de desarrollo humano que se sostiene en este planteamiento considera como elementos consustanciales al mismo los procesos participativos (desarrollado en el apartado anterior) y el crecimiento económico, asumido éste, como aquel que distribuye equitativamente sus beneficios, que genera oportunidades de vida para las futuras generaciones y para las presentes. Favorece la creación de empleo el cual se constituye en un medio no en un fin. Por ello asume como fundamental la regeneración del medio ambiente, es decir, favorece la naturaleza. Congruente con los procesos que fomentan la autonomía, la libertad y el protagonismo de las personas, en los cuales el centro y fin del desarrollo lo constituyen los seres humanos.

Se trata de un desarrollo humano que en nuestros países, latinoamericanos, asume como prioritarios, a los pobres, las mujeres y los niños con el fin de ampliar sus opciones, oportunidades y participación en decisiones que afectan sus vidas.

Para propiciar el desarrollo humano es indispensable generar procesos de reconocimiento de nuestro origen, identidad y generar proyectos de vida como individuos, grupo, comunidad y género. Es decir, se trata de procesos que propician la ampliación de las capacidades humanas en los diferentes campos; social, cultural, económico, científico, técnico y político.

Procesos educativos comunicacionales y Prevención Integral

En páginas anteriores se planteó que la prevención integral busca entre otros, estimular procesos de desarrollo personal y la formulación de un proyecto de vida, tanto individual como social, pues persigue el desarrollo local, regional y nacional. Visualizada así, la Prevención Integral utiliza como estrategias fundamentales procesos educativos - comunicacionales a los que se refiere el presente apartado. Al tratar esta temática no se pretende ser exhaustivo, sino presentar un panorama general, a manera de una primera aproximación al tema.

Como premisa básica se plantea que la educación no puede ser concebida independientemente de la sociedad donde está inserta. Las relaciones educación - sociedad se han explicado de diversas formas, partiendo de los marcos conceptuales que proveen los diversos paradigmas explicativos de la sociedad, los cuales provienen de la sociología y de la teoría social.

Estas posturas teóricas tienen implicaciones tanto en la manera de concebir la función y los fines de la educación como también en la forma de entender la relación educativa que se establece en el salón de clases y las formas de comunicación que suponen.

¹⁰ 7

1. Inicio de la discusión

De acuerdo con el planteamiento de Mercedes Charles¹¹, Durkheim, a finales del siglo pasado, inició el estudio de la relación entre la educación con la sociedad, planteando que las características de la educación han presentado cambios significativos según el momento histórico y el tipo de sociedad concreta de que se trate. Sostenía que cada sociedad ha conformado un sistema de educación particular con instituciones, valores y formas específicas para llevar a cabo de manera funcional, el proceso de socialización de niños y jóvenes.

Luego de Durkheim ha surgido multitud de interpretaciones para describir y analizar la relación de la educación con la sociedad.

Seguidamente se plantearán, en términos generales dos grandes paradigmas representativos de estos puntos de vista. El primero, derivado de la teoría funcionalista de la sociedad el cual se denominará Teoría Tradicional de la Educación; el segundo, derivado de la sociología crítica, se denominará Teoría Crítica de la Educación.¹² La primera tiene sus orígenes en la sociología dominante, se fundamenta en varios supuestos, a saber, ausencia de un cuestionamiento crítico de la sociedad, se pone énfasis en la productividad económica como medio de obtener mejores niveles de vida para la población, se señala la división del trabajo como necesaria para lograr la eficiencia económica.

La segunda, como su nombre lo indica, parte de una perspectiva crítica de los sistemas educativos. Sus representantes sostienen que la principal función de la educación es la reproducción de la ideología dominante, de ser formas de conocimiento y de la distribución de las habilidades necesarias para reproducir la división social del trabajo que existe en la sociedad.

Desde este paradigma, el análisis que se realiza sobre la educación busca encontrar la relación que tiene la escuela, como institución social, con el estado, la economía y con el sostenimiento del sistema en su conjunto.

Para Aromowitz y Giroux el análisis reproductivo de la educación tiene tres ejes principales.

1. Provee la escuela, a los diferentes grupos y clases sociales, con el conocimiento y las habilidades que requieren para ocupar en forma pasiva y acrítica su lugar respectivo en la fuerza de trabajo, lugar que se encuentra estratificado por clase social, raza y género.
2. Las escuelas son instituciones reproductoras en el sentido cultural, ya que uno de sus objetivos es distribuir y legitimar las formas de conocimiento, los valores, los lenguajes y los estilos de la cultura dominante, así como sus intereses.
3. Las escuelas son concebidas como confirmadoras de un aparato de estado que produce y legitima los imperativos económicos e ideológicos que están detrás del poder político del estado.¹³

Dentro de esta corriente crítica de la educación, se encuentran dos modelos principales, uno realza el análisis económico, y el otro, el cultural. La central del análisis del modelo económico lo constituyen los efectos estructurales del espacio de trabajo en el sistema escolar. Se parte de la premisa de que las características de la escuela tienen una relación amplia

¹¹ Charles C. Mercedes. Comunicación en el aula. Comunicación y modelos Educativos II. Unidad 4. Módulo Fundamentos del Desarrollo de la Tecnología Educativa II (Comunicación Educativa t Cultural); Maestría en Tecnología Educativa Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa (ILCE) México D. F. 1994. Pág. 11 a 31.

¹² De. Ibarola María. "Enfoque sociológico para el estudio de la educación" en sociología de la Educación. Corrientes contemporáneas dentro de Estudios Educativos. México 1981. P. 12 y 13.

¹³ Charles Op cit pág. 15

con los supuestos básicos que sostienen al sistema capitalista. Lo anterior se manifiesta ¹⁴ en las escuelas en las siguientes formas:

- a) en la ideología, valores y conductas que promueve.
- b) en la estructura curricular de las escuelas
- c) en las condiciones escolares de los alumnos y en el involucramiento de los padres de familia.

Este modelo también dirige su análisis a la ideología, valores y conductas que promueve la escuela, se concibe a los educandos como mano de obra futura, que deben aceptar e inyectar una serie de concepciones, valores, actitudes hacia la autoridad, y conductas consideradas congruentes con las necesidades y requerimientos del sistema de producción.

En cuanto al modelo cultural, su eje de análisis lo constituye la relación existente entre la cultura, la clase social y la dominación. "La cultura es concebida como el núcleo mediador para la reproducción de la estructura de clases que requiere el sistema capitalista para su funcionamiento."¹⁵

Uno de los principales representantes de este modelo, Pierre Bourdieu¹⁶ trata de encontrar la relación de la escuela con la lógica de las clases dominantes y como esta lógica es transmitida e interiorizada por las clases subalternas. Sostiene este autor:

- ◆ que existe un poder simbólico ejercido por las clases dominantes ese poder es difundido en forma sutil y cotidiana mediante diversas formas de violencia simbólica
- ◆ esta violencia sirve a las clases dominantes para imponer una definición del mundo social que sea coherente y reproductora de sus intereses de clase.
- ◆ la escuela es uno de los lugares privilegiados para el ejercicio de esta violencia simbólica, transformándose en una institución funcional para difundir e inyectar en las nuevas generaciones los elementos integrantes de este orden social que son necesarios para su funcionamiento.¹⁷

Además de estos dos modelos existen otros que han tenido importancia en el medio educativo, tales como el de la *autonomía relativa*, que ponen en duda la correlación tan directa entre el sistema escolar y el sistema social y económico.

Políticas educativas

Estas tienen relación con el campo de fuerzas que se presentan en el ámbito social; su definición está determinada por la acción de un complejo campo de relaciones de poder (económicas, políticas y culturales) entre diversos sectores y grupos que existen al interior de la sociedad y que definen a la educación de acuerdo con sus propios intereses y necesidades particulares.

Este campo de fuerzas, a su vez se entrelaza con la de los grupos que operan al interior de las instituciones del sector educativo entre ellos la burocracia educativa, los sindicatos, los colegios profesionales, las asociaciones de padres de familia y organizaciones estudiantiles entre otros. La participación de estos sectores y grupos (que operan al interior y al exterior de las instituciones) así

¹⁴ Ibid pág. 16.

¹⁵ Ibid pág. 17

¹⁶ Bourdieu P. y Passeron, J.C. La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza, Laia, Barcelona 1977 pág. 20.

¹⁷ Charles Op Cit pág. 18

como la fuerza que adquieren sus demandas dependen de su capacidad de convocatoria y de su constitución como sujetos políticos.¹⁸

Es importante considerar que las políticas educativas están insertas en un marco más amplio: el proyecto de nación el cual posee características particulares, contiene los elementos fundamentales del papel asignado a la educación en el proceso definido para implantar y consolidar dicho proyecto, así como el tipo de formación que requiere darse a los educandos para integrarlos al proyecto nacional propuesto. Estos elementos actúan como matriz para la elaboración del currículum escolar y de los planes de estudio particulares contenidos en cada uno de los ciclos escolares.¹⁹

Comunicación educativa

Para complementar el planteamiento sobre educación antes desarrollado es indispensable adentrarse en la teoría de la comunicación tanto desde el punto de vista de la teoría tradicional como desde la perspectiva de la teoría crítica. Se destacarán aquellos elementos que se interrelacionan en el salón de clases y tienen algún vínculo con la comunicación y afectan tanto la interacción que se establecen entre maestro y alumnos como la relación pedagógica que suponen los procesos educativos. Procesos de relación e interacción vinculados con el llamado éxito o fracaso escolar.

La comunicación desde el enfoque tradicional

Los modelos empleados frecuentemente en el estudio de la comunicación en el ámbito educativo provienen del campo teórico de la teoría tradicional. Estos modelos tuvieron gran auge en las décadas de los sesenta y setenta, ampliamente cuestionados por los teóricos críticos de la comunicación, sin embargo aún se utilizan para estudiar los procesos comunicacionales en el campo educativo.

La teoría tradicional en comunicación educativa, retoma los modelos de análisis utilizados para comprender los efectos de los medios de comunicación masiva y los adecúa a la situación educativa. El modelo tiene como base un proceso de comunicación en el que el emisor (maestro) transmite un mensaje (contenidos de aprendizaje) con determinada intención (cumplimiento de objetivos educacionales desde una perspectiva funcional) a un grupo de receptores (alumnos) para lograr ciertos fines (aprendizaje) al interior de un contexto institucional (escuela).²⁰

Con base en este modelo, el proceso de comunicación en el campo educativo es concebido como la transferencia de información del emisor - maestro a los receptores - alumnos para lograr que estos intrayecten determinados contenidos, considerados curricularmente valiosos para su formación. Corresponde este modelo, a la aplicación de una metodología tradicional fundamentada en la transmisión unidireccional de contenido. Modelo sostenido por la pedagogía transmisora, basa en la emisión, por parte del maestro, de información; sobre determinados contenidos educativos que el alumno debe intrayectar.

¹⁸ Alvarez Virgilio "La Universidad: reproducción y negociación de la sociedad presente". Revista sociológica No. 5. UAMA México 1987. Pág. 156 a 158.

²⁰ Ibid pág. 34. Este esquema corresponde a una adecuación del modelo realizado por Raymond Nixon en Investigación sobre comunicación colectiva. Cepal Quito 1963 p. 77 Responde a las preguntas: quien, dice qué, a quién, con que intenciones, con que efectos y bajo que condiciones que originalmente fue planteado por Casswell.

En esta perspectiva, el maestro tiene un triple papel²¹

- ◆ Receptor pasivo de las políticas educativas, del currículum, planes, programas de estudio, objetivos y metas planteadas.
- ◆ Ejecutor de los planes curriculares, al llevarlos a la práctica en el salón de clases.
- ◆ Emisor de los contenidos educativos, favorecedor de determinados conocimientos, habilidades, valores y actitudes considerados valiosos socialmente.

A los alumnos, por otra parte, se les otorga un papel pasivo en el proceso educativo. Se espera que asimilen el contenido e intrayecten conocimientos, habilidades de acuerdo a su nivel escolar. Se espera que adquieran actitudes, conductas y valores que respondan al sistema axiológico definido en el proyecto educativo.

El modelo, si bien no se presenta en forma pura en la realidad, corresponde a la educación tradicional, que se fundamenta en la transmisión vertical de conocimientos. Corresponde al tipo de educación predominante en nuestras sociedades a pesar de las constantes reformas pedagógicas que se realizan en los diferentes países. Se privilegia la información, corresponde a un modelo de comunicación vertical, por lo cual los roles de emisor (maestro) y receptor (alumno) están claramente definidos.

La comunicación educativa desde la teoría crítica

En su inicio, la teoría crítica se preocupó por denunciar los procesos de dominio económico, político e ideológico implícitos en la comunicación como parte del sistema capitalista que debería enfrentar. En la actualidad, busca crear alternativas, nuevos caminos, posibilidades y espacios que presenta el sistema capitalista, en su actual fase de globalización de los procesos económicos, políticos y culturales.

Esta perspectiva analiza la comunicación como un proceso global relacionado con posiciones sociales, políticas, culturales, e inserto en un contexto histórico social; contempla diferentes perspectivas según los diversos elementos que intervienen en el procesos de comunicación.

Inicialmente se concibió al maestro como emisor único, reproductor de contenidos correlacionados con la ideología dominante con la función de intrayectar estos contenidos en los alumnos. Al alumno se le conceptuó como receptor pasivo, "víctima", de la reproducción de la ideología dominante, repetidor acrítico de sus contenidos. En esta etapa el trabajo se concentró en desentrañar el trasfondo ideológico de los mensajes educativos y sus correspondencia con la ideología dominante.

Actualmente la teoría crítica ubica al maestro como sujeto situado social y estructuralmente, capaz de crear procesos alternativos al interior del salón de clases, de su institución de su medio, de modificar el proceso vertical y autoritario de comunicación.

Al alumno se le concibe como un sujeto activo, capaz de resistir el discurso del poder, resignificador de los mismos.

Al mensaje educativo se le considera inserto al interior de un universo discursivo, que toma en cuentas sus condiciones de producción, recepción y el contexto donde circula. El sistema capitalista es concebido con contradicciones que posibilitan fisuras y resquicios para promover procesos educativos alternativos aún el interior de las instituciones oficiales.

En relación a esta temática Guillermo Orozco plantea que el momento y contexto concretos en que se realiza la recepción de un mensaje (o interacción entre receptores - educandos y medios -

²¹ Ibid pág. 35

tecnologías de información) constituyen una fuente importante de mediaciones situacionales. El lugar donde se realiza el intercambio directo con un mensaje - contenido educativo tiene cierta influencia en su apropiación por parte de los sujetos involucrados. En cada momento y lugar intervienen distintos elementos, hay diferentes recursos y las posibilidades para el aprendizaje - comunicación varían.²²

Los modelos interactivos del aprendizaje y la comunicación tienen como premisa fundamental el asumir que todas las partes involucradas tienen un papel activo y es precisamente su interacción en vez de acciones unilaterales de unos u otros los que determina los resultados.²³

La teoría crítica sostiene que educación y comunicación no pueden ser entendidos como procesos aislados de un contexto social cultural determinado que les influye de múltiples maneras. Al hablar de cultura nos referimos a formas de vivir la vida, de comprenderla, de estar en el mundo y de actuar en él.

Introducir la cultura como marco interpretativo de los procesos comunicacionales se cambia el eje de análisis, pues implica aceptar la diferencia, la pluralidad, la coexistencia de formas disímiles, de lógicas diversas de apropiación de mensajes, de resistencias y resignificaciones.²⁴

Martín Barbero²⁵ pionero en abordar este tema, determina como importante comprender la pluralidad e los usos de la comunicación, establecer articulaciones entre las operaciones (de repliegue, rechazo, asimilación, refuncionalización, rediseño) las matrices (de clase, territorio, etnia, religión, sexo, edad) los espacios (hábitat, fábrica, barrio, cárcel) y los medios de comunicación (micro, meso, macro).

Las anteriores variables, entre otras entran en juego en los procesos comunicacionales del salón de clases, en el cual confluyen lenguajes y formas culturales diversas (de la escuela, docentes, alumnos, textos) que actúa como elementos mediadores entre lo que se dice, se hace con los contenidos y las formas como se interrelaciona el saber escolar con las culturas propias de sus interlocutores.

El modelo de la mediación plantea que la transición entre dos puntos nunca es un camino directo, no tanto porque haya desviaciones o interposiciones durante el trayecto, sino porque no existe un patrón prefijado, ni un punto de llegada definido, es decir, van alcanzándose puntos sucesivos de los cuales se deriva algún punto final. El modelo de la mediación se ha ido consolidando y bifurcando en dos vertientes principales: con relación a la emisión y la recepción en el proceso comunicacional. La mediación conlleva diferentes elementos que la definen como una mediación múltiple y caracterizan el proceso de comunicación como un procesos multimediado.

Martín Barbero, autor citado anteriormente plantea que la mediación es el lugar desde donde se produce el sentido en el intercambio cultural. La mediación está fundamentalmente en la interacción situada de los sujetos dentro del proceso comunicacional. Organizaciones, instituciones, movimientos sociales, constituyen mediaciones importantes para los sujetos receptores que participan en ellos, en la medida que en aquellos se configure su producción de sentido.²⁶

²² Orozco Guillermo. Comunicación y Modelos Educativos Y. Relaciones técnico - metodológicas de los enfoques Comunicacional y Psicológico, Unidad 3. Módulo Fdos. de Des. de la Tec. de Ed. II. Comunicación educativa y cultural ILCE-México D.F. 1994, pág. 42.

²³ Ibid pág. 21

²⁴ Ibid pág. 58

²⁵ Martín Barbero Jesús "Comunicación, pueblo y cultura en el tiempo de las transnacionales" Comunicación y Culturas Populares en Latinoamérica. Seminario Clasco Felafacs. Gustavo Gili. México, 1985, pág. 50

²⁶ Ibid pág. 22 - 23

Ningún medio de información, ni ninguna tecnología educativa escapa a la función de ser mediadores del acontecer social frente a los receptores - educandos, al seleccionar algunos acontecimientos o plan de estudios y configurarlos de cierta manera antes de transmitirlos.²⁷

Las formas de mediación y los mecanismos para legitimar e introyectar socialmente esa mediación es lo que cambia, según el medio o tecnología de información.

En la recepción tienen lugar múltiples mediaciones que van desde lo situacional hasta aquellas provenientes de la cultura de las que participan los receptores - educandos.

Los códigos culturales, la subcultura de pertenencia, el nivel educativo, estrato socioeconómico, origen y lugar de residencia de los receptores, educandos, la etnia y el sexo, constituyen elementos de la mediación cultural e inciden fundamentalmente en la negociación de significados y en la apropiación que la audiencia hace de los mensajes - contenidos educativos.²⁸

Lo que se busca con el modelo de la mediación, sobre todo con el enfoque en la recepción, es entender, lo que sucede con la audiencia, ésta se convierte en el punto de partida y llegada del interés comunicacional y pedagógico. El mensaje como tal y los emisores pasan a un segundo término "El objeto principal de estudio en el modelo de mediación es la producción de ???????"

En resumen las propuestas alternativas en la teoría crítica, constituyen una respuesta al modelo dominante en cuanto a sus verticalidad y autoritarismo. Parte de la crítica de este modelo y propone un modelo interactivo, horizontal y democrático.

Por tanto, la comunicación alternativa implica un cambio en²⁹ :

◆ Las posiciones otorgadas a los interlocutores. Propicia que la información circule de receptores (alumnos) a emisores (maestro). Busca instaurar un modelo interactivo maestro - alumno, en el cual los papeles de emisor y receptor sean intercambiables.

◆ El rol de maestros y alumnos. El maestro deja de ser un transmisor de contenidos, se transforma en un facilitador para la construcción desconocimiento. El alumno deja su rol pasivo de receptor de contenidos educativos, se transforma en sujeto activo responsable de su proceso de aprendizaje. El reto se encuentra en el como transformar el rol tradicional de maestros y alumnos.

◆ La educación como instrumento para la transformación y no para la conservación del status quo. Una educación que permite comprender la realidad y transformar algunos de sus elementos. Promover el pensamiento crítico y la creatividad en los estudiantes para encontrar caminos que posibiliten construir una sociedad más igualitaria, más justa. ¿Cómo promover la creatividad y el pensamiento crítico en los alumnos si a menudo el docente no es crítico ni creativo?

◆ La consideración de la educación como proceso y no como producto. Entendida la educación como descubrimiento, indagación y construcción de conocimientos. Por tanto, implica, comprender los modos de vivir, de hacer, de percibir, desde donde son recibidos los mensajes, desde donde las personas se apropian de la oferta cultural entendiendo la forma en que el saber escolar se relaciona con estos elementos.

La alternabilidad comunicacional implica cambios a través de un proceso de concientización y reeducación difícil de lograr. La teoría crítica evidencia la necesidad de estos cambios. El reto radica en cómo propiciar cambios que implican, entre otros:

◆ Convencer a maestros y alumnos de la necesidad de cambiar sus roles tradicionales.

²⁷ Ibid pág. 22

²⁸ Ibid pág. 23

²⁹ Ibid pág 57-58

- ◆ Vencer las resistencias en maestros y alumnos ya que el cambio implica mayor responsabilidad en ambas partes, así como mayores cargas de trabajo.
 - ◆ Generar técnicas participativas y recuperar las dinámicas de grupo que faciliten la participación activa de los alumnos.
 - ◆ Propiciar metodologías que logren la formación del pensamiento crítico y la creatividad.
- Generar estrategias de aprendizaje que creen una actitud de indagación y búsqueda en maestros y alumnos, lo que implica realizar un esfuerzo adicional, que genera resistencia.

ENFOQUE DIALECTICO

Cuando se habla de acciones de prevención que comprenden la promoción de las facultades humanas es necesario analizar sus alcances epistemológicos y ontológicos que rompen con la concepción tradicional del hombre y su entorno social.

Al centrarse solo en el hombre y en sus males, los modelos de prevención hasta ahora empleados, no han cumplido con sus objetivos, más bien han legitimado la enajenación de sus potencialidades.

La prevención integral es un nuevo paradigma que rompe con esa dicotomía, devolviéndole al hombre lo que siempre lo ha definido como humano: su capacidad creadora y transformadora de su realidad mediante la acción social llamada "trabajo".

El hombre es por naturaleza, productivo. Su relación con la naturaleza mediante el trabajo, ha permitido el desarrollo histórico. Pero el trabajo no es una acción individual, aislada, sino una actividad colectiva. Es a través de la colectividad que el hombre brinda su aporte al desarrollo. Por eso, la prevención integral fomenta la cooperación comunal, porque solo de ese modo, se pueden lograr transformaciones sociales tendientes a mejorar la calidad de vida.

Al abandonar el hombre esta actitud pasiva, empieza a florecer la conciencia y nace el compromiso en la participación comunal. La relación entre él y su entorno inmediato es mucho más cercana, siente que él tiene responsabilidad en el curso de su desarrollo social e individual.

Sin embargo, el abandono de la pasividad humana no se logra mágicamente, depende de todo un proceso educativo que parte del individuo mismo, de la propia comunidad, y de acuerdo con los procesos de socialización que están influyendo en las personas.

La prevención integral debe partir del conocimiento de los procesos de socialización, porque es a través de ellos que los individuos llegan a ser hombres sociales más o menos comprometidos y solidarios con el grupo.

Cuando el hombre nace ya está inmerso en un mundo , que introyecta de acuerdo con su socialización primaria . El niño va formándose esquemas de su entorno concreto : su familia , sus condiciones económicas y sociales, el lugar que ocupa en la familia y las funciones que debe asumir a partir de esa posición. Pero también introyecta la valorización subjetiva de ese mundo que tiene el grupo social donde se desarrolla , y que lo influencia para toda su historia. Son esas interiorizaciones las que van a influir en gran parte en la formación de su carácter , en sus aspiraciones , sus proyectos , etc. Debido a ello, la prevención integral no es un modelo que se piensa desde afuera para aplicarlo a los individuos , sino que surge desde la propia realidad y es una actitud de vida que se construye y se proyecta .

Esto significa que el objetivo principal de la P.I es brindarle al hombre las oportunidades y capacidades para que transforme su "mundo", de manera que al heredar a sus hijos una realidad concreta más desarrollada y equitativa le permita a estos introyectar ese "mundo" más positivo, y así tener mejores aspiraciones, mejores proyectos de vida , y por lo tanto, mayor desarrollo personal y social.

A esta altura surge una pregunta: ¿Cuál debe ser el primer paso en la P.I ? La respuesta es sin duda la educación estrechamente vinculada al trabajo. No puede haber una educación que no movilice al hombre, y el único medio de movilizarlo es el trabajo; entendido este último como la acción productiva que sobre la naturaleza hace el hombre , transformándola y transformándose a sí mismo , produciendo desarrollo y bienestar , y en consecuencia su historia.

De esta forma la P.I. arranca desde la raíz del desarrollo social: el trabajo. Cuando en una comunidad , sus habitantes trabajan solidariamente en la solución de sus problemas y más aún en el mejoramiento de su calidad de vida, esos hombres adquirirán una conciencia más clara de la importancia de su papel, como individuos protagonistas, se darán cuenta que la acción que no se realiza, repercutirá en el proceso de desarrollo grupal , tendrán mayor compromiso con sus vecinos en las tareas comunes, sobretodo, tendrán un nivel satisfactorio de autoestima, el cual es uno de los pilares de la Prevención Integral.

El trabajo forma conciencia ; lo que el hombre haga repercute sobre su conciencia. Un trabajo alienante, en el que el trabajador no ve el producto de su acción, forma una falsa conciencia de la realidad. Pero, si a través de la participación comunitaria, mi acción colectiva me permite ver los frutos en mi barrio, mi conciencia será clara y sana. Esto a su vez va creando condiciones concretas e ideológicas cada vez más favorables para lograr una verdadera revolución social, sin armas ni sangre, porque surgirá desde las raíces sociales.

EDUCACION Y TRABAJO

Si bien la educación formal, es decir aquella que se imparte en los centros académicos, es importante en la formación del individuo y sus valores; ésta no debe quedarse solamente en ese ámbito.

La educación debe ser un proceso integral que parte de la misma comunidad, de la persona. Debe tomarse en cuenta el momento histórico en que estamos y lo que está afectando el desarrollo del hombre.

En estos momentos en que la tecnología influye fuertemente en los individuos, afectando su conciencia y por ende promoviendo nuevos estilos de vida sanos, que no necesariamente concuerdan con el modo de vivir propio de una comunidad, y que por lo tanto ubica al sujeto en un conflicto existencial, la educación debe llegar desde todos los medios hasta el individuo.

Esa tecnología que parece valorarse en el individuo para manipularlo, debe ser utilizada para su educación, para coadyuvar al logro de mejores niveles de vida.

Pero la educación debe ser un proceso dinámico estrechamente ligado al trabajo y la recreación. Una educación que solo permita la reflexión, sin la acción se vuelve árida e improductiva. Es necesario complementar la reflexión, y convertirla en una unidad con la acción. El trabajo es esa acción que permite la realización integral del individuo, lo que genera movimiento y cambio. Concebida así la educación es parte de la vida de una comunidad.

Debe partir de la concepción de mundo que a través del lenguaje tiene esa comunidad, por lo tanto es una educación liberadora, formadora de conciencia, y no un conjunto de conocimientos descontextuados de esa realidad y que lejos de movilizar, produce pasividad y conformismo y la adopción forzosa de valores ajenos

EL ENFOQUE ECOLOGICO PARA EL DESARROLLO HUMANO

Una perspectiva complementaria para el entendimiento y operacionalización del concepto de la *Prevención Integral* es aportada por la *Ecología*, como ciencia de las interacciones, y por el *Desarrollo Humano Sostenible*, como sistema que identifica una serie de indicadores para describir y evaluar el avance del hombre y las comunidades hacia formas más avanzadas de realización personal y de bienestar civil.

La Ecología, esencialmente, ha observado y propone que la conducta, relacionada con cualquier fenómeno de índole natural o social, es función de las interacciones que ocurren entre los individuos y entre ellos y su medio ambiente. De ahí que, para efectos de analizar cualquier fenómeno, resulte parcial e incompleto centrar la atención sobre individuos específicos o su problemática particular. Sugiere, en oposición, que la modalidad que toman las conductas personales y colectivas de una sociedad, y de sus subsistemas, dependen de la compleja red de interrelaciones que se establecen en su interior, y, por tanto es allí donde debe buscarse el abordaje de las consecuencias y hacia allí, en definitiva, donde han de dirigirse las intervenciones.

El siguiente cuadro compara las características de los enfoques médico-sanitario y ecológico, en referencia al concepto de *Prevención Integral*.

Enfoque médico-sanitario	Enfoque ecológico
• Aborda los fenómenos desde una perspectiva de enfermedad	• Aborda los fenómenos desde una perspectiva de salud y desarrollo
• Se dirige a individuos o sectores que se declaran o son declarados disfuncionales o perturbados (exclusión)	• Busca incorporar a todos los individuos y sectores de la comunidad (inclusión)
• Prefiere el tratamiento uno a uno o en pequeños grupos	• Opta por la asesoría a los miembros de una comunidad para la elaboración de proyectos de vida y de desarrollo
• Ofrece poco impacto social y baja cobertura	• Amplía la cobertura y el impacto social de su accionar
• Focaliza problemas y necesidades puntuales	• Integra la resolución comunal de necesidades
• Promueve cambios en el individuo mediante técnicas terapéuticas	• Promueve cambios en el entorno para el desarrollo de personas y comunidades
• Las instituciones enseñan y curan	• Las instituciones asesoran y promueven
• Buscan el ajuste y la funcionalidad	• Estimulan la participación y la responsabilidad
• Provee soluciones inmediatistas	• Promueve soluciones de largo plazo

El enfoque del *Desarrollo Humano*, por su parte, partiendo de premisas de género, oportunidad, protección, largo plazo y cultura intenta promover acciones intencionales y concientes, por parte de técnicos, individuos y comunidades, que garanticen el avance hacia estadios ascendentes de equidad e integración, de oportunidades y distribución de la riqueza, de armonía con la naturaleza, de participación y gobernabilidad y de valores, relaciones primarias y sociales, todo dirigido a estimular y sostener el desarrollo de las personas y comunidades sobre la base de su propia cultura, su visión de futuro y bienestar y su compromiso con la transformación del entorno. El cuadro # resume los temas, componentes y variables que contempla el proyecto COS/94/003-DHS.

La contribución de ambas aproximaciones al concepto de *Prevención Integral* radica en que los principios sobre los que se construyen tienen tanta validez en lo que respecta al fenómeno cultural de la producción, trasiego y consumo de drogas, como en lo que respecta a otros fenómenos como la miseria, la delincuencia y la corrupción, la violencia doméstica, la discriminación de género y raza y la extinción del bosque primario. Ambos modelos presuponen un origen sociocultural en las conductas de individuos y grupos y tienden a

destacar, en consecuencia, factores políticos y económicos tanto en la formación de actitudes y en la ocurrencia de conductas que atentan contra el bienestar comunal como en aquellas que pueden beneficiarlo.

Aunque las aplicaciones del esquema de prevención primaria, secundaria y terciaria no se descartan en estos dos enfoques y se consideran válidas en el corto plazo, se señalan como medidas que favorecen la división del concepto de prevención y, por tanto, multiplican innecesariamente los esfuerzos por aprehender e intervenir los fenómenos que amenazan la supervivencia saludable y gozosa de la humanidad.

Ambos modelos, entonces, refuerzan el concepto de *Prevención Integral*, por cuanto evitan desintegrar la explicación de las conductas individuales en una taxonomía funcionalista y declaran su preferencia por entenderlas y atenderlas en el contexto estructural en que se originan y manifiestan.

COMPONENTES DE LA PREVENCIÓN INTEGRAL

Para identificar los elementos y características que sustentan el concepto de prevención integral, debe entenderse que este comprende *“un proceso educativo y formativo que promueve en el individuo el desarrollo de actitudes y hábitos de vida tendientes a estimular respuestas autónomas y creativas ante las diferentes situaciones que se presenten, centrando la atención en las potencialidades del individuo antes que en sus carencias y debilidades, para que logre ser protagonista de su propio desarrollo”* (ITCR, 1995, pág. 7).

El concepto involucra varios elementos, ya que es importante tener una visión globalizadora del entorno en el que se ubica el individuo y saber con claridad cuáles son sus limitaciones. Debe realizarse análisis globales, pues todos los individuos son parte de una misma realidad, la cual se encuentra integrada por una serie de vivencias que afrontan a diario y que definirán sus propios estilos de vida. Para la comprensión del término, es necesario considerar que la prevención integral es una acción en sí misma, con una serie de componentes, características y estrategias que, por obligación, deben tomarse en cuenta y desarrollarse para la consecución del mejoramiento de la calidad de vida y el sano desarrollo humano.

Los componentes tienen una relación muy estrecha entre ellos y cada uno dependerá del otro para desarrollarse adecuadamente. Por ello, contar con reglas claras en los ámbitos **político, legal y técnico** es una condición necesaria para el mejoramiento de la calidad de vida.

Cada componente debe tener total conocimiento del quehacer del otro, para que, mediante una adecuada coordinación, se logre una visión integral y se cuente con un ambiente apropiado que favorezca el desarrollo coherente del proceso de prevención integral en sus tres componentes básicos.

El Estado es el responsable de la formulación y adopción de **políticas públicas**; de esa manera, se garantizará el bienestar de la población dentro de ambientes sanos y gratificantes. En la medida en que estas políticas estén claramente definidas, mayores serán las oportunidades para desarrollar programas de prevención integral, lo cual permitirá a los individuos mejorar su estilo de vida en todos los ámbitos en que interactúan.

El sector salud cumple un papel primordial en el logro del bienestar de la población: impulsa y dirige la acción coordinada entre sectores (social, económico, educativo, cultural, etc.), los cuales juegan un rol determinante para la promoción de la salud desde un punto de vista integral.

La Conferencia de Sundsvall, realizada en Suecia en 1991, ratificó la importancia de que cada país dirija sus esfuerzos hacia la creación de ambientes concebidos en una forma integral desde los puntos de vista social, político, económico, cultural y físico. Además, se destacó la estrecha relación entre salud - ambiente - desarrollo humano, en el cual deben considerarse los ambientes físicos y los sociales, es decir, el entorno en el que se encuentra inmersa la persona. De igual forma, en la Conferencia del Caribe efectuada en 1993, fue reconocida la íntima relación existente entre las condiciones de vida y los procesos productivos, desarrollo de las sociedades actuales y se ratificó una vez más, la necesidad de analizar los hechos en una forma integral.

Para lograr el bienestar y el desarrollo de las personas, las políticas se definen desde diferentes niveles, tanto nacionales como regionales y se consideran las necesidades y realidades socioculturales.

La elaboración de políticas está íntimamente vinculada con la **legislación**, la cual posibilita la promulgación de leyes, normas y reglamentos, así como la revisión de acciones de otros sectores para la adopción de medidas saludables desde una perspectiva nacional y local. En Costa Rica, el consumo de drogas se regula mediante una serie de leyes y reglamentos tales como: Ley de Psicotrópicos, Ley de Control de Publicidad del Tabaco y Reglamento de Control de Publicidad de Bebidas Alcohólicas, entre otras.

Con el fin de implementar las políticas definidas, el Estado canaliza sus esfuerzos hacia el **nivel técnico**, por lo que se convierte en una instancia inmediata y de mayor accesibilidad para las comunidades. Las instituciones, en conjunto con las comunidades, elaboran y operacionalizan los programas, cuyo accionar deberá contar con la participación comprometida de la sociedad civil en forma organizada, y de las organizaciones no gubernamentales. De esta manera, se comparten las responsabilidades entre las instituciones, organizaciones e individuos, con la premisa de que el ser humano es la figura transformadora de su propia realidad.

De lo anterior, se desprende que el nivel de compromiso y de conciencia de los individuos facilita u obstaculiza la adecuada implementación de las políticas gubernamentales. En este sentido, una actitud positiva creará ambientes de soporte social saludables y seguros para la satisfacción de sus necesidades.

Características

La prevención integral centra su atención en los **potenciales de las personas, en su fortalezas y capacidades**. Por ello, estimula sus intereses y sus habilidades; también, promueve desarrollos individuales y colectivos que permitan a las personas enfrentar las dificultades con mayores recursos y fortalezas.

El modelo procura la **participación ciudadana** por medio través de la acción colectiva, el liderazgo, la organización, la participación y las transformaciones de las condiciones de vida, centrales en las intervenciones de prevención integral. Esto implica que la población sea un

verdadero sujeto de las acciones y no sólo un objeto pasivo. Consecuentemente deben fortalecerse los grupos comunitarios mediante los mecanismos de participación espontánea de las comunidades y por medio de programas de capacitación que les permitan adquirir nuevos conocimientos y destrezas. De esta forma, los capacitados son mediadores para la adquisición de conocimientos y facilitadores de todo el proceso, por lo cual impulsan el desarrollo de metodologías que fortalezcan a las comunidades en la búsqueda de opciones para solucionar sus problemas. La acción comunitaria concreta y eficaz permite establecer prioridades, tomar decisiones, planear estrategias y desarrollarlas para obtener mejores condiciones sociales. Por lo tanto, debe promoverse la vinculación activa de toda la población: personas, familias, comunidades, políticos locales, instituciones públicas y privadas, empresarios y trabajadores, para crear las redes de apoyo.

El **desarrollo humano** es otra característica importante de la prevención integral. Se parte de que el ser humano es el eje en torno al cual se forja un verdadero desarrollo; por ello debe propiciarse, en el individuo *"el desarrollo de sus capacidades, su bienestar, su salud, su educación y su aprendizaje"* (UNDCP, 1994, pág. 3). Desde esta perspectiva, toda persona se encuentra inmersa en un determinado ambiente físico, social y cultural; es un actor social en constante interacción con los demás. Además, hay que tomar en cuenta que el ser humano tiene que adaptarse a los cambios no solamente en la estructura demográfica, sino también en las variaciones en la morbilidad y los procesos de urbanización, los cuales provocan cambios en los estilos de vida y en el ambiente.

Es necesario concretar las acciones en intervenciones eficientes y eficaces que conduzcan a fortalecer en forma integral las variables que intervienen en el proceso de socialización del individuo, con el fin de contribuir a que la población obtenga una mejor calidad de vida que satisfaga sus necesidades.

La **calidad de vida** es el producto de un proceso histórico y social, que presenta una serie de características propias para cada sociedad. Es *"sinónimo de modelo de sociedad; ...representa un ideal social, terreno de la sociedad arreglada y adelantada, al cual se está dispuesto a subordinar todo el tejido social y económico"* (Coloquio 1992, pág. 36).

Actualmente, la calidad de vida presenta una crisis de valores muy importante, que repercute en el deterioro social de nuestras poblaciones.

Habitualmente, la calidad de vida está vinculada a los bienes de consumo, a la salud global de la persona y de la colectividad y a la relación con el ambiente. Reconocer en cada comunidad sus diferentes características, actitudes, valores, instituciones, etc., permite precisar fácilmente el concepto de calidad de vida propio de esa comunidad, el cual está en estrecha relación con todo el proceso que implican la salud y el bienestar de las comunidades. Este planteamiento también lo impulsa la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mediante la **promoción de la salud**, en la cual se estipula que deben brindarse a las comunidades los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre ella.

Entonces, la prevención integral y la promoción de la salud enfocan su accionar en el mejoramiento del nivel de salud y bienestar general de la población. Para lograr esto, es necesario afrontar la problemática social y sus posibles soluciones desde una perspectiva global e integral, en la que deben concurrir diversas disciplinas, es decir, desde una visión y práctica **interdisciplinarias**. De igual manera, la participación de las diferentes instituciones debe servir de red de apoyo para crear y mantener ambientes físicos, laborales, sociales y económicos agradables, mediante el trabajo y responsabilidad conjunta de dichas instituciones, sean públicas Organizaciones Gubernamentales (OGs), privadas Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) o grupos comunitarios, presentes en esa localidad. Además, la acción conjunta de todos los

diferentes sectores hacen que la **intersectorialidad** sea imprescindible para la identificación de los problemas, la definición de soluciones, la realización de las acciones y la ampliación de la cobertura. Esta acción intersectorial es vital para la conducción y coordinación de los proyectos de las comunidades, las que representan los intereses de todos los sectores y actores de la sociedad local como: educación, recreación, cultura y deportes, seguridad social, economía, transporte, municipalidades, organismos privados (ONG), medios de comunicación, etc.

La **descentralización** es un proceso clave que debe ir acompañado de una real participación y movilización ciudadana en las comunidades locales del país. Cada localidad debe tener su participación activa en el desarrollo y toma de decisiones, por lo que la **horizontalidad** constituye un aspecto fundamental en este trabajo: facilita la asimilación, participación y cuota de responsabilidad de todos los actores de la comunidad, para que sea la misma comunidad la que detecte sus propias necesidades y asuma una actitud de compromiso en la búsqueda de soluciones; de esta forma, la misma comunidad debe desarrollar sus propios programas y proyectos, para lo cual deben garantizarse la **continuidad** y la regularidad de los programas y servicios de las personas. La prevención es un proceso gradual que demanda perseverancia y constancia, ayuda mutua, es decir, las acciones que emprenden las personas en las comunidades para ayudarse unas a otras (OGs - ONGs) representan un pilar fundamental en el desarrollo de la prevención integral y garantizan la continuidad del proceso.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN INTEGRAL

A continuación, se enumeran las estrategias de acción para llevar a cabo el modelo de prevención integral, tanto a nivel individual como colectivo. Se han identificado cinco ámbitos importantes para definir las estrategias de este proceso en el nivel individual y en el colectivo.

Para cumplir el desarrollo adecuado de este modelo, debe considerarse como punto esencial, promover y facilitar la **participación ciudadana**. Los ciudadanos deben asumir una actitud crítica ante el fenómeno de las drogas, con el propósito de clarificar criterios preventivos y asistenciales y, en esta misma línea, conocer las políticas gubernamentales para hacerle frente a la problemática.

Esta participación debe ser el medio por el cual el individuo cambie o reafirme su comportamiento y diseñe nuevos estilos de vida, que les permita a las comunidades tener un desarrollo sostenible, para lo cual "*es indispensable contar con individuos sanos*" (Litsios 1994, pág. 209), que beneficie a las familias y a la sociedad en general.

Para lograr lo anterior, deben darse cambios tanto a nivel individual como colectivo, con un margen amplio de posibilidad para ser cumplidos; en otras palabras, deben ser cambios reales, con posibilidades de mantenerse incorporados, durante un periodo considerable, dentro de los proyectos de vida de los individuos, quienes serán los protagonistas del éxito y la sostenibilidad, lo cual es "*sinónimo de mejoramiento de la calidad de vida*" (Litsios 1994, pág. 210).

Con el propósito de lograr la participación ciudadana, deben desarrollarse políticas y estrategias gubernamentales que le brinden al ciudadano una visión, objetiva y sin moralismos, de la problemática y es aquí donde el **sistema educativo** juega un papel muy importante para que las nuevas generaciones crezcan con conceptos claros con respecto al fenómeno de las drogas, así como para fortalecer los valores, sobre todo los familiares en aras de una mejor comunicación familiar y social que conduzcan a una sociedad más sana y equilibrada.

Otro aspecto importante es promover la inclusión de la temática de las drogas en el curriculum universitario de orientadores, psicólogos, educadores, médicos, enfermeras, trabajadores sociales,

etc., con el fin de que los futuros profesionales sepan qué hacer y cómo dirigir un proceso de prevención desde la profesión que eligieron. Por medio de la capacitación integral al sector educativo pueden lograr cambios para beneficio de las futuras generaciones.

El modelo de prevención integral debe estar acompañado de un moderno sistema de información con un ágil acceso para la población, así como la actualización de conocimientos mediante las experiencias de otros países que vendrían a retroalimentar los planteamientos nacionales.

Los medios de comunicación tienen un papel importante en la divulgación de la información, de tal forma que los comunicadores sociales deben tener criterios claros sobre el proceso de prevención integral, para que sean facilitadores y colaboradores de este modelo.

Es necesario promover y divulgar, mediante los medios de comunicación masiva, los esfuerzos que se realizan en las comunidades con el apoyo de OGs y ONGs, así como establecer campañas preventivas, las cuales deben ser evaluadas periódicamente para que se conozca el efecto real de estas en los cambios de actitud y de comportamiento de los ciudadanos.

Igualmente, se considera trascendental establecer directrices en el campo de la investigación; debe definirse cuáles son las áreas prioritarias considerando las necesidades comunales y nacionales. Por medio del estudio de la problemática, se conocerá la realidad nacional que permitirá el debate entre profesionales involucrados tanto en el proceso preventivo como en el asistencial.

Las investigaciones proporcionan la base y el sustento técnico para la toma de decisiones el insumo para la sostenibilidad y actualización del sistema de información en drogas. Es importante destacar que dentro de este modelo, el proceso de investigación debe desarrollarse en diferentes líneas, es decir, debe hacerse investigación social, epidemiológica y clínica que permita conocer la realidad de la problemática desde diferentes ópticas.

En el fenómeno de las droga, una de las estrategias que se manifiestan en el proceso es el abordaje de la población afectada por su uso y abuso, el cual involucra al sujeto consumidor, a su familia y al entorno social. Para ello, debe brindarse una cobertura nacional para que la población afectada disfrute de una mejor calidad de vida, para lo cual se requiere la participación ciudadana (OGs - ONGs) e involucrar al sistema nacional de salud en la creación de una red de atención integral a los habitantes, que prevenga el avance de esta problemática.

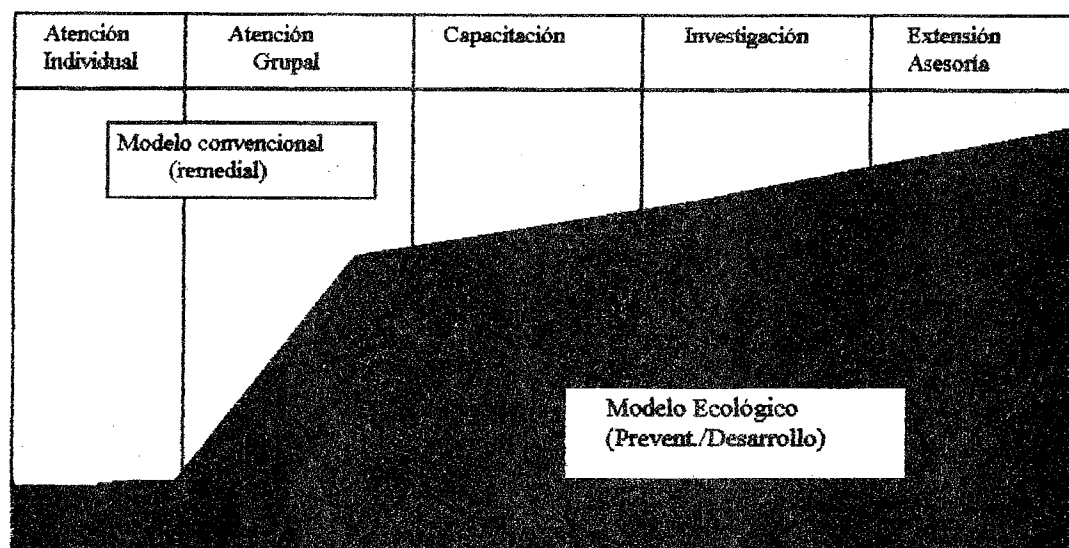
Es importante la coordinación del sistema represivo con los demás ámbitos involucrados directamente en el proceso de prevención integral, ya que tiene una función muy importante en la detección y el control de la drogadicción; por ejemplo, la producción, tráfico, consumo y denuncias de la sociedad civil, son aspectos determinantes en este fenómeno social. Solo mediante una acción conjunta podrá disminuirse su impacto en la sociedad.

Las estrategias de intervención que se proponen desde la *Ecología* y el *Desarrollo Humano*, trascienden el ámbito estigmatizado del individuo enfermo o disfuncional y optan por asesorar a las personas y a las comunidades en un proyecto de futuro que tienda a integrar valores y relaciones consigo mismos, con la sociedad y con la naturaleza.

El criterio de normalidad, en estos dos enfoques, se traslada de la curva estadística graficada por Gauss y aprovechada por los manuales psiquiátricos de clasificación, hacia el terreno de la experiencia humana y de la capacidad personal y comunitaria para imaginar y construir un mejor estilo de vida. Esto es, promover su capacidad para controlar y dirigir sus propios destinos. El método de abordaje de la comunidad diseñado por la *Ecología* y el *Desarrollo Humano* minimiza pues la intervención médico sanitaria para maximizar su esfuerzo en la intervención de tipo etnográfico.

Como se adelantó en párrafos anteriores, desde estas perspectivas, se reconoce que la atención remedial y rehabilitativa de individuos en riesgo no pueden ser ignoradas por los especialistas en prevención integral para lograr su objetivo. Se utilizan como una herramienta inmediatista, aunque indispensable, para abordar fenómenos de salud y desarrollo. No obstante, el énfasis, aquel que promete provocar el mayor impacto y alcanzar la mayor cobertura, se articula en torno a labores de investigación-acción-asesoría que profesionales y para-profesionales realizan con las comunidades formales e informales. La tarea, se fundamenta metodológicamente en la preparación y habilidad de los técnicos para trabajar con grupos y en capacitar a sus miembros para conducir procesos de integración, protección y re-creación de valores objetivamente saludables.

El gráfico que se presenta a continuación ilustra las diferencias de énfasis en las acciones que suponen los modelos convencional y ecológico. Sugiere el tránsito de un modelo al otro.



Un mapeo de la organización social tiende a sugerir que las estructuras más tangibles para los especialistas asesores en *Prevención Integral* se encuentran en la municipalidad, la iglesia, la familia y el barrio, pero el espacio de intervención más nítido y prometedor parece estar asociado a los centros y a los procesos de educación, recreación y trabajo.

Vale la pena resaltar la estrategia de "desenfoco" que estas perspectivas presentan para abordar los fenómenos individuales y comunales. El foco y objetivo de la intervención no están centrados en problemas divididos (miseria, drogas, delincuencia, violencia, discriminación, destrucción del habitat); se centran en el desarrollo comunal y se espera que de éste se deriven cambios en todas aquellas dimensiones que lo afectan y lo amenazan y que, en definitiva arrastran a los individuos hacia prácticas de autodestrucción e intolerancia generalizada.

Anexo # 1: Desarrollo Humano Sostenible en Costa Rica

Proyecto COS/94/003-DHS

Iniciativa conjunta de Consejo Nacional de Rectores (CONARE), Defensoría de los Habitantes (Ombudsman) y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Dr. Miguel Gutierrez-Saxe

Adaptación del resumen : Antonio Fornaguera T.

121

El proyecto pretende constituir una iniciativa desde y para la sociedad civil cuyo objetivo consiste en:

"Ampliar la democracia, una efectiva participación de la sociedad civil y la gobernabilidad, al proporcionar a los habitantes, a las organizaciones públicas y privadas, un estudio desagregado del desarrollo humano sostenible y complementario al Índice de Desarrollo Humano, publicado por el programa de Naciones Unidas para el Desarrollo."

"El desarrollo humano sostenible es un proceso continuo e integral que reúne componentes y dimensiones del desarrollo de las sociedades y de las personas, en los que resulta central la generación de capacidades y oportunidades de, por y para la gente, con las que la equidad se acrecienta para las actuales y futuras generaciones. El desarrollo humano sostenible considera el crecimiento económico como un medio y no como un fin, protege las oportunidades de las futuras generaciones al igual que las de las generaciones actuales y respeta los sistemas naturales de los que dependen los seres vivos." (p. 3)

"El desarrollo humano sostenible pone a la gente en el centro del desarrollo y señala con fuerza cómo las inequidades de hoy son tan grandes que sostener la forma actual de desarrollo es perpetuar inequidades similares para las generaciones futuras. La esencia del desarrollo humano sostenible es que todas y todos deben tener igual acceso a las oportunidades de desarrollo, ahora y en el futuro" (p. 4)

Los enfoques que nutren el modelo: (p.6)

- De género, al "...considerar toda discriminación, en cada tema y componente, provocada por la construcción de roles culturales, responsabilidades y expectativas fundados en diferencias no biológicas entre hombres y mujeres."
- De creación, mantenimiento de oportunidades y derechos y acceso a ellos para grupos específicos como la niñez, la juventud, la tercera edad y distintos grupos étnicos.
- De protección y avance hacia nuevos horizontes de la seguridad humana en aspectos de economía, alimentación, salud, ambiente y política, previniendo amenazas crónicas o repentinas, sociales o naturales, de que son sujeto o susceptibles las personas, los grupos y las comunidades.
- De largo plazo, buscando la garantía y mejoramiento de oportunidades intra, inter y transgeneracionales.
- De cultura, centrándose en los mecanismos con que la gente transforma su forma de vivir, de interrelacionarse y de apropiarse de su entorno.

"Para el caso costarricense, un proceso de desarrollo humano sostenible debe definirse y evaluarse interrelacionando cinco temas, con sus componentes y enfoques, los cuales no pueden ni deben ser estudiados como compartimentos. En los cinco temas, los componentes se conciben como aspiraciones máximas o mínimas, bajo las cuales no se podría postular la existencia de desarrollo." (p.5)

TEMAS	COMPONENTES	VARIABLES
I Equidad e Integración	<ul style="list-style-type: none"> ● Acceso a las oportunidades y a la calidad de vida 	<ul style="list-style-type: none"> ● Educación, capacitación, seguridad social, salud, saneamiento, alimentación, nutrición, vivienda; empleo, ingresos; servicios: tierra, agua, financiamiento, crédito, tecnología, información.
II Oportunidades de equidad y solvencia económica	<ul style="list-style-type: none"> ● Integración de áreas geográficas, sectores o grupos de población ● Nuevas oportunidades para el abastecimiento de bienes y servicios a la población 	<ul style="list-style-type: none"> ● Participación regional, grupos socialmente excluidos, derechos de grupos específicos. ● Transformación productiva, solvencia económica, calidad, competitividad, crédito e inversión, democracia e integración económica, incorporación de la mujer y organización del trabajo doméstico.
III Armonía con la naturaleza	<ul style="list-style-type: none"> ● Funcionamiento de los sistemas de soporte de la vida ● Generación de un patrón moderado de consumo de bienes y servicios 	<ul style="list-style-type: none"> ● Estabilidad y solvencia macroeconómica ● Disponibilidad de recursos naturales: alimentarios, energéticos, de protección, de recreación y culturales, riesgos.
IV Democracia participativa y gobernabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Ampliación y profundización de la democracia ● Estado concertador y estratégico 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tecnologías limpias, manejo de desechos, contaminación, consumo. ● Satisfacción de expectativas, gobernabilidad, descentralización (gobiernos locales), libertades civiles (participación, información, grupos marginados).
V Relaciones primarias, relaciones sociales y valores	<ul style="list-style-type: none"> ● Valores fundamentales y relaciones humanas ● Necesidades y derechos básicos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Legitimidad institucional, corrupción, justicia fiscal, servicios y procesos: educación, salud, seguridad, ordenamiento territorial, vivienda, recreación y cultura. ● Identidad y autoestima, creatividad, cooperación y concertación, solidaridad y altruismo. ● Estado de derecho y seguridad ciudadana, seguridad humana, capacidad ante nuevos riesgos, satisfacción de necesidades, entorno y relaciones sociales, tiempo libre y vida familiar.

CUADRO RESUMEN

COMPONENTES	CARACTERÍSTICAS	ESTRATEGIAS
<ul style="list-style-type: none"> ● Políticas Públicas ● Legislación ● Técnico 	<ul style="list-style-type: none"> ● Potencialidades y destrezas ● Participación comunitaria ● Desarrollo humano ● Calidad de vida ● Promoción de la salud ● Interdisciplinaridad ● Interinstitucional ● Intersectorial ● Descentralización ● Horizontalidad ● Sostenibilidad o continuidad ● Cogestión 	<ul style="list-style-type: none"> ● Participación ciudadana ● Comportamientos y estilos de vida ● Desarrollo sostenible ● Comunicación social y familiar ● Educación y formación ● Capacitación ● Información ● Investigación ● Tx y Rehabilitación ● Movilización de recursos ● Producción, tráfico y consumo

ANÁLISIS GRUPAL DEL DOCUMENTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA BASE CONCEPTUAL DE LA PREVENCIÓN INTEGRAL. GUÍAS #4.

Con el fin de retroalimentar el documento presentado anteriormente se trabajó en grupos por institución con la guía #4.

GUIA #4

CONCEPTUALIZANDO EN TORNO A LA PREVENCION INTEGRAL

- 1.- Conformación de cuatro grupos heterogéneos (gafetes del mismo color)

Grupo No.1	Antecedentes
Grupo No.2	Fundamentos teóricos

Grupo No.3	Antecedentes y
Grupo No.4	Estrategias

- 2.- Nombrar relator en cada uno de los grupos.
- 3.- Analice la parte del documento asignado a su grupo tomando, además como insumo los conceptos elaborados en el trabajo grupal.
- 4.- Señale fortalezas y debilidades del documento.
- 5.- Exposición en plenaria de los aportes de cada grupo (tiempo de exposición por grupo 10').

Refrigerio de 2:30 - 3:00 p.m.

Exposiciones grupales 3:00- 4:30 p.m.

Instituto Tecnológico de Costa Rica

- I. Dimensiones conceptuales que orientan la Prevención Integral.
- II. Estrategias de acción.
- III. Acciones concretas por implementar.

Se parte de elementos de las corrientes conceptuales enunciadas.

Consideramos:

- I.
 - Desarrollo humano
 - Educación como proceso de reflexión-acción, crítico y liberador.
 - Calidad de vida para trascender condiciones naturales y psicosociales. Recreación, trabajo, salud general, alimentación, etc.
 - Equidad entre razón, género, grupos, clases, etc.
- II.
 - Participación comunitaria.
 - Trabajo conjunto.
 - Incursionar en los diferentes niveles de acción y decisión institucional.
 - Divulgación e información de servicios.
 - Participación en la construcción de los procesos educativos.
 - Definición de políticas institucionales que permitan la Prevención Integral.
 - Romper la estructura de escisión entre academia y salud y bienestar.
 - Romper modelos de educación tradicional a través de la identificación de la cultura académica institucional.
- III.
 - Acciones más "intrusivas" de la VIESA (asistir a reuniones, consejos de departamento, cursos concretos, asociaciones estudiantiles y otros).
 - Conocer las necesidades de la comunidad institucional y partir de esto para el trabajo.
 - Elaborar conjuntamente acciones y proyectos de trabajo que respondan a las expectativas de los diferentes grupos.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Asumimos el enfoque interactivo para el abordaje del fenómeno socio-cultural de la droga, en donde la relación entre el sujeto y objeto de intervención es de doble vía.

Los paradigmas que sustentarían nuestra posición serían:

- el constructivista
- el cognitivo
- el humanista

Dentro de este enfoque se desarrollan los aspectos íntimamente correlacionados con la Prevención Integral.

Educación-comunicación-participación-concepto de hombre.

Estrategias

- Participación
- Comunicación
- Investigación

Acciones

Acciones dirigidas:

- Abrir espacios de análisis y reflexión.
- Relaciones horizontales.
- Capacitación.

Conclusión

En el quehacer diario del IAFA, nos falta consolidar las bases teóricas que orientan la praxis y los rumbos a seguir, donde queden claros los paradigmas que sustentan la conceptualización del fenómeno droga.

Universidad Nacional

Dependiendo de los cambios de autoridad siempre se ha hablado de política y lineamientos sobre Atención Integral..

En la Universidad Nacional se han realizado esfuerzos por evaluar, analizar y unir criterios a través de un análisis basado en un enfoque de planeamiento estratégico.

En la Vicerrectoría de Vida Estudiantil, se han definido políticas y lineamientos de atención integral. Pero es hasta ahora en que se están unificando criterios que nos acercan a un modelo de análisis sistémico, donde se visualiza la necesidad de realizar acciones con el individuo, la familia, el entorno y los grupos de apoyo.

Este enfoque nos permite ver al individuo en su entorno, no aislado, con potencialidades para promover cambios partiendo de situaciones presentes.

Estrategias

- Unificación de criterios conceptuales y de acción en los diferentes sectores (docente, administrativo, estudiantil).
- Romper paradigmas (resistencia) buena comunicación.
- Investigación.

Acciones

Realizar diagnósticos acerca de las necesidades de los estudiantes, lo que nos conlleva a realizar programas y proyectos.

Universidad de Costa Rica

Dimensiones conceptuales

Sociedad y ser humano:

- a) Calidad de vida
- b) Desarrollo humano
- c) Proceso educativo
- d) Raíces culturales de cada pueblo
- e) Educación

Estrategias

- Conformación de un equipo interdisciplinario (económico, social, político, cultural).
- Participación de los actores.
- Generación de procesos formativos-participativos (horizontalidad).

Acciones

1. Abrir espacios para la construcción del concepto.
2. Contagiar.
3. Compromiso individual y grupal de los actores.
4. Cambiar hábitos y actitudes.

Universidad Estatal a Distancia

Nos hemos basado en el concepto del Círculo del Bienestar Integral.

- Prioridad de la formación sobre la información.
- Responsabilidad de las personas y el compromiso consigo mismas.
- Se deben fortalecer valores, actitudes y comportamientos que favorezcan la calidad de vida.

Las dimensiones conceptuales en que se enmarca el estudiante de la UNED, difieren en su sistema metodológico y de visión del mundo, lo anterior, por cuanto esta Universidad atiende una población heterogénea que es distinta de los centros presenciales convencionales.

En este contexto la UNED ubica su ámbito de atención en los más diversos estratos de la sociedad costarricense de donde emergen diversas particularidades que la sitúan estratégicamente en la atención de esa población estudiantil, que podría llamarse relegada de los otros centros educativos.

Así la UNED de manera particular atiende estos grupos:

- Amas de casa.
- Personas con edad promedio de 30 años.
- Desertores de otras universidades.
- Trabajadores de los diferentes sectores productivos (agricultura, industria, comercio, profesionales, y otros).
- Por razones geográficas.
- Privadas y privados de libertad.
- Sexo femenino.
- Madres solteras, separadas, jefe de familia.
- Compartimiento de actividades productivas, educativas y familiar.

Estrategias

Estas se logran a través del planteamiento de actividades desenfocadas que podrían permitir planteamientos concretos en la praxis deportiva, académica, cultural, espiritual, de salud, apoyo socioeconómico y otros.

Acciones

1. Talleres de orientación con temáticas relacionadas con la salud mental: autoestima, comunicación asertiva, autoconocimiento.

2. Fortalecer el área deportiva por medio de: torneos interuniversitarios, formación de grupos deportivos.
3. Fortalecer el área cultural por medio de: coro, danza, grupos de teatro.
4. Promover ferias de salud en los centros universitarios.
5. Creación de videos sobre la temática de las drogas que sirva de apoyo en los talleres de orientación y en los cursos académicos.
6. Promover seminarios o proyectos de graduación sobre la Prevención Integral.
7. Determinar dentro del campo de las drogas y la Prevención Integral un área a investigar.
8. Que por medio de la investigación se establezcan puntos de referencia y dirección en la Prevención Integral dentro de la UNED.

RESUMEN DE RELATORÍA #2.

(Segundo día)

FECHA: 30 de noviembre de 1995

HORA: 8:00 a.m. a 12:00 m.

PRESENTACIÓN:

- Palabras de Giselle Amador para presentar a la Dra. María Paula Rivera de la Universidad Interamericana de Puerto Rico.

1.- Síntesis del día anterior presentada por Vera Barahona de la Comisión de Relatoría.

2.- Exposición de la Comisión de Evaluación presentada por Federico Bonilla.

Los resultados de la evaluación fueron bastante positivos 4.70 promedio en una escala de 1 a 5 para las actividades del día 29-11-95.

3.- La Dra. María Paula Rivera de la Universidad de Interamericana de Puerto Rico se refiere al Instituto de Prevención de Drogas, Alcohol y SIDA (IPDAS), instituto que se inició para prevención en drogas y alcohol, y que ahora también atiende SIDA y Violencia Familiar y finaliza diciendo que más que información lo útil es la formación.

4.- Leda Martínez hace una explicación metodológica del trabajo del día.

- Se trabaja en subgrupos con la guía No.2: "Lo que somos y nuestras expectativas".
- Los subgrupos se ubican por sus valores de tarjeta de identificación y se autonombbran como:

- a.- Los Morados
- b.- Clave Sol (amarillo)
- c.- Sol (rojo)
- d.- Las hormigas azules

Los morados:

Tienen como característica común la sensibilidad social para luchar permanentemente por la Prevención Integral. Su creatividad rescata esta frase: compañía de uno, compañía de ninguno; compañía de dos, compañía de Dios; compañía de tres, es.

Clave sol:

Se definen como perfectibles, nunca acabados. Su creatividad rescata esta frase: trate de ser feliz con lo que tienes: vive la vida intensamente, luchando lo conseguirás.

Sol:

Los caracteriza el ser dinámicos y el estar deseosos de aprender su creatividad expresa: somos el sol que pretende con su energía mejorar la calidad de vida propia y la de los demás.

Las hormigas azules:

Destacan la necesidad de ver al ser humano como biopsicosocial y ven en las hormigas (su creatividad) ejemplo de trabajo de grupo y comunicación.

Todos los grupos trabajan concepto de ser humano, desarrollo humano, calidad de vida y salud integral.

En esta mañana también se trabaja por Universidad o Instituciones la Gufa No.3: Potencialidades, problemas y factores que los favorecen o impiden su aparición.

RESULTADOS:

Es común a todos los grupos lo siguiente:

Potencialidades:

Todas las instituciones coinciden en que el recurso humano es la mayor potencialidad.

También lo es la cobertura nacional para el caso de la UNED gracias a su R.H.

Ser pioneros (I.A.F.A.).

Factores que favorecen:

Interdisciplinariedad, potencialidades y especialización del R.H.

Factores que impiden:

Mercantilismo y políticas de las instituciones en lo administrativo (feudos)

Problemas:

- Apatía y falta de compromiso.
- Aislamiento departamental

Factores que favorecen:

- Falta homogeneidad en el marco teórico.
- Problemas de comunicación.
- El modelo administrativo de cada centro (que también refleja el modelo nacional).

Factores que impiden:

- Clarificación del abordaje del fenómeno de la droga.
- Ver al funcionario como ser humano.

Se anotan las diferencias de acción y recursos entre Universidades Estatales y Privadas y entre las universidades de diferentes países (Costa Rica, Colombia, Puerto Rico).

Se considera de interés analizar si el trabajo tiene como fin el desarrollo integral de las comunidades educativas y la comunidad en general, considerando las realidades de cada país.

Se analiza el concepto de Educación como espacio para crear y recrear conocimientos.

TARDE: 30-11-95

Se hace exposición del documento Prevención Integral: apuntes, referencia para la construcción de una base conceptual y estrategia, elaborado por: Nelson Ayala, Antonio Fornaguera, Leda Martínez, Teresita Arrieta, Vera Barahona y Zulay Calvo.

Se discute sobre:

a.- El concepto de Prevención Integral y su importancia para proponer acciones concretas.

b.- La conveniencia o no de dar a conocer los resultados de los estudios del I.A.F.A. a la comunidad educativa en cada universidad: ¿conviene directamente a las universidades dar a conocerlos?. ¿Estarán de acuerdo las autoridades? A raíz de esto se presentan posiciones antagónicas, pues algunos opinan que deben darse a conocer y otros que no.

c.- La importancia de explicar el concepto de sociedad, pues no es explícito en el documento.

d.- La importancia de dismitificar el que la sociedad es homogénea. Esto debe develarse, dismitificarse pero con cuidado, estratégicamente.

Para finalizar se rescatan las siguientes ideas:

- Se pretende ser pioneros en la prevención integral.
- Los agentes de cambio deben creer en lo que hacen y reflejarlo para que los planteamientos sean creíbles.
- Debe haber compromiso personal y profesional con el trabajo que se desarrolle.

Hora: 2:40 p.m. 4:30 p.m. trabajo por grupos guía No.4: Conceptualización en torno a la prevención integral.

Se divide el grupo por Universidades.

Lo común a las instituciones es:

- Reconocer que no hay teorías acabadas y que la prevención integral es un proceso en construcción.
- Muchas disciplinas deben contribuir en este proceso.
- Debe abordarse este concepto epistemológicamente.
- Realizar trabajos interdisciplinarios con la mayor participación de disciplinas que sea posible.
- Estrategias de acción.

Finalmente se enfatiza el que las Universidades no deben caer en un "activismo".

CONFERENCIA: LA PREVENCIÓN INTEGRAL, UN CONCEPTO EN CONSTRUCCIÓN.

Exposición del Dr. Henry Alejo Alejo, Asesor del Taller, quien coordinó el programa de Prevención Integral en la Universidad Nacional en Colombia.

**INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA
UNIVERSIDADES ESTATALES**

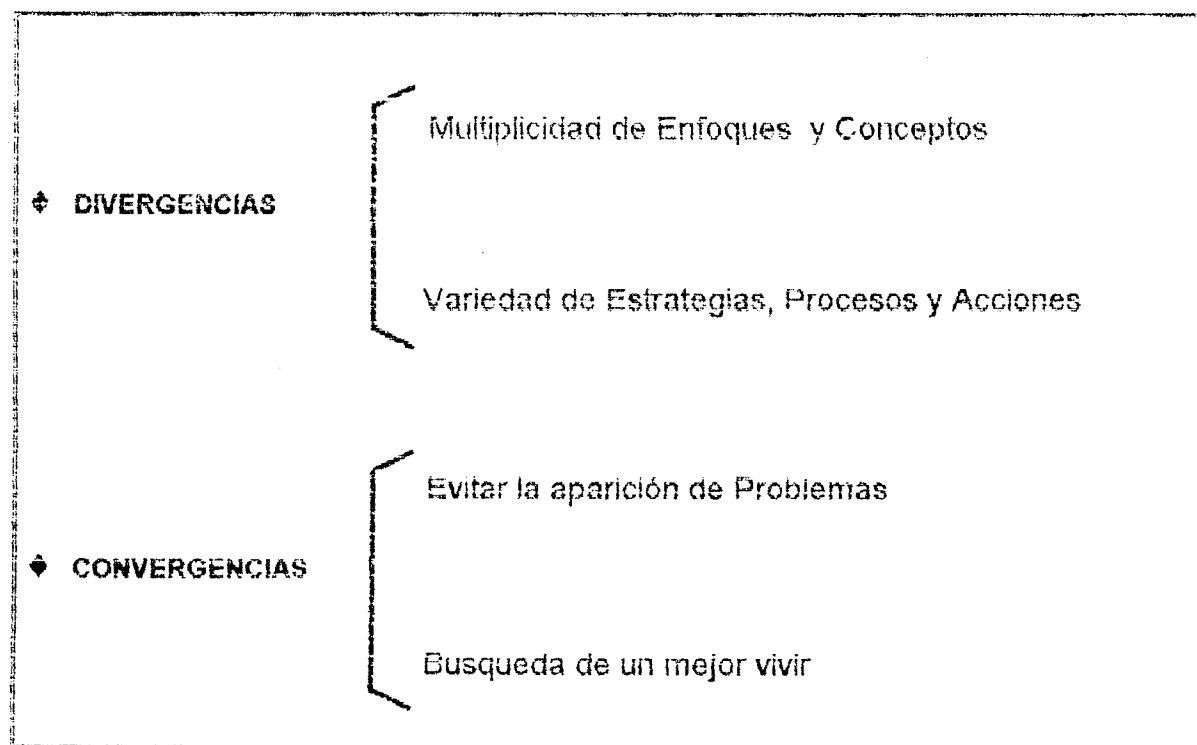
**SEMINARIO-TALLER SOBRE PREVENCIÓN INTEGRAL
DEL FENÓMENO SOCIO-CULTURAL DE LA DROGA**

**PREVENCIÓN INTEGRAL
UN CONCEPTO EN CONSTRUCCIÓN**

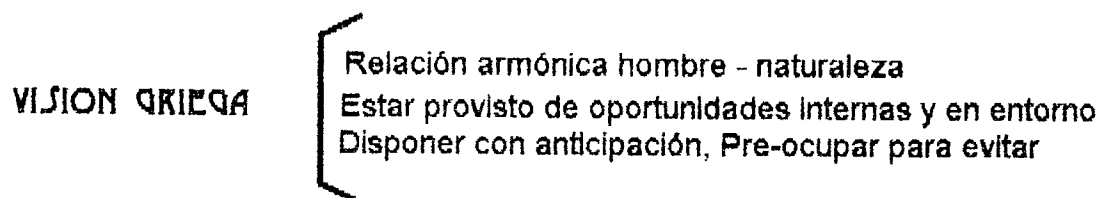
Henry Alejo Alejo

SAN JOSÉ-COSTA RICA

DIMENSION CONCEPTUAL DE LA PREVENCIÓN
Concepto - Problemas - Tipos de Respuesta y Campos de Actuación

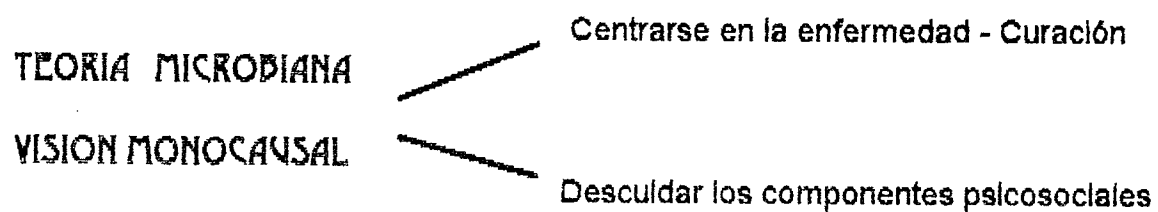
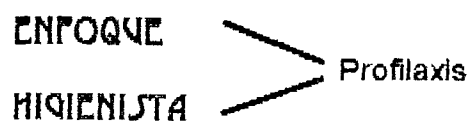


LA PREVENCIÓN A LA LUZ DE LA HISTORIA



⇒ Causas Específicas

⇒ Causas Generales - Interacción de Factores Causales y Sinergia



⇒ **MODELO MEDICO - SANITARIO**

- Historia Natural de la Enfermedad sirve de marco de referencia para orientar las acciones de prevención.
- Desarrolla una visión centrada en los aspectos biológicos
- Se definen los niveles de prevención, sus objetivos y campos de acción.
- Se centra en la etiopatogenia de los problemas de salud soslayando, la consideración del contexto ambiental y social.

⇒ **MODELO DE SALUD PUBLICA**

- Es una variación del Modelo Médico Sanitario - Pretende incluir además de los factores biológicos los factores sociales

⇒ **MODELOS DE APRENDIZAJE**

- Enfatiza en los factores externos al individuo y su incidencia en la Conducta
- La importancia del mantenimiento y modificación de los patrones de comportamiento en relación con la Salud - Estilos de vida saludables.
- Cuestiona el Modelo Médico Sanitario y hace énfasis en la prevención específica.

⇒ **MOVIMIENTOS HIJENE MENTAL**

- Cuestiona el Modelo Médico Sanitario resaltando su fracaso en el desarrollo de acciones preventivas, el fomento de la concepción individualista y su centración en el tratamiento.
- Resalta la importancia de la **participación** de la comunidad en la elaboración, desarrollo y evaluación de los programas de salud.

PRINCIPALES ENFOQUES EN EL CAMPO DE LA PREVENCIÓN Y SUS LIMITACIONES EN LOS CAMPOS DE ACTUACIÓN

- ◆ El concepto de prevención debe limitarse a la **prevención primaria**.
- ⇒ Exclusión de poblaciones que se encuentran en una fase inicial del problema o ya lo han desarrollado - se pierde de vista la interacción de los niveles de prevención.
- ◆ **Las acciones de prevención debe ser específicas.**
- ⇒ Se pierde de vista la interacción de los problemas, de los factores de riesgo y de los factores protectores. Se traducen en acciones puntuales de baja cobertura.
- ◆ Toda acción que se dirija al **mejoramiento de las condiciones de vida** puede ser considerada como prevención.
- ◆ La prevención debe basarse en modelos holísticos y acciones sinérgicas.
- ⇒ **Dificultades en la evaluación de los planes y programas** de prevención y su impacto y por ende las limitaciones administrativas concernientes a la asignación de recursos.
- ◆ Todo proceso o acción dirigida hacia la prevención de un problema socialmente significativo debe partir del conocimiento de su **etiología** y no en suposiciones.
- ⇒ **La relación causa - efecto** es extremadamente cuestionable en el caso de los PSR, por sus múltiples dimensiones, manifestaciones y elevada complejidad. Se pierde de vista la importancia de la interacción e interdependencia de los factores implicados.
- ◆ La Prevención debe atender de manera fundamental a las **carencias, limitaciones y déficits** de los individuos y grupos poblacionales vulnerables. Dichas carencias constituyen Factores de Riesgo.
- ⇒ Se descuidan los factores protectores y el desarrollo de las **potencialidades del ser humano**.
- ⇒ Se fomenta las intervenciones que **niegan la importancia de la participación** y los procesos de autogestión comunitaria. Se respaldan las **intervenciones paternalistas**.

EN RELACION CON LA PREVENCION INTEGRAL DEBE TENERSE EN CUENTA QUE:

◆ La Prevención Integral se dirige a la búsqueda de cambios fundamentales en los sistemas sociales. El ejemplo más obvio de acción social para abastecer las necesidades socioculturales es el de influenciar el Sistema Educativo.

⇒ No se reduce al desarrollo de acciones puntuales - constituye un **Proceso que atiende las diversas manifestaciones y dimensiones de un problema** y su interrelación con otros.

◆ Prevención Integral y Formación Integral (fin último de la educación) abarcan la totalidad del desarrollo evolutivo del ser humano.

⇒ Se inician antes del nacimiento del niño y a nivel individual culmina con la muerte.

◆ Prevención Integral y Formación Integral (fin último del proceso educativo) tienen en común la búsqueda del bienestar y el desarrollo humano, el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades.

⇒ El Desarrollo pleno de las potencialidades del ser humano y el gozo de esa plenitud es la razón de ser de la existencia del hombre en la tierra.

◆ La información y la instrucción son elementos importantes de la prevención, pero ésta no se reduce a ella.

⇒ La información "mal manejada" explica el desarrollo de programas iatrogénicos

◆ El pilar Fundamental de toda política, proceso y acción preventiva integral es la Educación.

⇒ El desarrollo de la Imaginación, la creatividad, la interiorización de las normas sociales, la crítica, la autonomía, el respeto por el otro . . . el desarrollo del conocimiento

◆ La Participación es un elemento sustancial en todo proyecto de prevención Integral.

⇒ El proceso de participación es en esencia de naturaleza educativa en tanto ella despierta y mantiene el deseo de autotransformarse, el individuo mantiene el individuo mantiene el deseo de autotransformarse.

PARTICIPAR — TOMAR PARTE EN

La elaboración del Programa
El desarrollo de sus procesos
Su evaluación

Proceso



Crea en los individuos un sentido de Responsabilidad
Construcción Colectiva
Capacidad de actuar cosciente y constructivamente

INTERRELACION DE CONCEPTO EN TORNO A LA PREVENCIÓN INTEGRAL

PROMOCION DE LA SALUD

Carta de Ottawa → Consiste en Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer control sobre ella

- ⇒ Individuo y Comunidad deben estar en capacidad de
- Identificar y realizar sus aspiraciones
 - Satisfacer sus necesidades
 - Transformar su entorno

⇒ **Los prerrequisitos para la salud**

- La Paz
- La Educación
- La Vivienda
- La Alimentación
- La Renta
- Un Ecosistema Estable
- La Justicia Social Y la Equidad

ECOLOGIA HUMANA

El hombre es parte de la naturaleza y no escapa a la interdependencia con ella.

Visión basada en la T. G. S. → En la naturaleza la causalidad es sistémica y no lineal. La naturaleza es finita y a la vez lo múltiple y lo único. El "Desarrollo" en la mayoría de los casos es el eufemismo con el que se designa la explotación irracional del ambiente.

◆ El *Desarrollo Económico* no necesariamente se traduce en *Desarrollo Humano*.

◆ Las necesidades humanas fundamentales son el conjunto de condiciones de carencia claramente identificadas y de validez universal, inherentes a la naturaleza del hombre y para cuya resolución éste tiene potencialidades.

◆ Las condiciones para alcanzar el desarrollo humano suponen:

- La existencia de Recursos para la satisfacción de necesidades
- El acceso a esos recursos

DESARROLLO HUMANO Y CALIDAD DE VIDA

LA CALIDAD DE VIDA se refiere a la de la satisfacción de las necesidades humanas y esta noción, está enmarcada dentro de una dimensión más amplia denominada **DESARROLLO HUMANO** que en últimas es la que define lo que un sistema valora y está dispuesto a apoyar.

⇒ INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA

- Empleo, Desempleo y Subempleo
- Salario
- Gasto Público
- Precios de los Alimentos
- Acceso a los Servicios de Salud
- Tasas de natalidad y Fecundidad
- Ingreso Per cápita
- Educación
- Agua Potable

SATISFACTORES SINGULARES	NECESIDAD QUE SATISFACE
1. Programa de suministro de alimentos	Subsistencia
2. Medicina Curativa	Subsistencia
3. Voto	Participación
4. Regalos	Afecto
5. Sistemas de Seguros	Protección

SATISFACTORES VIOLADORES	NECESIDAD QUE PRETENDE SATISFACER	NECESIDADES CUYA SATISFACCION IMPOSIBILITA
ARMAMENTISMO	PROTECCION	SUBSISTENCIA, AFECTO, PARTICIPACION, LIBERTAD
AUTORITARISMO	PROTECCION	AFECTO, ENTENDIMIENTO, PARTICIPACIÓN, CREACIÓN Y LIBERTAD.

PSEUDOSATISFACTORES	NECESIDAD QUE APARENTA SATISFACER
1. PROSTITUCION	AFECTO
2. LIMOSNA	SUBSISTENCIA
3. MEDICINA MECANICISTA	PROTECCION
4. MODAS	IDENTIDAD
4. ESTEREOTIPOS	ENTENDIMIENTO

SATISFACTOR INHIBIDOR	NECESIDAD	NECESIDADES CUYA SATISFACCION SE INHIBE
1. PATERNALISMO	PROTECCION	PARTICIPACION ENTENDIMIENTO LIBERTAD IDENTIDAD
2. PRODUCCION TAYLORISTA	SUBSISTENCIA	PARTICIPACION CREATIVIDAD LIBERTAD IDENTIDAD
3. AULA AUTORITARIA	ENTENDIMIENTO	PARTICIPACION CREATIVIDAD LIBERTAD IDENTIDAD
4. PERMISIVIDAD ILIMITADA	LIBERTAD	PROTECCION AFECTO IDENTIDAD PARTICIPACION

SATISFACTOR SINERGICO	NECESIDAD	NECESIDADES SATIFECHAS
1. EDUCACION POPULAR	ENTENDIMIENTO	PROTECCION PARTICIPACION CREACION IDENTIDAD Y LIBERTAD
2. ORG. COMUNITARIA	PARTICIPACION	PROTECCION AFECTO OCIO CREATIVIDAD IDENTIDAD Y LIBERTAD
3. TELEVISION CULTURAL	OCIO	ENTENDIMIENTO
4. DEMOCRACIA DIRECTA	PARTICIPACION	PROTECCION, ENTENDIMIENTO IDENTIDAD Y LIBERTAD

EN RELACION CON LA PREVENCION INTEGRAL DEBE TENERSE EN CUENTA QUE:

◆ La Prevención Integral se dirige a la búsqueda de cambios fundamentales en los sistemas sociales. El ejemplo más obvio de acción social para abastecer las necesidades socioculturales es el de influenciar el Sistema Educativo.

⇒ No se reduce al desarrollo de acciones puntuales - constituye un **Proceso que atiende las diversas manifestaciones y dimensiones de un problema** y su interrelación con otros.

◆ Prevención Integral y Formación Integral (fin último de la educación) abarcan la totalidad del desarrollo evolutivo del ser humano.

⇒ Se inician antes del nacimiento del niño y a nivel individual culmina con la muerte.

◆ Prevención Integral y Formación Integral (fin último del proceso educativo) tienen en común la búsqueda del bienestar y el desarrollo humano, el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades.

⇒ El Desarrollo pleno de las potencialidades del ser humano y el gozo de esa plenitud es la razón de ser de la existencia del hombre en la tierra.

◆ La información y la instrucción son elementos importantes de la prevención, pero ésta no se reduce a ella.

⇒ La información "mal manejada" explica el desarrollo de programas iatrogénicos

◆ El pilar Fundamental de toda política, proceso y acción preventiva integral es la Educación.

⇒ El desarrollo de la Imaginación, la creatividad, la interiorización de las normas sociales, la crítica, la autonomía, el respeto por el otro . . . el desarrollo del conocimiento

◆ La Participación es un elemento sustancial en todo proyecto de prevención integral.

⇒ El proceso de participación es en esencia de naturaleza educativa en tanto ella despierta y mantiene el deseo de autotransformarse, el individuo mantiene el individuo mantiene el deseo de autotransformarse.

PARTICIPAR — TOMAR PARTE EN

La elaboración del Programa
El desarrollo de sus procesos
Su evaluación

Proceso → Crea en los individuos un sentido de Responsabilidad
Construcción Colectiva
Capacidad de actuar consciente y constructivamente

INTERRELACION DE CONCEPTO EN TORNO A LA PREVENCIÓN INTEGRAL

PROMOCION DE LA SALUD

Carta de Ottawa → Consiste en Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer control sobre ella

⇒ Individuo y Comunidad deben estar en capacidad de
Identificar y realizar sus aspiraciones
Satisfacer sus necesidades
Transformar su entorno

⇒ **Los prerrequisitos para la salud**

La Paz
La Educación
La Vivienda
La Alimentación
La Renta
Un Ecosistema Estable
La Justicia Social Y la Equidad

ECOLOGIA HUMANA

El hombre es parte de la naturaleza y no escapa a la interdependencia con ella.

Visión basada en la T. G. S. → En la naturaleza la causalidad es sistémica y no lineal. La naturaleza es finita y a la vez lo múltiple y lo único. El "Desarrollo" en la mayoría de los casos es el eufemismo con el que se designa la explotación irracional del ambiente.

◆ El *Desarrollo Económico* no necesariamente se traduce en *Desarrollo Humano*.

◆ Las necesidades humanas fundamentales son el conjunto de condiciones de carencia claramente identificadas y de validez universal, inherentes a la naturaleza del hombre y para cuya resolución éste tiene potencialidades.

◆ Las condiciones para alcanzar el desarrollo humano suponen:

- La existencia de Recursos para la satisfacción de necesidades
- El acceso a esos recursos

DESARROLLO HUMANO Y CALIDAD DE VIDA

LA CALIDAD DE VIDA se refiere a la de la satisfacción de las necesidades humanas y esta noción, está enmarcada dentro de una dimensión más amplia denominada **DESARROLLO HUMANO** que en últimas es la que define lo que un sistema valora y está dispuesto a apoyar.

⇒ INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA

- Empleo, Desempleo y Subempleo
- Salario
- Gasto Público
- Precios de los Alimentos
- Acceso a los Servicios de Salud
- Tasas de natalidad y Fecundidad
- Ingreso Per cápita
- Educación
- Agua Potable

SATISFACTORES SINGULARES	NECESIDAD QUE SATISFACE
1. Programa de suministro de alimentos	Subsistencia
2. Medicina Curativa	Subsistencia
3. Voto	Participación
4. Regalos	Afecto
5. Sistemas de Seguros	Protección

SATISFACTORES VIOLADORES	NECESIDAD QUE PRETENDE SATISFACER	NECESIDADES CUYA SATISFACCION IMPOSIBILITA
ARMAMENTISMO	PROTECCION	SUBSISTENCIA, AFECTO, PARTICIPACION, LIBERTAD
AUTORITARISMO	PROTECCION	AFECTO, ENTENDIMIENTO, PARTICIPACIÓN, CREACIÓN Y LIBERTAD.

PSEUDOSATISFACTORES	NECESIDAD QUE APARENTA SATISFACER
1. PROSTITUCION	AFECTO
2. LIMOSNA	SUBSISTENCIA
3. MEDICINA MECANICISTA	PROTECCION
4. MODAS	IDENTIDAD
4. ESTEREOTIPOS	ENTENDIMIENTO

SATISFACTOR INHIBIDOR	NECESIDAD	NECESIDADES CUYA SATISFACCION SE INHIBE
1. PATERNALISMO	PROTECCION	PARTICIPACION ENTENDIMIENTO LIBERTAD IDENTIDAD
2. PRODUCCION TAYLORISTA	SUBSISTENCIA	PARTICIPACION CREATIVIDAD LIBERTAD IDENTIDAD
3. AULA AUTORITARIA	ENTENDIMIENTO	PARTICIPACION CREATIVIDAD LIBERTAD IDENTIDAD
4. PERMISIVIDAD ILIMITADA	LIBERTAD	PROTECCION AFECTO IDENTIDAD PARTICIPACION

SATISFACTOR SINERGICO	NECESIDAD	NECESIDADES SATIFECHAS
1. EDUCACION POPULAR	ENTENDIMIENTO	PROTECCION PARTICIPACION CREACION IDENTIDAD Y LIBERTAD
2. ORG. COMUNITARIA	PARTICIPACION	PROTECCION AFECTO OCIO CREATIVIDAD IDENTIDAD Y LIBERTAD
3. TELEVISION CULTURAL	OCIO	ENTENDIMIENTO
4. DEMOCRACIA DIRECTA	PARTICIPACION	PROTECCION, ENTENDIMIENTO IDENTIDAD Y LIBERTAD

ASOCIACIÓN NACIONAL CONTRA EL TABACO

Lic. Carlos Luis Fernández Sandí, Asesor Legal del Consejo Nacional de Drogas y Miembro de la Asociación Nacional contra el Tabaco (ANACOTA).

Asociación presidida por el Dr. Gonzalo Vargas Chacón, recientemente galardonado por la OMS por ser modelos pioneros en la lucha contra el tabaco.

Esta Asociación celebra talleres, seminarios, concursos relacionados sobre el tema del tabaco y la salud dirigido a estudiantes de secundaria.

La Asociación no cuenta con recursos económicos de ahí que tiene que estar solicitando la colaboración de instituciones como el INS, IAFA, CCSS, OPS, Colegio de Médicos y de CONADRO entre otras.

CONSEJO NACIONAL DE DROGAS (CONADRO)

Lic. Carlos Luis Fernández

Tiene personería jurídica, adscrito al Ministerio de Justicia por Ley #7233, está presidido por la Licda. Mónica Blanco, Viceministra de Justicia.

Está conformada por el representante del Ministerio Público, el Director General del IAFA y los Viceministros de Salud, Seguridad, Gobernación, Educación, Trabajo y Justicia.

En cuanto a los bienes el Consejo adquiere temporalmente en carácter de depositario judicial, los bienes decomisados en las causas por infracción a esta Ley y de igual manera en forma definitiva si se ordenara el decomiso de dichos bienes, los podrá donar, usar o subastarlos.

En el artículo 38 de la Ley sobre Estupefacientes se mencionan las funciones del Consejo Nacional de Drogas que son las siguientes:

a) Establecer, para su adopción por el Gobierno de la República, un Plan Nacional Antidrogas, con base en los programas que las entidades públicas y privadas deban formular con la finalidad de fomentar la educación, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación de los enfermos y su reinserción en la sociedad. Y para reprimir la producción, el comercio y el uso de drogas que causen dependencia. Igualmente, el

Consejo propondrá medidas para la efectiva aplicación del Plan Nacional Antidrogas.

b) Conformar una comisión de asesores técnicos, que represente las diferentes áreas de atención al problema de las drogas para coadyuvar en el Plan Nacional Antidrogas.

c) Recomendar y colaborar con los organismos oficiales, de conformidad con el inciso anterior, en las campañas, y en las acciones específicas que cada uno de ellos deben formular.

ch) Coordinar la actividad de las entidades estatales y privadas que se ocupen de la educación, la prevención y de la investigación científica, relativas a las drogas que produzcan dependencia.

d) Supervisar la actividad policial de investigación en materia de las drogas mencionadas.

e) Administrar los fondos específicos a los que se refiere el artículo 37 de esta Ley, con sujeción a lo dispuesto en la Ley de la Administración Financiera de la República.

f) Autorizar recursos a organizaciones comunales, debidamente autorizadas, que se dediquen al trámite, rehabilitación y educación de las personas afectadas por el consumo de las drogas a que se refiere esta Ley.

g) Cualesquiera otras que se determinaran por ley o por reglamento.

El Consejo, conformó la Comisión Interinstitucional sobre Prevención Integral (CIPI), de acuerdo a la potestad que le da el artículo #48 de la Ley de Crear Comisiones de Políticas Preventivas.

El Consejo cuenta con los recursos asignados en los presupuestos ordinarios y extraordinarios de la República, así como donaciones internacionales recibidas y los recursos y asignaciones presupuestarias autorizadas por esta Ley.

COMISIONES INTERINSTITUCIONALES DE PREVENCIÓN INTEGRAL (CIPI)

Licda. Leda Martínez Quesada-IAFA.

Comisión Interinstitucional de Prevención Integral (CIPI), conformada por: Director Ejecutivo de la Comisión Nacional de Drogas, Ministerio de Educación Pública (Departamento de Orientación), Caja Costarricense de Seguro Social (Clínica de Atención Integral del Adolescente), IAFA, IMAS (recientemente incorporado), DINADECO (por la crisis actual se retiró de la Comisión).

Se cuenta con 15 comisiones regionales, 54 cantonales y 102 distritales.

Las regionales son: Guanacaste (Liberia-Nicoya), Upala, Puntarenas, San Ramón, Heredia, Alajuela, San José, Puriscal, Guápiles, Siquirres, Limón, Cartago, Turrialba, Pérez Zeledón, Coto.

Se comenta brevemente la experiencia desarrollada con dos asesores colombianos sobre familia o comunidad educativa.

ACCIONES CONJUNTAS INTERUNIVERSIDADES PARA 1996. GUÍA #5

Se realiza trabajo de grupos según los colores de las tarjetas de identificación, de acuerdo con guía #5.

COMPROMETÁMONOS. Guía #5.

OBJETIVO

Fortalecer la organización y el compromiso de la comunidad universitaria, mediante la construcción colectiva de una propuesta de trabajo en torno a la Prevención Integral.

ACTIVIDADES

1. Enumere los aspectos que han favorecido la ejecución de acciones en el fenómeno droga en su universidad.

2. Teniendo en cuenta la potencialidades y los problemas identificados en la guía de trabajo #3, formulamos en grupo nuestro proyecto.

2.1 ¿Qué vamos a hacer?

2.2. ¿Por qué lo vamos a hacer?

2.3 ¿Para qué?	2.4 ¿Cómo?	2.5 ¿Con quién?	2.6 ¿Con qué?	¿Cómo evaluar?

Exponen en el siguiente orden:

- Los azules
- Los amarillos
- Los rojos
- Los morados

Grupo los azules.

1.

ITCR

- Nivel de trabajo y entrega de un grupo de funcionarios de diferentes instancias institucionales.
- Interdisciplinariedad del grupo que favorece la acción.

UCR

- Misión desarrollo integral del estudiante.
- Contratación de personal interdisciplinario capacitado.
- Capacitación constante.
- Coordinación IAFA-UCR.
- Presencia en el Consejo Universitario de una persona identificada.

UNED

- Capacitación dada por el IAFA y en estos talleres.
- Motivación del personal.
- Coordinación en las comisiones IAFA-Universidades.
- Interdisciplinariedad del grupo de trabajo.

UNA

- Talleres que desarrollan el aspecto psicosocial: autoestima, vocación profesional y conocimiento de sí mismo.
- Disposición de funcionarios.
- Interdisciplinariedad.

2.

Consolidar y reorientar grupos de trabajo y sus marcos de referencia.

- Crear conciencia en las autoridades universitarias y a toda la comunidad universitaria.
- Ubicar experiencias académicas que estén enfocando el tema.
- Promover esfuerzos que aúnen los esfuerzos de las distintas universidades.
- Aunar esfuerzos universidades-IAFA.
- Promover convenios internacionales a través de CONARE. Hacer instancias de coordinación de instituciones internacionales con las nacionales.

2.2

Favorecer la redimensión de la investigación y la extensión del problema.

- Promocionar un plan de acción social hacia adentro

¿Por qué lo vamos hacer?

- Por una comunidad sana en varios aspectos: emocional, físico, espiritual, profesional.
- Por una mayor concordancia entre lo escrito, lo planteado y lo ejecutado: discurso vs práctica.

¿Para qué?	¿Cómo?	¿Con quién?	¿Con qué?	¿Cómo evaluar?
Desarrollo humano y mejorar la calidad de vida.	Investigación. Abriendo espacios de análisis, para construir y promover un concepto de Prevención Integral	Comunidad universitaria: estudiantes, administrativos, docentes, sindicatos, gobiernos estudiantiles, autoridades, otros grupos universitarios	-Grupos interdisciplinarios -Disposición de las autoridades. -Valentía y solidaridad.	-Permanente. -Informes trimestrales. -Comisión interna y representante ante Comisión IAFA-Universidad

Grupo los amarillo.

1. Aspectos que han favorecido la ejecución de acciones en el fenómeno droga en la universidad.

1.1 Se conoce el problema, aunque muchas veces no se tiene plena certeza de su gravedad. El problema se oculta.

1.2 Ha habido personas que en forma aislada han tomado conciencia del problema y han realizado acciones concretas para concientizar a otros. Apoyo institucional como tal no se ha tenido en ninguna de las universidades. Esto es un reflejo del ocultamiento nacional del fenómeno de la droga.

1.3 Ha habido preocupación en las distintas universidades en sus programas de bienestar estudiantil, salud y otros, quienes han iniciado un trabajo de hormiga para abordar el problema, sin apoyo institucional real.

1.4 El IAFA a partir de 1994, incluye en su plan de trabajo, el abordaje del problema de las drogas en las universidades; se propone el I taller IAFA-Universidades y se incluye en el Plan de CONADRO acciones de índole interuniversitaria.

1.5 Se empieza a plantear conceptualmente la prevención integral, en coordinación IAFA-Universidades.

1.6 El problema se ha abordado directamente denunciando o indirectamente con programas aislados.

2. Acciones

a) La falta de conciencia del problema en las universidades.

b) La falta de apoyo político y logístico por parte de las autoridades universitarias.

c) La participación aislada como "colaboración y buena voluntad" de aquellas personas (sean docentes, administrativos y estudiantes).

d) La falta de compromiso real de los tres actores: docentes, administrativos, estudiantes, quienes no se involucran realmente.

e) La poca injerencia de los programas de vida estudiantil en los planes curriculares, debido a la división entre docencia y bienestar estudiantil.

¿Qué vamos a hacer?

1. Área de investigación.

- **Apoyo a las tesis de grado.**
- **Proyectos propios de investigación: actitudes, diagnóstico de necesidades estudiantiles.**

2. Área de prevención.

- **Trabajar con el afecto: de actitudes afectivas.**
- **Crear modelos positivos de identificación: ídolos nacionales.**
- **Campañas, fiestas donde se puede uno divertir sin drogas: show de talentos, concurso de poesía, concurso de oratoria, concurso de afiches, actividades deportivas.**

3. Preparación de materiales didácticos.

- **Crear material propio y cercano a las necesidades de los jóvenes a su propia identidad nacional.**
- **Redes de apoyo a nivel afectivo: ponerle la cara de un amigo, un hermano, un hijo; para que movilice a nivel afectivo.**

4. Área de atracción.

Atraer a los estudiantes mediante:

- **Infraestructura de servicio.**
- **Talleres de capacitación de líderes, semana de la salud, talleres de creatividad, talleres de autoestima, talleres de estrés, talleres de sexualidad humana, día de la prevención.**
- **Involucrarlos en los programas de servicio: voluntariado.**
- **Trabajo concreto realizado a nivel estudiantil.**
- **Preparar a los estudiantes para que den información a los docentes: los capaciten y soliciten introducción de temas de prevención a nivel curricular.**

Qué	Para qué	Cómo	Con quién	Con qué	Cómo evaluar
<u>Investigación</u> Apoyo de tesis de grado. Investigación conjunta de necesidades estudiantiles.	- Para conocer el problema y su prevalencia. - Fortalecer la participación de las universidades mediante espacios de reflexión sobre la prevención del fenómeno social de la droga.	- Anteproyectos de investigación. - Ejecución. - Informe.	- Comisión de Investigación Interuniversitaria - Comisión IAFA-Universidades. - Estudiantes.	- Recurso material y humano de la universidad. - Recursos del IAFA.	- Resultado: Informe de investigación.
<u>Campaña de Prevención</u>	- Para informar formas y atraer.	- Creación de Comisión Organizadora. - Elaboración del Plan de trabajo. 1. Concurso de afiches. 2. Charlas de expertos. 3. Realización de panfletos 4. Actividades culturales y deportivas	- Comisión de campaña de prevención. - Comisión de CONARE. - Comisión IAFA-Universidades. - Estudiantes.	- Recurso material y humano de la universidad. - Recursos de CONARE. - Recursos de IAFA.	- De acuerdo a la consecución de los objetivos.

Grupo los rojos

1. Aspectos que favorecen las acciones:

- Las investigaciones realizadas por el IAFA en las universidades.
- Interés por el tema por las autoridades de las instancias promotoras de acciones.
- Recursos humanos interesados.
- Abordaje interdisciplinario.
- Coordinación y capacitación con el IAFA.
- Aumento en la demanda de atención por el consumo en las diversas instancias de Bienestar Estudiantil.

2. Potencialidades

- **Recurso humano interesado.**

Problemas identificados.

- **Falta voluntad política.**
- **Divorcio entre instancia.**
- **Presencia de reconocimiento de la Comisión y las acciones que realiza.**

2.1 ¿Qué vamos hacer?

- **Sensibilizar y propiciar conciencia en la institución (comunidad universitaria) de la realidad y la pertinencia de realizar acciones de la prevención integral.**
- **Integrarnos a las celebraciones internacionales y nacionales como: Semana de la salud mental, Semana seguridad vial, Día del NO fumado, SIDA, etc.**
- **Propiciar diagnósticos sobre los factores de riesgo psicosocial que propician la problemática en las universidades.**
- **Incorporar a las acciones de prevención a docentes, estudiantes y administrativos.**
- **No focalizar los problemas por separado, sino el analizar y visualizar los cambios del estudiante en el proceso educativo; establecer un enlace con cada facultad y departamento para esa visualización y sensibilización del proceso.**
- **Crear espacios de reflexión con otros compañeros intra y extra departamento para ir viviendo la construcción del concepto de prevención integral, así evitar las intervenciones aisladas.**

2.2 ¿Con qué lo vamos hacer?

Son acciones pertinentes a la atención integral del estudiante en las universidades.

2.3 ¿Para qué?

Para propiciar el mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo del estudiante.

2.4 ¿Cómo?

- **Creando estructuras organizativas formales e informales inter y extra universidades.**
- **Propiciar espacios de reflexión, capacitación y retroalimentación.**

2.5 ¿Con quién?

- Estudiantes de primer ingreso a las universidades, docentes y administrativos.
- Estudiantes de carrera donde sea factible.

2.6 ¿Con qué?

Recurso humano comprometido.

2.7 ¿Cómo evaluar?

- Se logre una sistematización permanente del proceso para ver los cambios.
- Que la Comisión IAFA-Universidades continúe dando seguimiento al avance y ejecución de las acciones programadas.

Grupo los morados.

I. Acciones que han favorecido la acción en prevención:

1. La disponibilidad y la voluntad individual, la sensibilidad social de la gente.
2. La explosividad de los problemas que cada vez se nos hace más patente.
3. La necesidad de intervenir ante el problema.
4. La labor educativa y de capacitación desarrollada por el IAFA entre las universidades.
5. La existencia de grupos interdisciplinarios que han permitido, aportes y una visión integral del fenómeno sociocultural de las drogas.
6. Tener una población determinada con la cual trabajar.

II. Aspectos que no han favorecido la ejecución.

1. Ha existido limitado compromiso hacia la prevención por parte de autoridades y bases, favorecido por falta de claridad conceptual, por aislamiento, activismo, caracterizado por: recargo de funciones, asistemáticos, individualistas.
2. Reconocer que hemos desarrollado acciones en diferentes campos sin que guíe la concepción, seguimiento y evaluación sobre prevención (atomización de acciones).

2.1 ¿Qué vamos hacer?

1. Propiciar cambios de mentalidad y actitud.
2. Concientizar de que la prevención es necesaria.

CONCLUSIONES, ACUERDOS Y COMPROMISOS

Con el fin de contar con acuerdos y compromisos que representen el sentir de la mayoría de los participantes se trabajó, por grupos interinstitucionales, los posibles acuerdos y compromisos de este taller.

Grupo los morados.

A nivel político proponemos:

- Desarrollar con las diferentes instancias institucionales un trabajo de convencimiento individual que garantice claridad sobre lo que se pretende y que la presentación de proyectos en los órganos formales sea de mera aprobación (labor de hormiga). Esta labor la asignamos como responsabilidad a la Comisión IAFA-Universidades y al CONADRO. Esta labor estratégica la valoramos como prioritaria en el trabajo de convencimiento institucional.
- Que la Comisión IAFA-Universidades y el CONADRO, estructuren un plan de trabajo conjunto, que pueda ser presentado al CONARE.
- Obtener compromisos claros y concretos que se plasmen en documentos y que los mismos se transmitan a otras instancias institucionales (Consejo Universitario, Consejo de Rectoría, Vicerrectores y Unidades Académicas).

A nivel conceptual-metodológico.

- Cada comisión institucional deberá estructurar un marco teórico-práctico, que permita un planteamiento coherente, claro y convincente, que permita concientizar sobre la necesidad de la prevención.

Este planteamiento deberá involucrar:

- a. Información conceptual recibida en este seminario.
- b. Los resultados de las investigaciones que hemos conocido y que permiten derivar acciones concretas.
- c. Las características propias de cada universidad, que en lo académico, administrativo, e investigativo, se constituyen en factores de riesgo para la comunidad institucional.

d. Incorporar aquellos nuevos elementos e investigaciones, que como nuevos aspectos pueden constituirse en factor de riesgo o contrariamente en potencialidades que permiten la prevención.

La incorporación de estos nuevos elementos deberá hacerse contemplando la evaluación permanente en términos de rescatar la investigación cualitativa y el impacto de nuestro trabajo.

e. Incorporar como principio en todas nuestras formas de trabajo la presencia y la participación de los distintos departamentos, carreras y grupos, de manera que impulsemos por medio de nuestro trabajo el concepto de Comunidad Educativa (operativizando este concepto). Incorporándolos en todas las instancias: planeamiento, ejecución y evaluación. Debemos posibilitar a nuestra comunidad vivir los procesos, promover otros modelos y no proseguir con el esquema de trabajo directivo, vertical, feudal.

¿Como evaluar?

- Evaluación como retroalimentación.
- Evaluación como permanente
- Evaluación como de impacto (cualitativo-cuantitativo)
- Evaluación como proceso educativo
- Evaluación como proceso participativo
- Proponemos una evaluación semestral, en donde participen todas las instancias que han desarrollado acciones

Hormigas azules.

Conclusiones:

1. El esfuerzo que hacemos vale la pena como proyección solidaria y como crecimiento individual.
2. Nuestro trabajo debe ser una actividad interdisciplinaria, interinstitucional y valiente.
3. En la medida que promovamos acciones encaminadas al desarrollo humano estamos previniendo el consumo de drogas y farmacodependencia.

Acuerdos:

1. Mantener viva la llama de la lucha y la esperanza.

2. Fortalecer aún más el trabajo interuniversitario-IAFA.
3. Diseñar una estrategia de "control" de acuerdos que funcione todo el año.
4. Cuidar de tener presente y usar los principios conceptuales que soportan hoy la prevención integral.

Compromisos:

1. Cumplir con los acuerdos del taller.
2. Adoptar una actitud de crítica y autocrítica.
3. Fortalecer y promocionar el trabajo coordinado inter-intra-universitario-IAFA.
4. Apoyarnos solidariamente en las acciones que desarrollemos en nuestras instituciones.
5. Denunciar ante quien corresponda sobre el incumplimiento de trabajo, oferta y apoyo gubernamental, institucional y de nuestros propios grupos de apoyo.

Grupo los amarillos

Compromiso:

1. Apoyo y seguimiento al trabajo en comisiones para el logro de las actividades propuestas.
2. Participación activa en el trabajo a realizar.

Conclusiones, acuerdos y compromiso:

- Importancia del trabajo interuniversitario e interdisciplinario.

Se acuerda:

- Realización de investigación conjunta.
- Realización de campaña preventiva interuniversitaria.

Grupo lo rojos.

Acuerdos y compromisos:

- Involucre además de los estudiantes a los docentes y administrativos.
- La necesidad de capacitación en procesos evaluativos de la prevención.
- Mantener la Comisión IAFA-Universidades.
- Al interno de cada universidad se avale y respalde la participación en la Comisión IAFA-Universidades.

- Oficializar la Comisión IAFA-Universidades por medio de CONARE.
- Que la Comisión de Vicerrectores y la Comisión de Salud (CONARE) se responsabilice de consolidar las comisiones al interno de cada universidad y realice las acciones necesarias para legitimar su carácter.

ACUERDOS Y COMPROMISOS FINALES.

- Desarrollar una labor estratégica de convencimiento individual con las diferentes instancias institucionales, que garantice claridad sobre lo que se pretende realizar por parte de las universidades en prevención integral. esta labor debe ser responsabilidad de la comisión IAFA-Universidades y de los funcionarios que asistieron al taller.
- Estructurar un trabajo conjunto de la comisión IAFA-Universidades y CONADRO, que pueda ser presentado al CONARE, con el fin de que se avale el trabajo de prevención en las universidades.
- Obtener compromisos claros y concretos que se plasmen en documentos y que los mismos se tramiten a instancias institucionales como Consejo Universitario, Consejo de rectoría, Vicerrectores y Unidades Académicas.
- Cada comisión institucional deberá estructurar un marco teórico- práctico, que permita concientizar sobre la necesidad de la Prevención Integral. Este planteamiento deberá incluir a- Información conceptual recibida en este seminario. b- los resultados de las investigaciones realizadas por el IAFA en las universidades c- Las características propias de cada universidad, que en lo académico, administrativo e investigativo, puedan constituir factores de riesgo para la comunidad institucional. A la vez se integrara un marco conceptual común a través de la comisión IAFA-Universidades.
- Incorporar aquellos nuevos elementos que por medio de evaluación permanente e investigación cualitativa, puedan identificarse como factores protectores o de riesgo y permitan realizar acciones de prevención.
- Incorporar, como principio, la participación de los diferentes estamentos universitarios, en la planeación ejecución y evaluación de acciones de prevención integral, con el fin de construir colectivamente los proyectos, rescatar el concepto de comunidad educativa y descartar el esquema de trabajo directivo, vertical y feudal.

- Evaluar participativa y permanentemente los proyectos en cuanto a proceso e impacto, que se presente en forma trimestral o semestral, con el fin de retroalimentar los mismos.
- Fortalecer el trabajo coordinado interdisciplinario, intrainstitucional, interuniversidades e interinstitucional I.A.F.A. - Universidades, con acciones dentro de cada institución, que incluya a las autoridades.
- Diseñar una estrategia de control de acuerdos, que permita el seguimiento de los mismos durante todo el año.
- Tener permanentemente presentes los principios conceptuales que sustentan la prevención integral con el fin de que orienten las estrategias en los proyectos que se presenten.
- Adoptar una actitud crítica y autocrítica y denunciar ante los organismos correspondientes el incumplimiento en el trabajo, en la oferta y apoyo gubernamental y de las autoridades universitarias.
- Apoyo y seguimiento del trabajo en comisiones para el logro de las actividades propuestas.
- Participación activa en el trabajo a realizar.
- Realización de una investigación y una campaña de prevención conjunta en las cuatro universidades.
- Fortalecer la capacitación en evaluación de proyectos y acciones de prevención integral.
- Plantear en la Comisión de Vicerrectores y la Comisión de Salud de CONARE, su responsabilidad en la consolidación de las comisiones al interno de cada universidad y realicen las acciones necesarias para legitimarlas.
- Institucionalizar la comisión IAFA-Universidades, por medio de los procedimientos legales pertinentes en instancias como CONARE Y CONADRO.
- Trabajar en lo curricular - académico y administrativo, buscando espacios de acción para que se incorpore la prevención integral.
- La comisión I.A.F.A. - Universidades, presentará a la Comisión de rectores en CONARE, el Proyecto interuniversidades, para que lo avalen y lo eleven a

CONADRO. Paralelamente CONADRO solicitará a CONARE que presente un plan con el fin de cumplir con las metas que corresponden a las universidades dentro del PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN INTEGRAL DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS.

RESUMEN DE RELATORÍA #3

Fecha: 1 de diciembre de 1995.

Presentación: Giselle Amador, hace la presentación de dos representantes del Ministerio de Educación Pública (MEP), el Lic. Rafael Ángel Guevara y la Licda. Patricia Méndez del Departamento de Orientación y de la Licda. Vilma Contreras, Asesora de la Presidencia Ejecutiva y representante del IMAS ante CIPI.

Federico Bonilla, representante de la Comisión de Evaluación expone los resultados de la evaluación del día 30 de noviembre. Sólo fueron devueltos el 72% de los cuestionarios entregados.

Giselle Amador, hace algunas adecuaciones al programa para las exposiciones que se van a dar en la mañana.

El Dr. Henry Alejo, Consultor, expone sobre "La Prevención Integral, un Concepto en Construcción".

El Lic. Carlos Luis Fernández Sandí, Asesor Legal del CONADRO expone sobre: "La Asociación Nacional contra el Tabaco (ANACOTA) y la Comisión Nacional de Drogas (CONADRO)".

La Licda. Leda Martínez (IAFA) expone sobre: "La Comisión Interinstitucional de Prevención Integral".

Se trabaja en subgrupos con la guía #5 "Comprometámonos" para realizar acciones conjuntas interuniversidades-IAFA para 1996.

Continuando con el programa los grupos exponen las acciones propuestas para el trabajo interinstitucional.

Finalmente cada uno expone sus conclusiones, acuerdos y compromisos para ser avalados o no por el grupo total.

ANEXOS

Anexo #1

Comisión de relatoría

Leda Martínez	(IAFA)
Vera Barahona	(IAFA)
Marvin Chavarría	(UNED)
Nidia Herrera	(UNED)
Marvin Sánchez	(UNA)
Sonia Chinchilla	(UTCR)
Alicia Sequeira	(UCR)

Comisión de evaluación

Federico Bonilla	(IAFA)
Florizul Aguilar	(IAFA)
Luis A. Ramírez	(UNED)
Ligia Arguedas	(UNED)
David Pérez	(ITCR)
Marta E. Vargas	(ITCR)
Yolanda Benavides	(UNA)
Rosemary Jara	(UCR)

ANEXO #2

EVALUACIÓN (29-11-95)

Resultados de la Evaluación del primer día de trabajo: (ver anexo #1, instrumento de evaluación aplicado).

La evaluación fue realizada por muestreo, aplicando en este día 15 instrumentos a los participantes con identificación morada y roja, bajo criterio aleatorio, considerando el total de los 60 participantes y distribuyendo su participación evaluativa durante los tres días. De los 15 instrumentos aplicados fueron entregados 12, sus resultados son los siguientes: recogidos el 80%.

1. APOYO LOGÍSTICO

a- Alimentación	4.75
b- Materiales impresos	4.50
c- Apoyo audiovisual, cumplimiento de horarios	4.25

2. ORGANIZACIÓN METODOLÓGICA

a- Cumplimiento del programa	4.64
b- Orden temático, pertinencia de los temas	4.73
c- Técnicas de trabajo	3.82
d- Participación de los asistentes	3.55

1. LOGROS

- a- Mayor información sobre los proyectos en las universidades y su compromisos.
- b- Conocer la labor en América Latina.
- c- Conocer sobre el tema de las drogas en universidades y a nivel nacional.

2. OBSERVACIONES

- a- Trabajo positivo, pertinente y actual.
- b- Concientizar sobre el tema.

3. SUGERENCIAS

- a- Exposiciones más dinámicas.
- b- Trabajos participativos para la tarde.

ANEXO #3

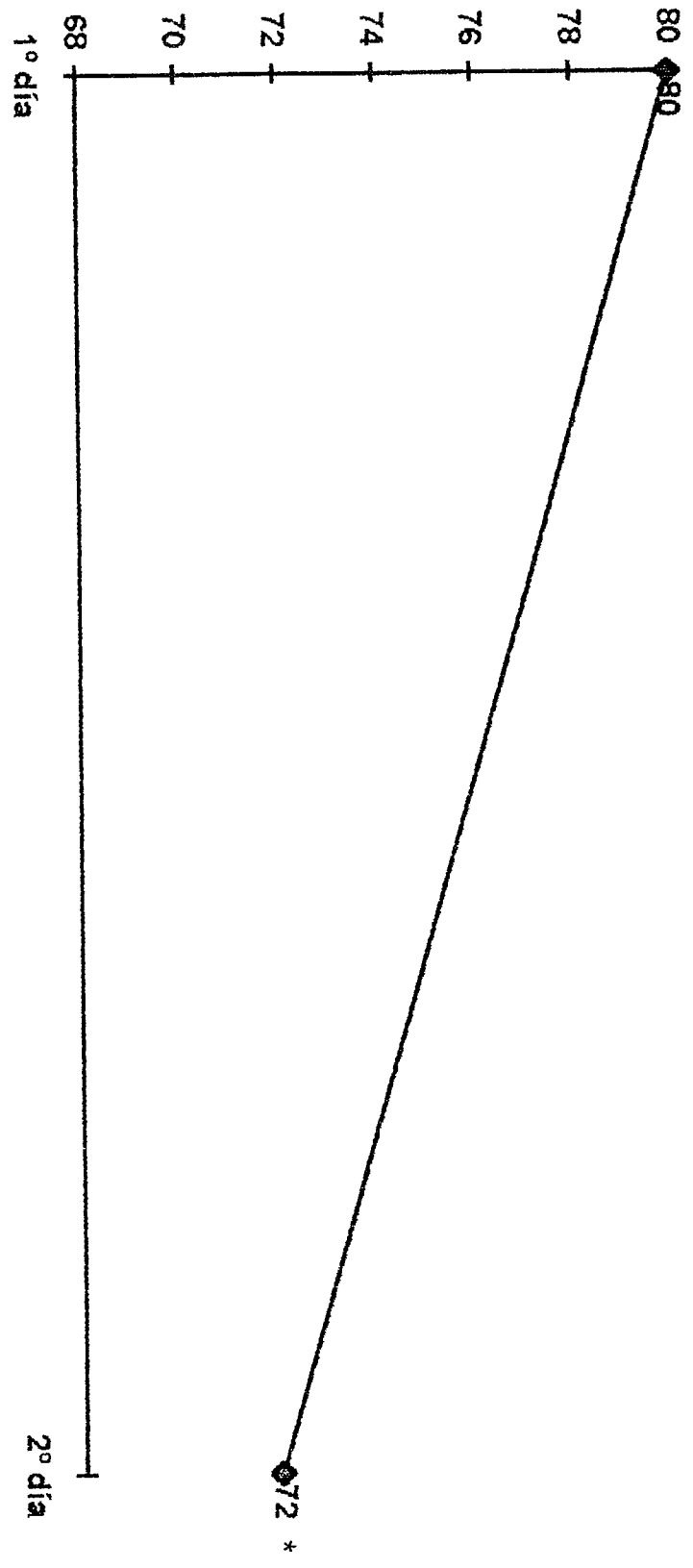
Evaluación 30-11-95

Comisión de Evaluación (Reporte general de resultados 30-11-95)

Los presentes resultados indican elementos como los siguientes:

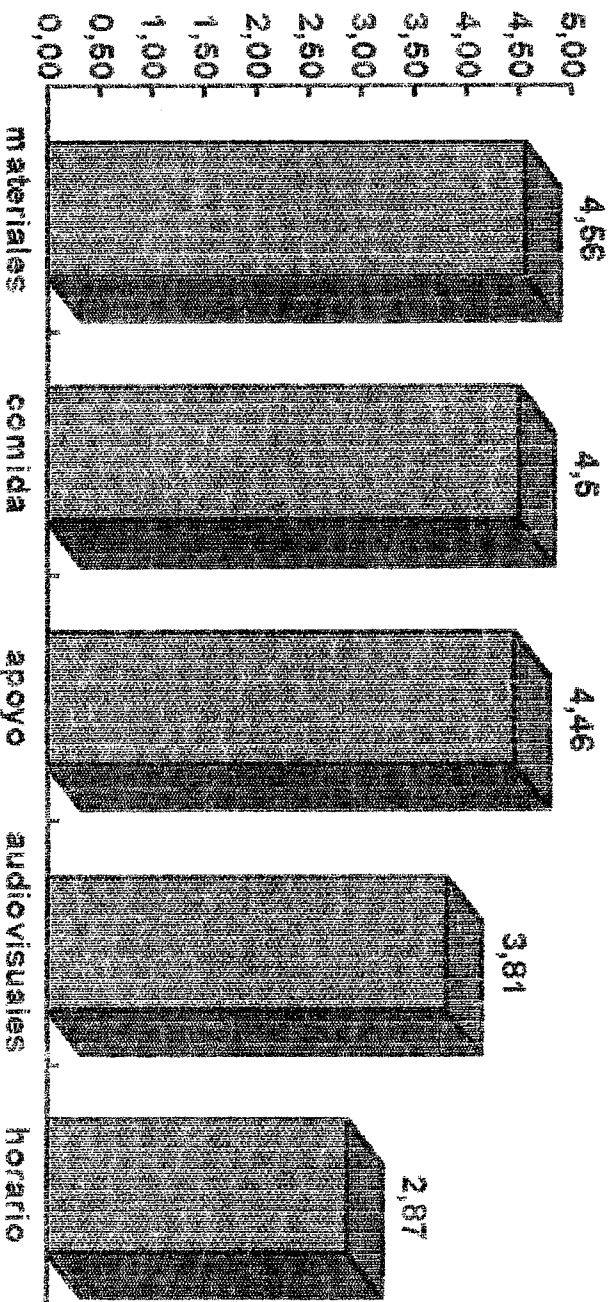
- Porcentaje de respuesta por día.
- Apoyo logístico.
- Organización metodológica.
- Logros, sugerencias.

Porcentaje de repuesta por día



* Indica el porcentaje de respuesta obtenida por parte de los participantes.

Apoyo logístico 2º día



LOGROS

- 1- Similares al día uno.
- 2- Conocimiento teórico - conceptual
- 3- Conocimiento intra-inter universitario

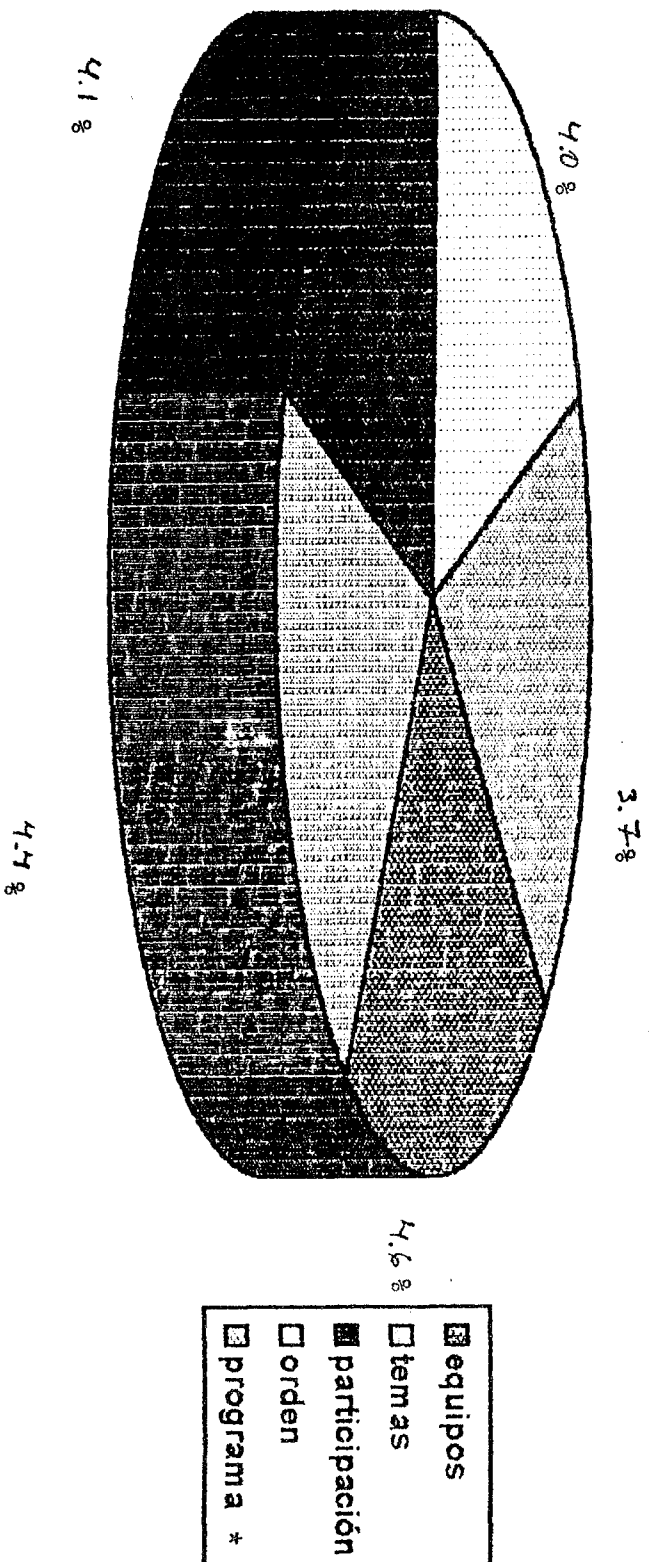
APORTES

1. Vivencias
2. Conocimientos
3. Experiencias
4. Voluntad
5. Disponibilidad
6. Interés
7. Actitud positiva
8. Ideas
9. Reflexiones
10. Aportes individuales y de grupos

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS

1. Calidad en lugar de cantidad
2. Evaluar la temperatura de los grupos
3. Más dinamismo
4. Tiempo real de las técnicas
5. Falta de integración
6. No al recargo de láminas

Organización metodológica 2º día



* La escala de valoración fue de 1 a 5, siendo 1 el valor mínimo y 5 el valor máximo.

ANEXO #4

GUÍA DE TRABAJO PARA EL COMITÉ DE RELATORÍAS

OBJETIVOS

1. Recoger la memoria verbal y escrita de las diversas sesiones de trabajo en el Seminario Taller con miras a la divulgación de los resultados conceptuales y prácticos.
2. Sistematizar la información resultante de las sesiones trabajo con el fin de compartir con los asistentes al Seminario Taller, miembros de la Comisión IAFA-Universidades y personas interesadas.
3. Recoger sugerencias, conclusiones y acuerdos, para que sirvan de base al seguimiento.

PROCEDIMIENTOS

1. Conformación del comité.
2. Funciones del comité.
 - 2.1 Los miembros del comité deberán llevar un diario del Seminario, el cual deberá incluir, las exposiciones, mesas redondas, plenarias, conclusiones de los grupos de trabajo, sugerencias y acuerdos del Taller.
 - 2.2 Analizar la información recogida, clasificarla en orden de importancia y temática y transcribirla de manera clara y coherente con miras a propiciar su fácil comprensión.
 - 2.3 Se pretende llegar a constituir las memorias del evento con miras a contar con un material de consulta posterior.
 - 2.4 Para el último día, deberá contarse con una síntesis del documento, que se expondrá a los asistentes como base para la toma de los acuerdos y conclusiones.
 - 2.5 Presentar el documento a la Comisión Organizadora para la evaluación final, el seguimiento y publicación.

ANEXO #5

GUÍAS DE TRABAJO PARA EL COMITÉ DE EVALUACIÓN

OBJETIVOS

1. Promover la evaluación diaria de cada una de las sesiones del seminario.
2. Incentivar la participación de todos los asistentes en el proceso de evaluación y que se conciba como una actividad inherente de los seres humanos.

PROCEDIMIENTOS

1. Conformación del comité.
2. Funciones del comité.
 - 2.1 Análisis crítico de los diversos momentos del evento. Contenidos, metodologías, ayudas educativas, instalaciones, materiales, cumplimiento de la programación.
 - 2.2 Elaboración de los instrumentos evaluativos pertinentes de acuerdo con los intereses y necesidades del comité y del evento.
 - 2.3 Sistematización de la información aportada al aplicar los instrumentos evaluativos.
 - 2.4 Elaboración del informe para ser presentado en plenaria en la mañana del día siguiente: por escrito, en cartelera, como socio drama, etc.
 - 2.5 Para el último día del Comité ha de realizar la evaluación final del evento y presentarla en la clausura.
 - 2.6 Elaboración de la síntesis final del trabajo de la Comisión que contenga los informes evaluativos diarios realizados. La misma será entregada a la Comisión Organizadora.

ANEXO #6

Comisión de evaluación

Justificación

La presente guía tiene como objetivo conocer su opinión sobre diferentes aspectos, con el fin de realizar un balance diario de desarrollo del taller.

Se aplicarán 4 cuadros que ustedes evaluarán en una escala de 1 a 5 con la siguiente correspondencia: 1 será el valor mínimo (negativo), 3 el intermedio y 5 el valor máximo (positivo).

CUADRO #1. APOYO LOGÍSTICO. FECHA _____

ASPECTOS	PUNTAJE					TOTAL
	1	2	3	4	5	
1. Cumplimiento horarios						
2. Apoyo audiovisual						
3. Apoyo secretarial						
4. Materiales impresos						
5. Alimentación						
6. Otros						

CUADRO #2. CONTENIDO: ORGANIZACIÓN METODOLÓGICA. FECHA _____

ASPECTOS	PUNTAJE					TOTAL
	1	2	3	4	5	
1. Cumplimiento del programa						
2. Orden temático						
3. Pertinencia de los temas						
4. Conformación de equipos de trabajo (días 2 y 3)						
5. Técnicas de trabajo utilizadas						
6. Participación de los asistentes						
7. Otros						

ANEXO #7

COMISIÓN DE EVALUACIÓN

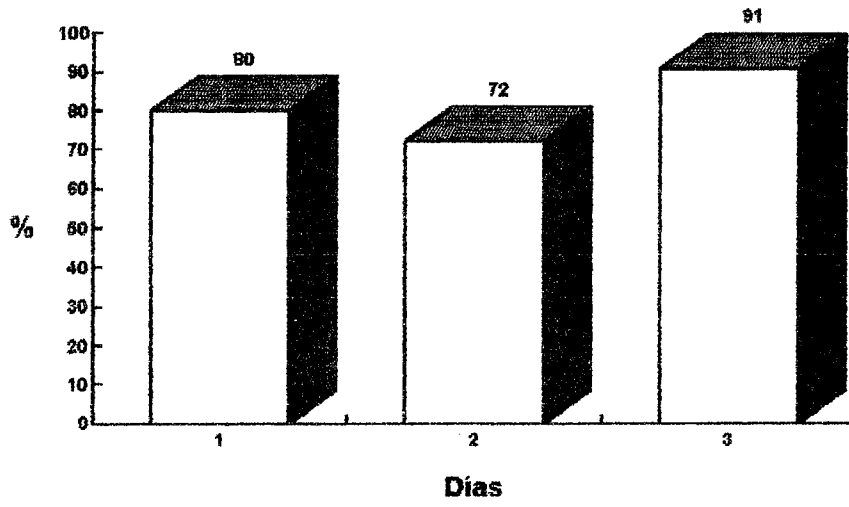
SÍNTESIS DE PROCESO: 29, 30 de noviembre y 1 de diciembre 1995

	29-11-95	30-11-95	01-12-95	Promedio
1. Apoyo logístico				
• Alimentación	4.75	4.5	4.65	4.63
• Materiales impresos	4.50	4.56	4.55	4.53
• Apoyo audiovisual	4.25	4.46	3.4	4.03
• Apoyo secretarial	4.25	3.81	4.68	4.24
• Cumplimiento horario	4.25	2.87	3.04	3.38
2. Organización metodológica				
• Conformación equipos de trabajo	---	4.6	4.42	4.5
• Cumplimiento del programa	4.64	3.7	3.8	4.04
• Orden temático	4.73	4	4.04	4.25
• Pertenencia temas	4.73	4.4	4.23	4.46
• Técnicas de trabajo	3.82	4.4	3.9	4.04
• Participación de los asistentes	3.55	4.1	3.19	3.61
TOTAL				4.15

	29-11-95	30-11-95	01-12-95
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo positivo, permanente, actual • Concientizar sobre el tema 	N. R.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovechar liderazgo costarricense • Variar metodología de trabajo • Se trabajó con menos presión de tiempo
Sugerencias	<ul style="list-style-type: none"> • Exposiciones dinámicas • Trabajos participativos en la tarde 	N. R.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar seguimiento a las actividades de Prevención Integral en universidades • Charlas concretas • Más espacios para discusión grupal • Involucrar estudiantes universitarios en los talleres • Capacitar por medio del IAFA a docentes con problemas de drogas y alcohol.

	29-11-95	30-11-95	01-12-95
Aportes		<ul style="list-style-type: none"> • Vivencias, conocimientos y experiencias • Disponibilidad, interés • Aportes individuales al trabajo de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de unir esfuerzos • Realizar acciones concretas en las universidades • No focalizar el problema • Material preliminar para elaboración de base teórica • Retroalimentación, información y experiencia.
Logros	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor información sobre proyectos y compromisos en las universidades. • Conocer labor en América Latina 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento teórico • Desarrollo personal • Retroalimentación y experiencia • Identificación de un trabajo conjunto • Importancia del desarrollo integral del estudiante, docente y comunidad universitaria en general 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo interuniversitario • Conocer realidad existente en las universidades • Definir acciones más concretas • Lograr espacios de reflexión • Experiencia individual y colectiva • Conocimiento estadístico • Información sobre instancias involucradas en la problemática de drogas • Intercambio de experiencias con expertos

Recopilación de Información



ANEXO #8

CREATIVIDADES

CREATIVIDAD: LOS MORADOS

**"COMPAÑÍA DE UNO
COMPAÑÍA DE NINGUNO
COMPAÑÍA DE DOS
COMPAÑÍA DE DIOS
COMPAÑÍA DE TRES
COMPAÑÍA ES"**

son los conceptos que
 definen la vida
 que se vive en la
 familia de hoy
 que se vive en la
 familia de hoy

Metas

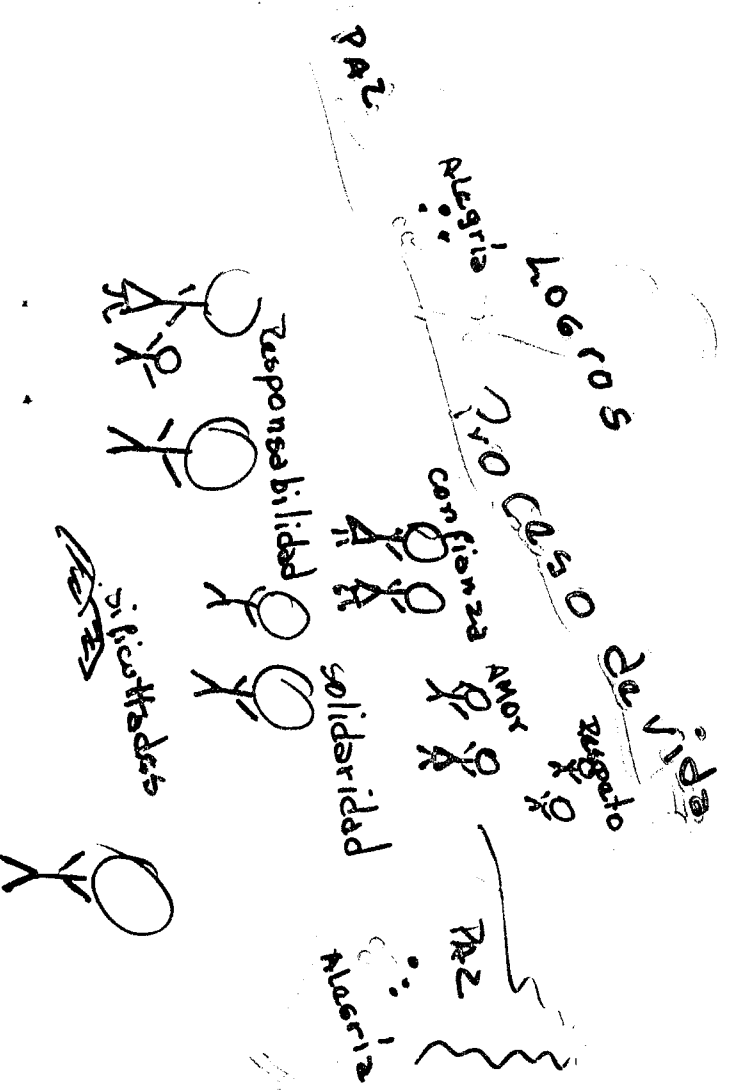
energía
ave impulsos

Metas

vitalidad
 metas
 metas

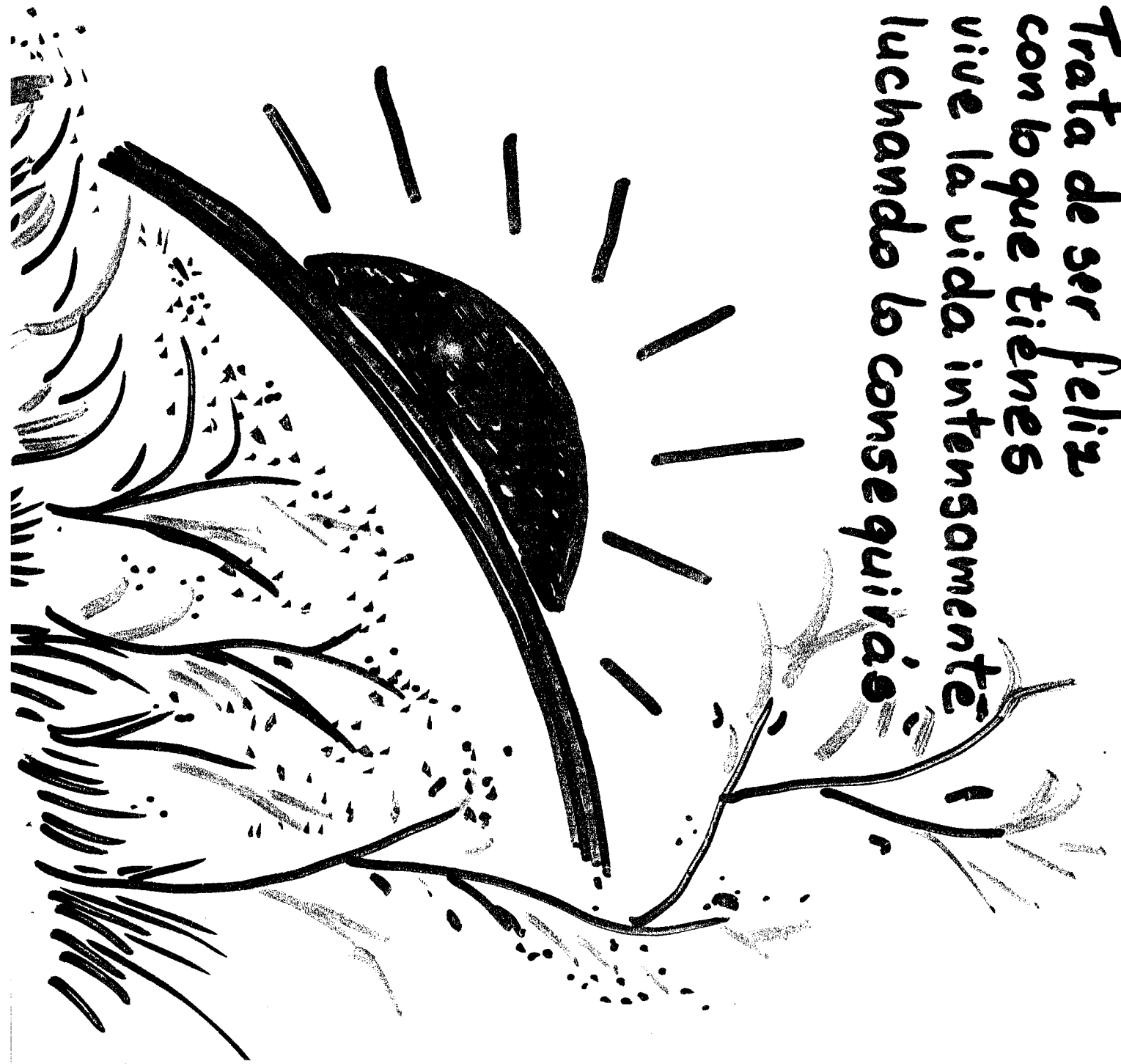
deudas

IDEALES



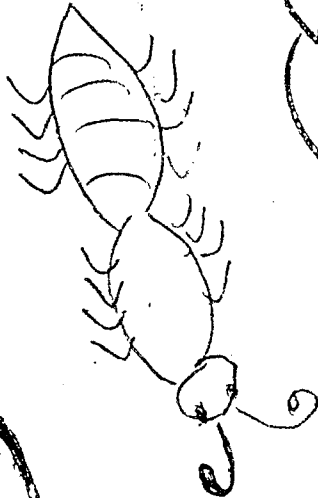
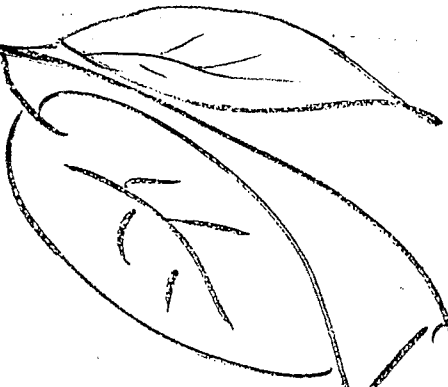
Frutos

Trata de ser feliz
con lo que tienes
vive la vida intensamente
luchando lo conseguirás



18/03/2020

Communication



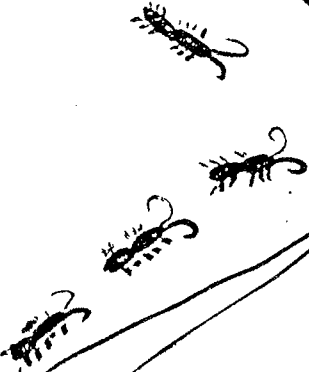
Organization

Solidaridad

Trabajo en grupo

Creatividad

Cooperación



36/3/20

ANEXO #9

DIRECTORIO DE PARTICIPANTES II TALLER SOBRE PREVENCIÓN INTEGRAL DEL FENÓMENO DROGA EN EL MEDIO UNIVERSITARIO

NOMBRE	INST.	DIR. POSTAL	TELÉFONO	FAX	E-MAIL
Alejo Henry	U.Nac.	AA 41449 Sta. Fé Bogotá Colombia	(57-1) 435-1634 / 368-1440	(57-1) 368-1342	
Antador Giselie	IAFA	75-2050 S. Pedro	224-6122 / 203	224-6762	giselle@carari.ucr.ac.cr
Arguedas Ligia	UNED	C.1-Av.1 Barva-Heredia	253-2121 / 274		
Arrieta A. Teresita	IAFA	4494-1000 S.J.	224-6122 / 234	224-6762	iafacr@sol.racsa.co.cr
Afavia C. Poema	IAFA	4494-1000 S.J.	224-6122 / 234	224-6762	iafacr@sol.racsa.co.cr
Ayala Nelson	IAFA	4494-1000 S.J.	224-6122 / 238	224-6762	iafacr@sol.racsa.co.cr
Badilla Sandra	UCR	Fac. Farmacia	225-3574 / 207-4767	225-3574	
Barahona Vera	IAFA	4494-1000 S. J.	224-6122 / 266	224-6762	iafacr@sol.racsa.co.cr
Barboza Flory	IAFA	4494-1000 S. J.	224-6122 / 266	224-6762	iafacr@sol.racsa.co.cr
Barrantes Adela	UCR		207-5386 / 207-5678		
Benavides Yolanda	UNA	Depto. Bien. Est.	277-3194	238-0773	
Bolanos C. Ana Lucia	UNA	Depto. Bien. Est.	277-3197	234-6575	
Contreras Vilma	IMAS	Of. Presidencial	234-6575	224-0612	
			225-2555		
			225-2972		
Corrales Elizabeth	UNA	Depto. Orientación	277-3197		
		86 Heredia			
Chavarría Marvin	UNED	474-2050	234-6468	224-0580	obbel@arenal.uned.ac.cr
Chaves H. Carmen	UCR	Urb. Los Parques S. Ramón Alajuela	445-6652		

Chinchilla B. Sonia	ITCR	159-7050 Cartago Edif. Saprissa Farmacia	551-5333 / 2227	551-5348	
Fernández S. Carlos	CONADRO	Fte. Esc. Garcia Flamenco 159-7050 Unidad Vida Est. Depto. Orientación 474-2050 159-7050 Cartago Unidad Vida Est. Sede Occidente S. Ramón Alajuela 300 m. este Perifericos	233-6110	223-3879	
Formaguera Antonio	ITCR	159-7050	551-5333 / 2280		
González J. Ana Betty	UCR	Unidad Vida Est.	207-5381		
Guevara Rafael	MEP	Depto. Orientación	256-7011		
Herrera Nidia	UNED	474-2050	234-6468	224-0580	obella@renal.uned.ac.cr
Herrera Rocio	ITCR	159-7050 Cartago	551-5333 / 272-4314	551-5348	
Jara Rosemary	UCR	Unidad Vida Est.	225-3674		
Jiménez C. Mirna	UCR	Sede Occidente S. Ramón Alajuela 300 m. este Perifericos	445-5533 / 258 445-6059		
Jiménez Flor	UNED				
López Henry	UCR				
Martínez Q. Leda	IAFA	4494-1000 S.J.	224-6122 / 234	224-6762	iafacr@sol.racsa.co.cr
Masis A. Carlos	ITCR	ITCR-Cartago	551-5333 / 2339	551-7755	
Méndez Patricia	MEP	Depto. Orientación	256-7011		
Mesén Vilma	IAFA	4494-1000 S.J.	224-6122 / 266	224-6762	iafacr@sol.racsa.co.cr
Meza M. Gabriela	ITCR	159-7050 Cartago	551-5333 / 2353	551-5348	
Morales Jonatán	UNED				
Ordoñez Isel	IAFA	4494-1000 S.J.	224-6122 / 266	224-6762	iafacr@sol.racsa.co.cr
Pereira R. Luis	ITCR	94-7052 Cartago	551-5333 / 2513	551-5348 / 573-7809	lupere@icr.itcr.ac.cr
Pérez G. David	ITCR	159-7050 Cartago	551-5333 / 2353	551-5348	
Porrás Juan Carlos	UCR	UCR.Serv. Gener.	207-4111	234-0311	
Ramírez Iris Arnalia	UNED	474-2050	234-6468	224-0580	obella@renal.uned.ac.cr
Ramírez Tatiana	UNED	2271-2100 Guadalupe	253-5872		
Regueyra Ma. Gabriela	UCR	Unidad Vida Est.	207-5208 / 207-5471	234-2427 / 207-5351	mregueyr@carriari.ucr.ac.cr
Rivas Rossi Ligia	ITCR	159-7050 Cartago	551-5333 / 2276	591-3107	
Rivera Ma. Paula	IPDAS	1836 Sta. Isabel Urb.	(80) 281-8073	(80) 250-8455	
	U. Interam.	Romani, San Juan Puerto Rico 00926			
Ruiz V. Alvaro	UNED	Ciudad Neilly	783-3333	783-3333	
San Lee Lizú	IAFA	4494-1000 S. J.	224-6122 / 206	224-6762	iafacr@sol.racsa.co.cr
Sanabria Rosario	IAFA	4494-1000 S.J.	551-6166	224-6762	iafacr@sol.racsa.co.cr

Sánchez A. Lilliana	UNA	86-3000 Heredia	277-3520	277-3574	
Sánchez H. Marvin	UNA	86-3000 Heredia	277-3195 / 277-3199	238-0773	
Segura Ana Isabel	UNED	474-2050	259-8000	591-0006	obe@arenal.uned.ac.cr
Segura Ma. del Rocío	UNED				
Sequeira Alicia	UCR	2053-1000 S.J.	285-0269	285-0269	
Solano Ana Felicia	TCR	159-7050 Cartago	551-5333 / 2514	591-3107	iafactor@sol.racsa.co.cr
Ugalde Federico	IAFA	4494-1000 S.J.	224-6122	224-6762	iafactor@sol.racsa.co.cr
Valverde Rosa I.	IAFA	4494-1000 S.J.	224-6122 / 230	224-6762	
Vargas Alfaro Edgar	UNA	Depto. Salud 86 Heredia	277-3190 / 2773-177	277-3178	edvargas@irazu.ac.cr
Vargas L. Laura	UCR	Unidad Vida Est.	207-5083 / 207-5206		
Vargas Martha	ITCR	ITCR-Cartago	551-5333 / 2614		
Villalobos B. Mianeth	ITCR	Sede San Carlos 25 m. Oeste del Costa Mar, Esparza-Puntarenas	636-6958		
Villegas Ana L.	UCR	4312-1000 S.J.	207-4198		
Zamora Mayela	UCR		207-4627		
Zúñiga Pilar	UCR	Unidad Vida Est.	207-5731		