

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL**

---



---

**Universidad de Valladolid**

---

**GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE  
CANNABIS EN ADOLESCENTES**

**2018 - 2019**

**Autora: Irene Moro Gómez**

**Tutor: Raúl López Benítez**

## **RESUMEN**

El consumo de cannabis es considerado como uno de los problemas actuales de nuestra sociedad. A pesar de los estudios y programas que se han llevado a cabo para abordar dicha problemática, su consumo sigue aumentando, especialmente en adolescentes. Con el objetivo de contribuir a su descenso, en este trabajo de fin de grado se ha llevado a cabo una revisión teórica sobre el cannabis, incluyendo algunos factores relevantes que influyen en su consumo, como la adolescencia y la autoestima. Posteriormente, se planteará una propuesta centrada en la prevención del consumo de cannabis en adolescentes, en la cual también se abordará la autoestima. Finalmente, se discutirán las principales fortalezas y debilidades de dicha propuesta así como recomendaciones a tener en cuenta acerca de la temática trabajada.

## **PALABRAS CLAVE**

Autoestima, adolescencia, consumo de sustancias, cannabis, prevención.

## **ABSTRACT**

The cannabis use is considered one of the current problems of our society. In spite of studies and programs that have been carried out to address this problem, its use keeps increasing, especially in adolescents. In order to contribute to its descent, in this final degree project has been carried out a theoretical review on cannabis, including some relevant factors that influence on their use, such as adolescence and self-esteem. Later, a proposal focused on the prevention of cannabis use in adolescents will be proposed, in which self-esteem will also be addressed. Finally, it will be discussed the main strengths and weaknesses of that proposal as well as recommendations to be taken into account regarding this topic.

## **KEYWORDS**

Self-esteem, adolescence, substances abuse, cannabis, prevention.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>7</b>
RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO.....	9
<b>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....</b>	<b>11</b>
CONTEXTUALIZANDO EL CANNABIS.....	12
CONSECUENCIAS Y EFECTOS ADVERSOS.....	14
FACTORES QUE INFLUYEN EN SU CONSUMO.....	17
ADOLESCENCIA.....	20
AUTOESTIMA.....	25
PROGRAMAS DE PREVENCIÓN.....	28
<b>PROPUESTA DE PEVENCIÓN.....</b>	<b>32</b>
OBJETIVOS.....	33
RECURSOS.....	34
METODOLOGÍA.....	35
SESIONES.....	36
○ PRIMERA SESIÓN.....	36
○ SEGUNDA SESIÓN.....	38
○ TERCERA SESIÓN.....	39
○ CUARTA SESIÓN.....	40
○ QUINTA SESIÓN.....	42
○ SEXTA SESIÓN.....	44
EVALUACIÓN.....	46
<b>ANÁLISIS DEL ALCANCE DEL TRABAJO, LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES.....</b>	<b>47</b>
<b>CONSIDERACIONES FINALES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>57</b>

ANEXO 1: IMÁGENES DE LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE CANNABIS.....	57
ANEXO 2: CUESTIONARIO SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS.....	58
ANEXO 3: FRAGMENTO HISTORIA DE VIDA.....	59
ANEXO 4: CUESTIONARIO PERSONA DROGODEPENDIENTE.....	60
ANEXO 5: QUÉ SABES ACERCA DE LA AUTOESTIMA.....	61
ANEXO 6: DINÁMICA “DIFERENTES PERSPECTIVAS” .....	62
ANEXO 7: DINÁMICA “LA AUTOESTIMA TAMBIÉN PREVIENE”.....	63
ANEXO 8: DINÁMICA “EL REFLEJO DE LO QUE SOY” .....	64
ANEXO 9: DINÁMICA “VÉNCETE” .....	65
ANEXO 10: DINÁMICA “DESAFÍO: COMPORTARSE” .....	66
ANEXO 11: CUESTIONARIO SESIÓN 4.....	67
ANEXO 12: CUESTIONARIO SESIÓN 5.....	68
ANEXO 13: CUESTIONARIO FINAL.....	69

# INTRODUCCIÓN

Actualmente, el consumo de sustancias es considerado una problemática que genera gran preocupación, lo que se traduce en un mayor esfuerzo por abordarlo. Así, por ejemplo, en España se han realizado diferentes estudios como los elaborados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (a partir de ahora MSCBS), como la Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017 – 2024, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2017 – 2018 (EDADES) y, con mayor profundidad sobre el colectivo adolescente, la Encuesta sobre el uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España 2017 – 2018 (ESTUDES).

Según estos informes, existe una tendencia descendente del consumo que se aprecia en la mayor parte de las sustancias, como el alcohol, el tabaco, la cocaína, el éxtasis o la heroína. A pesar de ello, se ha detectado un incremento del consumo de una sustancia concreta, el cannabis, cuya edad de inicio resulta cada vez más temprana, como se refleja en una de las encuestas mencionadas, ESTUDES, entre los 18 años (MSCBS, 2017). Sin embargo, autores como Gil y Ballester (2002) afirman que la edad de inicio podría darse a partir de los 11 años hasta los 16, idea que se complementa con la concepción de otros autores que afirman que la edad de inicio es cada vez más temprana (Aguinaga et al., 2005). Por otro lado, se ha observado cómo la prevalencia de consumo asociada a dichas edades es elevada, ya que existen datos como la prevalencia de consumo de los 15 a los 17 años (12'6%), que es mucho mayor que entre mayores de 35 años, la cual es de 5'5% (MSCBS, 2017).

Así pues, los distintos estudios apuntan a que este aumento del consumo de cannabis podría ser debido al mayor uso que hacen del mismo los adolescentes, un grupo que se encuentra en alto riesgo de vulnerabilidad debido a los factores de riesgo y predisposición que conlleva la adolescencia, como ganar la aceptación del grupo de iguales, conseguir independencia ante la familia, determinar el fin de la infancia y manifestar la madurez (Baumrind, 1987; Jessor, 1992).

Además de la adolescencia, se han observado otros factores que también influyen en el consumo, como son la familia, el grupo de iguales, las actitudes y valores personales o las habilidades sociales. Específicamente, uno de los factores que cobra mayor relevancia es la autoestima, pues se ha visto que una baja autoestima favorece el inicio

del consumo de cannabis y, además, se encuentra íntimamente ligada a la etapa de la adolescencia.

Para tratar todas las cuestiones anteriormente planteadas, se llevará a cabo una revisión teórica sobre el cannabis y su consumo, focalizándonos, específicamente, en tal y tal como factores estrechamente relacionados con dicho consumo. Además, se revisarán diferentes programas de prevención y sus resultados para adecuar la acción socioeducativa y dotarla de mayor calidad y eficiencia. Por tanto, esta revisión permitirá la elaboración de una propuesta de prevención del consumo de cannabis dirigida a población adolescente, trabajando transversalmente la autoestima debido a la importancia que plantea dentro de este campo de actuación, dirigiendo dicha propuesta de prevención creada a una futura implementación y puesta en marcha de la misma.

# OBJETIVOS

Para el adecuado desarrollo de este trabajo de fin de grado se han planteado una serie de objetivos tanto generales como específicos.

## **Objetivo General:**

- Elaborar una propuesta de prevención del consumo de cannabis en adolescentes, evitando así los efectos y consecuencias perjudiciales de su uso, en la que se trabaje la autoestima como factor asociado a dicho consumo.

## **Objetivos Específicos:**

- Aportar una revisión teórica acerca de los temas eje de este trabajo de fin de grado, el consumo de sustancias, la autoestima y la adolescencia, incidiendo en la importancia de trabajar estas cuestiones de manera integrada y complementaria.
- Mostrar datos y estudios acerca del cannabis que muestren su índole perjudicial y la importancia de trabajar este aspecto durante la adolescencia debido a la relación que existe entre ellos.
- Concienciar acerca de la autoestima, poniéndola en valor en relación con el consumo de cannabis, tanto a través de la revisión teórica como en la propuesta de prevención posteriormente elaborada.
- Reafirmar la figura del educador/a social en el campo de las adicciones como pieza clave en el desarrollo de conductas prosociales.
- Trabajar la autoestima en la propuesta de prevención de manera tanto individual como grupal a través de diferentes dinámicas debido a que es un factor asociado al consumo de cannabis.
- Mostrar la necesidad de llevar a cabo campañas de prevención y sensibilización acerca del consumo de cannabis y la autoestima en población adolescente, debido a la importancia que tiene trabajar las conductas de riesgo que se presentan a lo largo del desarrollo.
- Establecer una valoración de la propuesta de prevención con el grupo tras su implementación a través de distintos cuestionarios para corroborar la eficacia que ha tenido en los adolescentes con los que se ha trabajado.

# JUSTIFICACIÓN

La titulación de Educación Social recoge una serie de competencias, colectivos y ámbitos propios, los cuales han sido recalcados por variedad de autores (Cabrerizo, Castillo y Rubio, 2010; Caride, 2003), así como por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA, 2004), que ha elaborado el Libro Blanco de Pedagogía y Educación Social, donde se expone el perfil profesional de ambas titulaciones. En relación con la titulación de Educación Social, se presentan tres colectivos principales a los que dirige su acción: población en riesgo social, población en situación de desadaptación social y población general.

Dentro del colectivo de población en situación de desadaptación social es donde se encuentra la problemática de la drogodependencia asociada al colectivo adolescente, la cual se relaciona a un ámbito de actuación propio de la Educación Social, definido como “Marginación, drogodependencias y exclusión social”, que engloba acciones de educación y mediación en procesos de integración social, además de diseño y evaluación de dichos procesos. En relación con esto, el Libro Blanco (ANECA, 2004) expone que el educador social tiene una función de prevención educativa, mencionando así la prevención de la drogodependencia como una actuación más específica. De esta manera, se observa que las funciones que puede desempeñar un educador o educadora social servirán en mayor medida para crear y llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de vida de las personas que se encuentran en la situación anteriormente mencionada.

Dentro del ámbito de las drogodependencias, una de las drogas ilegales más consumidas en nuestro país es el cannabis (11%; 2'1% diario en población general). En esta línea, también es la droga ilegal más consumida por adolescentes, ya que un 42% del grupo de edad de 15 a 34 años afirma haber consumido cannabis alguna vez en su vida) (MSCBS, 2017), además de encontrarse en aumento año tras año, por lo que la labor del educador o educadora social en términos de prevención con este colectivo se hace necesaria.

Este consumo ascendente dentro de un grupo de alta vulnerabilidad como son los adolescentes conlleva consecuencias negativas en su salud, provocando problemas respiratorios, pérdida de peso o de la libido e incluso trastornos mentales (Ashton, 2002;

Bobes y Calfat, 2000; Kalant, 2004), además de existir otros factores asociados consecuencia de este consumo como son los problemas conductuales, el abandono y/o fracaso escolar o síntomas depresivos (Chassin, Hussong, Barrera, Molina, Trim y Ritter, 2004).

Por ello, y con el objetivo de abordar el consumo del cannabis, así como los problemas que origina, algunos autores han tratado de determinar los factores que originan tal problemática. Por ejemplo, autores como Becoña (2001), Secades, y Fernández-Hermida y Vallejo (2005), exponen a la familia como el grupo de mayor importancia al tratarse del principal agente de socialización. En cambio, Graña y Muñoz Rivas (2000) afirman el grupo de iguales es el que más influye en el consumo.

Sin embargo, otros autores como González, García-Señorán y González (1996), han observado otro grupo de factores que influyen en este consumo, los cuales son los rasgos de personalidad o aspectos psicológicos. Dentro de este grupo, uno de los factores al que más importancia se le atribuye es la autoestima. Este factor se relaciona estrechamente con el consumo, pues existen diversos estudios que señalan la influencia que ejerce la autoestima en el consumo de cannabis (Musitu y Herrero, 2003). Paralelamente, la autoestima se encuentra también vinculada con la adolescencia debido a la relevancia que tiene en los múltiples cambios que acontecen en dicha etapa. Por tanto, tales variables han de ser tenidas en cuenta en la prevención del consumo de cannabis.

Así, para trabajar el consumo de drogas y, específicamente el consumo de cannabis, se han llevado a cabo diferentes programas de prevención como Construyendo Salud (Luengo, Gómez-Fragüela, Garra y Romero, 2002), Barbacana (García, López-Sánchez, Fernández y Catalá, 2003) o Saluda (Espada y Méndez, 2012), los cuales han obtenido buenos resultados en cuanto a las valoraciones sobre si el consumo de cannabis en adolescentes se ve reducido tras su aplicación (García, García, Vázquez y López-Sánchez, 2016). Otros programas que se han llevado a cabo han sido: Nexus (Martínez, Pérez y De Las Heras, 2011) y Dédalo (Larriba, Durán y Suelves, 2004), también dirigidos a la prevención del consumo de drogas en población adolescente.

A pesar de estos resultados, estos programas no parecen resultar suficientemente efectivos, pues este consumo continúa en aumento y cada vez se inicia a edades más tempranas (Martínez-González y Robles-Lozano, 2001). Además, algunos de estos

programas como Barbacana o Saluda no han tenido en cuenta la autoestima como factor relevante en el consumo de cannabis. Este aspecto, unido a las consecuencias que genera dicha problemática y al papel del educador/a social como profesional en programas de prevención, justifica la necesidad de elaborar una propuesta que integre el consumo de cannabis y la autoestima trabajado con población adolescente.

## **RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO**

A lo largo de este trabajo de fin de grado se han desarrollado y afianzado competencias que se adquieren a lo largo de la titulación de Educación Social.

### **Competencias instrumentales:**

- Capacidad de análisis y síntesis, las cuales son imprescindibles para la exposición de un tema, pues resulta de gran importancia distinguir los diferentes elementos que la integran, considerando y conociendo la relación que se establece entre ellos para formar dicha realidad, de forma que la exposición de las ideas sea lo más clara posible.
- Organización y planificación, los cuales son fundamentales en la distribución y gestión del tiempo y de los objetivos, que han ayudado a la hora de realizar el trabajo, así como de llevar un seguimiento continuo que ha permitido rectificar ciertas áreas de este trabajo.
- Comunicación oral y escrita, las cuales han sido desarrolladas en la exposición de los conceptos y significados de forma clara, relacionando así las ideas mostradas para la comprensión del tema completo.
- Uso de las TIC en el ámbito de estudio y contexto profesional, ya que el desarrollo de competencia ha permitido la búsqueda de una bibliografía de manera más concreta a partir de diferentes fuentes, buscando en las bases de datos disponibles, como Scopus, Dialnet, Psycodoc, etc., acorde con el tema expuesto en todo momento.
- Gestión de la información, la cual se ha llevado a cabo desde la búsqueda de datos y la investigación teórica en distintas fuentes (bases de datos, libros, artículos, revistas, etc.), así como de distintos autores para valorar las distintas teorías y establecer una base en el trabajo.

### **Competencias interpersonales:**

- Capacidad autocrítica, la cual se refleja en la objetividad durante la exposición del tema y sus ideas más relevantes, así como en la evaluación personal durante todo el proceso de redacción y búsqueda de información que se requiere en el mismo.

### **Competencias sistemáticas:**

- Autonomía en el aprendizaje, la cual resulta ser un componente que, durante la elaboración de este trabajo, ha sido uno de los pilares principales pues, a pesar de las correcciones y guías aportadas por mi tutor, se ha hecho necesaria una independencia a la hora de buscar información y redactarla de manera que se muestren las ideas que conformarán este trabajo.
- Creatividad e innovación, las cuales han resultado útiles a la hora de generar nuevos procesos de aprendizaje y explorar formas distintas de elaborar una propuesta, a través de actividades que resultan ser menos frecuentes en este ámbito.
- Orientación a la calidad, que se realiza evaluando la eficacia y eficiencia que podría tener el impacto de este trabajo y reflexionando acerca de la labor como profesional que ha de desempeñarse mediante la búsqueda de la mejora de la misma.

# FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El consumo de sustancias es un problema que se hace más visible cada día en la sociedad y en el día a día de muchas personas. Para corroborarlo, sólo se debe acudir a los datos que se encuentran en el Informe de la Estrategia Nacional de Adicciones 2017 – 2024 (MSCBS, 2017), donde se afirma ser uno de los problemas más persistentes en nuestra salud y bienestar, directa o indirectamente, afectando a más de un millón de personas en nuestro país.

Específicamente, los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España de 2017 (EDADES a partir de ahora) indican que las drogas con mayor prevalencia de consumo en España, en la población de 15 a 64 años, se corresponden con el alcohol (77'6%; 9'3% diario) y el tabaco (40'2%; 30'8% diario) en el caso de las drogas calificadas como legales, y el cannabis (11%; 2'1% diario) y la cocaína (2%; y sin datos acerca del consumo diario) en cuanto a drogas calificadas como ilegales.

Atendiendo a la prevalencia de cannabis, los datos que se encuentran en los informes del Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social (2017) indican que su prevalencia se encuentra en aumento año tras año, junto con el *bingedrinking* (atracones de alcohol). Esta tendencia ascendente puede apreciarse en la Tabla 1.

Debido a la alta prevalencia que posee el cannabis y al tratarse de una droga ilegal en nuestro país, será aquella sobre la que se pretende intervenir en la elaboración de este trabajo de fin de grado. Para establecer un marco teórico delimitado sobre esta sustancia, se ha de contextualizar el cannabis, poniendo así en conocimiento qué es y cuál es su origen, además de los elementos que lo componen para hacer que sea una sustancia psicoactiva.

**Tabla 1.** Evolución de la prevalencia del consumo de cannabis en comparación con el resto de sustancias en población de 15 a 64 años en España. 1995 – 2017 (MSCBS, 2017)

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Tabaco	-	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0	71,7	73,1	72,5	69,7
Alcohol	-	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9	93,1	93,5	91,2
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2	18,7	20,8
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7	4,1	3,0
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4	31,5	35,2
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9	3,6	4,3	3,6	3,6
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7	2,9	3,8	3,8	4,5
Anfetaminas/speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7	3,3	3,8	3,6	4,0
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	8,3	10,2	8,8	10,3	9,1	10,3
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8	10,2	8,9	10,0
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9	0,9	1,0	0,8	1,3
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4	1,9	2,0	2,4
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,5	0,6	1,2
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,6	0,5
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6
Inhalables volátiles	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6	0,8	0,6	0,5	0,6

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

## CONTEXTUALIZANDO EL CANNABIS

Según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019), el cannabis es definido como la droga que se obtiene de la planta cannabis sativa, ya que la marihuana y el hachís se elaboran a partir de la resina, tallos, hojas y flores de esta planta. Esta droga se encuentra calificada como ilegal, pues su consumo se encuentra regulado de manera que existe una legislación vigente acerca del uso y consumo de este tipo de sustancias, así como de su elaboración, posesión o distribución.

El cannabis está compuesto principalmente de tetrahidrocannabinol (THC), un compuesto muy soluble en grasa y que llega rápidamente al cerebro, lugar en el que se acumula durante aproximadamente una semana y del que se elimina con extrema lentitud (MSCBS, 2019). Este compuesto varía dependiendo de la forma en la que se presente el cannabis, pues existen dos, la marihuana (los cogollos procedentes de la planta) y el hachís (la pasta procedente de la resina de la planta tras ser procesada). En el segundo caso, existe una mayor concentración de THC, hasta un 60%, es decir, tres veces mayor que la marihuana, la forma más común en la que se presenta el cannabis (MSCBS, 2019).

Un factor importante sobre este compuesto es que, las investigaciones que se han realizado confirman su índole adictiva, concluyendo que un 9% de los consumidores ocasionales de cannabis se vuelven adictos a éste, porcentaje que se incrementa en el caso de los jóvenes (17%) y entre los consumidores diarios, porcentaje que se sitúa entre un 25% y un 50% (National Institute of Drug Abuse, 2014).

Originalmente, el cannabis surgió en Asia, hace más de 10.000 años, usada para rituales de diferentes culturas de la zona y para curar enfermedades como el reumatismo o la malaria (Merino, 2000). Más tarde, debido a su extensión por todo el mundo (primero por oriente, después hasta occidente) surgieron otros usos y fines. Por ejemplo, como signo de la cultura *hippie* o con una función recreativa y de ocio, usos que siguen hoy en día vigentes en la sociedad. En cuanto a este uso, existen países como Holanda, Uruguay o Portugal, en los que el uso recreativo del cannabis está permitido, pero en otros países como Rusia, India, Australia, etc. en los que su uso está permitido exclusivamente de forma medicinal o con fines científicos. En el caso de España, sólo se permite su uso con fines científicos. Esto conlleva que el debate entre quienes consideran que debería ser legal y quienes no, permanezca abierto y en constante revisión.

Una vez conceptualizado el cannabis, se hace necesaria una descripción sobre su consumo en la población objeto de estudio, es decir, la población adolescente. En esta línea, el Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social (2017) ofrece datos acerca del consumo de cannabis que han de tenerse en cuenta y ser analizados. Así, se observa que un 77% de consumidores de cannabis afirma haber iniciado este consumo antes de los 25 años, destacando que el que realizan los menores de 15 a 17 años (12'6%) resulta más elevado que entre mayores de 35 años (5'5%), rebasando los niveles respecto a otros países de la Unión Europea.

En una línea similar, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017) ha elaborado a su vez la Encuesta Estatal Sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas de Secundaria en España (ESTUDES a partir de ahora), la cual se centra en un rango de edad de entre los 14 a los 18 años. En ella se concreta que el 31,1% de los encuestados (29,1% en 2014) reflejó que había probado el cannabis alguna vez en su vida, el 26,3% de ellos (25,4% en 2014) había consumido cannabis en el último año, y un 18,3% de los adolescentes (18,6% en 2014) habían consumido cannabis en el último mes (MSCBS,

2017). Por otro lado, otros datos de esta encuesta nos indican que, además de ser más temprana la edad de inicio de consumo, los niveles de consumo en la población general y adolescentes persisten en mayor medida, manteniendo este consumo de manera más duradera en el tiempo (MSCBS, 2017).

A partir de los datos obtenidos, se puede valorar esta tendencia progresiva del incremento del consumo de cannabis, no sólo en la población general, sino entre la población más joven y entre la que se encuentra más normalizada esta práctica. A continuación, y con el objetivo de delimitar el cannabis en mayor medida, se expondrán las consecuencias del consumo de esta sustancia.

## **CONSECUENCIAS Y EFECTOS ADVERSOS**

Desde hace mucho tiempo, el consumo de sustancias ha sido objeto de estudio e investigaciones que han determinado en mayor o menor medida la concepción que se tiene en la sociedad acerca del mismo, recibiendo una consideración crítica muy notable desde la postura de diversos autores (Johns, 2001; Quiroga, 2000).

En el caso del cannabis, existe una controversia acerca de su índole beneficiosa o perjudicial, pues varios autores señalan los efectos dañinos que genera su consumo (Kalant, 2004), a nivel biológico, psicológico y social. En esta línea, en el Convenio Único de 1961 sobre Estupefacientes, el cannabis se clasifica junto a aquellas sustancias cuyas propiedades puedan conllevar una dependencia, así como presentar un grave riesgo de uso indebido y, por consiguiente, están sometidas a las medidas de fiscalización establecidas por la Convención (Bewley y Jelsma, 2011; Naciones Unidas, 1961). A pesar de ser muchos los datos que avalan esta perspectiva existen otros estudios que defienden su uso con fines medicinales y terapéuticos (Ditchfield y Thomas, 2014), al paliar el dolor en algunas enfermedades, como por ejemplo en los pacientes con cáncer (Callado, 2012).

Muchos de los autores que están en contra del uso y consumo del cannabis, fundamentan su crítica en los efectos que produce el mismo, señalando el THC como el elemento más influyente de todos por sus propiedades adherentes al cerebro durante tanto tiempo (MSCBS, 2019). Estas perjudiciales consecuencias que serán presentadas a continuación han sido investigadas por multitud de autores (Apter, 1992; Ellgren, 2007; Tashkin, 2013), que han concluido sus estudios aportando nuevas evidencias acerca de

lo que supone el inicio y el mantenimiento de este consumo de cannabis tanto a corto como a largo plazo.

Las consecuencias a corto plazo que han podido observarse sobre el cannabis son bastante claras, como las indicadas por Apter (1992): intoxicaciones agudas y la distorsión de los juicios de evaluación de situaciones de riesgo, pues existen alteraciones en nuestro organismo debido a este consumo que no nos permite tener en cuenta todos los factores del entorno y dar una respuesta adecuada a los mismos. Esto ocurre, por ejemplo, en el caso de las conductas sexuales de riesgo, al igual que en la conducción, donde aquellas personas que han consumido cannabis no están capacitadas para comprender y manejar la información que tienen a su alrededor, provocando graves consecuencias (Murgraff, Parrott y Bennett, 1999), como embarazos no deseados o accidentes de tráfico. Por otro lado, Ellgren (2007) ha encontrado efectos inmediatos en la persona tras el consumo como aceleración de las pulsaciones, sequedad bucal, paranoia o manía persecutoria. Otros efectos a corto plazo que afectan al sistema nervioso central descritos por Merino (2000) son la sensación de euforia, un aumento de la percepción sensorial y de la sociabilidad, relajación y dificultades para la concentración.

Además, se deben añadir las consecuencias a corto plazo que se producen en el sistema sanitario, pues el cannabis supera ya a la cocaína como causa más frecuente de demanda de tratamiento por intoxicación (MSCBS, 2017). Además, se encontrarse en aumento en el indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas no médicas y en los análisis toxicológicos de fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas. (MSCBS, 2017), suponiendo una grave y perjudicial situación tanto a la persona consumidora como a su entorno más inmediato.

Por otra parte, los estudios e investigaciones que se han realizado para indagar más en las consecuencias a largo plazo del consumo de cannabis pueden ser clasificados desde un punto de vista biológico, psicológico y social.

En el plano biológico, se ha corroborado que los consumidores habituales de cannabis experimentan un deterioro notable de su sistema respiratorio. En este sentido, se ha visto que existe una alta relación con una inflamación más amplia de las vías respiratorias, una resistencia más alta en las vías respiratorias y una hiper inflamación de los pulmones, además de un mayor número de síntomas de bronquitis crónica en

comparación con las personas que no consumen dicha sustancia (Tashkin, 2013). Este deterioro puede conllevar que, en un futuro, la persona tenga que ser intervenida de forma quirúrgica.

Otro de los efectos que produce a nivel físico el consumo de cannabis, según O'Brien, Josseau, Kalant y Single (1980), es la pérdida de peso de manera drástica, que conlleva una posterior pérdida de apetito, además de alterar la conducta sexual y la fertilidad. Esto se debe a que daña los cromosomas de las células reproductoras, y produce efectos en las hormonas y la libido de la persona consumidora, ya que el THC afecta directamente al hipotálamo, encargado de regular la liberación de hormonas. Además, disminuyen los niveles de testosterona y se degeneran los óvulos y espermatozoides.

En el plano psicológico, existen experimentos con animales realizados por Campolongo, Trezza y Cassano (2007) con ratas adolescentes y por Verrico, Gu, Peterson, Sampson y Lewis (2014) con monos adolescentes, que muestran que, aquellos que hubieran estado expuestos a dicha sustancia antes de nacer, muestran posteriormente problemas más significativos en tareas específicas de aprendizaje y memoria.

Otros estudios han analizado en humanos los efectos de dicho consumo en el plano psicológico. Por ejemplo, se observa que este consumo se asocia con el fracaso o el abandono escolar, problemas conductuales o síntomas depresivos (Chassin et al., 2004; Johnson et al, 2008). En una línea similar, otros estudios han puesto de manifiesto que las imágenes diagnósticas en adolescentes muestran que, comparándolos con aquellos que no consumen cannabis, en los consumidores habituales de esta sustancia se observa una conectividad neural atrofiada en ciertas regiones específicas del cerebro (como el córtex prefrontal o el hipocampo) las cuales se encuentran involucradas en una amplia gama de funciones del cerebro como memorizar, aprender y el autocontrol (Chambers, Taylor y Potenza, 2003; De Bellis et al., 2000).

Asimismo, existen otras muchas investigaciones que han concluido que el consumo de cannabis supone un factor de riesgo para desarrollar trastornos psicológicos como son, por ejemplo, la esquizofrenia (Parolaro, 2010), trastornos de ansiedad y depresión (Choi, Di Nitto, Marti y Choi, 2016), o psicosis (Witton y Murray, 2004). Por tanto, conllevaría una situación más grave debido a los síntomas y consecuencias asociadas a los trastornos mentales, además del estigma social que produce cada uno de ellos.

Las consecuencias sociales que se encuentran asociadas al consumo de cannabis no han sido del todo esclarecidas por los autores que han tratado acerca de este tema, puesto que han encontrado esta área más asociada a una causa potenciadora del consumo, es decir, un factor de riesgo. Por ejemplo, se destacan la relación con el grupo de iguales o la familia (Becoña, 2001; Graña y Muñoz Rivas, 2000). Una de las principales consecuencias de dicho consumo sería la estigmatización, produciendo un “aislamiento social” que supone un factor negativo para el desarrollo de la persona consumidora.

Relacionado con esto, otros efectos derivados del consumo de cannabis a nivel social, según Peruga, Rincón y Selin (2002) son la marginación social por falta de habilidades sociales y la pobreza que genera el gasto de dinero en la adquisición de drogas. Por otro lado, se ha encontrado una relación entre consumo y violencia de género. Por ejemplo, Alonso, Caufield y Gómez (2005) han encontrado que el consumo conllevaría en ciertas ocasiones un aumento de la violencia hacia las mujeres, sobre todo en el ámbito laboral, suponiendo un factor de riesgo para ellas.

Como se ha podido observar, todas las consecuencias expuestas acerca del consumo de cannabis conllevan un deterioro en las distintas áreas de la persona, por lo que se debe incidir en la prevención de este consumo y evitar así estos efectos perjudiciales. Este consumo está influido por diversos factores que propician en mayor o menor medida su consumo, dependiendo de cómo se manifiesten en la persona. A continuación, se describirán algunos de ellos.

## **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO**

Dada la existencia de diversos factores que influyen en el consumo de cannabis en la población, a continuación, se expondrán los factores principales y más importantes que se han considerado en este aspecto. En esta línea, es importante destacar que todos los factores presentados pueden ser considerados como un factor de riesgo o de protección para la persona, dependiendo de si son perjudiciales o beneficiosos para la persona. Para facilitar la comprensión de los mismos, serán agrupados en relacionales, sociales e individuales.

Los factores relacionales son entendidos como aquellos más inmediatos en el entorno de la persona, como la familia, el grupo de iguales, la escuela o el trabajo (Laespada, Iraurgi, Arastegi, 2004). En el caso de la familia, existen estudios que se complementan, como los realizados por Becoña (2001) y Secades, Fernández-Hermida y Vallejo

(2005), donde los autores encuentran una correlación entre el consumo de drogas y la familia como principal agente socializador, pues es el grupo más próximo a la persona, y es el encargado de transmitir valores, creencias y hábitos que marcarán su desarrollo. Otros autores que también consideran a la familia como uno de los factores más influyentes en el consumo, como Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández (2003), han analizado algunos aspectos relacionados con la misma, como el aspecto afectivo y de supervisión parental, a través de un estudio en el que trata de establecer una relación entre estas variables y el consumo de drogas, donde se muestra la importancia de los límites y la autoridad dentro de la familia, a través del consenso en las normas y el afecto. Así, se puede concluir que, este grupo podría conformar un factor de riesgo en caso de no establecer unas normas y un posicionamiento claro en contra del consumo, pero en caso de existir relaciones equilibradas, apoyo y afecto intrafamiliar y niveles consensuados de supervisión y control, la familia supondrá un factor protector en el consumo de cannabis (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009).

Otro de los factores relacionales más relevantes es el grupo de iguales, acerca del cual varios autores han encontrado una alta influencia en la persona para iniciarse en el consumo de drogas. Por ejemplo, Graña y Muñoz Rivas (2000) han destacado la presión grupal y la integración como factores elementales que conllevan y promueven el consumo de cannabis. En la misma línea, autores como Baumrind (1987) y Jessor (1992) encontraron en sus investigaciones la necesidad del individuo de conseguir la aprobación por parte de su grupo de iguales. En este sentido, si éste muestra una actitud favorable al consumo, el individuo adoptará también estas mismas reglas en su repertorio de conducta (Laespada, Iraurgi, Arastegi, 2004).

Además de la familia y el grupo de iguales, el entorno escolar o laboral constituye otro factor que puede repercutir en el consumo. En el caso de la escuela, hay estudios que indican que el rendimiento escolar, el absentismo, la implicación y satisfacción en el centro, las actitudes hacia los profesores y la vida académica conforman un factor influyente en el consumo, ya que, si estos aspectos se manifiestan de manera negativa, es decir, un bajo rendimiento escolar, alto absentismo, poca implicación, etc., supondrían un factor de riesgo para el inicio del consumo (Marcos y Bahr, 1995).

En cuanto al entorno laboral, también encontramos factores que contribuyen a que exista o no consumo, como el ambiente de trabajo, el tipo de tarea, el nivel de

satisfacción laboral o la predisposición de los compañeros en el consumo (Ochoa y Madoz, 2008). Por ello, en caso de ser un trabajo que conlleve un alto rendimiento, la realización de tareas monótonas, cansancio intenso o insatisfacción laboral, la persona será más propensa al consumo de cannabis.

El grupo de factores sociales que también influye en el consumo se caracteriza por la accesibilidad, la preocupación social y el conocimiento de dicha droga (Laespada, Iraurgi y Arastegi, 2004). En el caso del cannabis, se observa una mayor facilidad de acceso que en el resto de drogas ilegales, pues un 63'3% de la población afirma poder conseguirlo en un margen de 24 horas, en comparación con la heroína (30'3%) o la cocaína (42'3%) (MSCBS, 2017), todo ello debido a la posibilidad de poseer un red de contactos cada vez más amplia y más rápidamente accesible. La presencia y facilidad de conseguir este tipo de droga en España también se ve potenciada por la cercanía con Marruecos (MSCBS, 2017), principal país productor y exportador de hachís.

En lo que respecta a la preocupación social, se puede observar un mínimo histórico en estas cifras, las cuales nos indican que tan sólo un 35'1% de la población lo encuentra un problema “muy importante”. Además, un 51'2% de los encuestados refirió que encontrarse a alguien en la vía pública consumiendo cannabis era algo normal (MSCBS, 2017).

Finalmente, los factores individuales también influyen en el consumo de cannabis. Por ejemplo, destacan las actitudes, creencias y valores o las habilidades sociales. En cuanto a las actitudes, creencias y valores, estrechamente relacionadas con la familia, la percepción que tenga la persona acerca de las drogas, las creencias acerca de sus efectos y la experimentación con ellas influirán que exista o no este consumo (Laespada, Iraurgi y Arastegi, 2004), de manera que, si la persona tiene una visión positiva acerca de las drogas, la posibilidad de que consuma será mucho mayor (Romero, 1996).

Dentro de los factores individuales, las habilidades sociales poseen también una gran importancia en relación al consumo, pues son aquellos recursos que sirven a la persona para crear relaciones satisfactorias, afrontar la realidad y le permiten expresar sus opiniones y sentimientos (Laespada, Iraurgi y Arastegi, 2004). Estas habilidades se presentan como conductas observables, como la mirada, los gestos o la forma y el contenido de la comunicación verbal, aunque también pueden tratarse de pensamientos y emociones, como la respuesta eficaz a las críticas, la ansiedad o la ira (Roca, 2014).

En caso de que estas habilidades sociales no resulten adecuadas, la persona será más vulnerable ante las diferentes situaciones que acontezcan en su vida, por lo que el consumo podría aportarle una sensación de confianza para enfrentarse a estas situaciones (Laespada, Iraurgi y Arastegi, 2004). En esta línea, autores como Pons y Berjano (1999) afirma que el consumo de drogas es una vía alternativa para satisfacer sus necesidades personales y sociales, así como una forma de lidiar ante una situación vital que no controla totalmente. Por tanto, se puede concluir que, si se poseen las habilidades y competencias sociales pertinentes para adaptarse y afrontar las diferentes situaciones, el consumo se vería reducido (Llorens, Palmer y Perelló, 2004)

A pesar de la importancia que recae sobre los factores anteriormente mencionados ante el consumo de cannabis, existen otros dos factores que se han considerado significativos para el consumo por la influencia que ejercen sobre la persona, los cuales son la autoestima y la adolescencia. Por ejemplo, Mesa y León-Fuentes (1996) y González, García-Señorán y González (1996) han encontrado una fuerte relación entre la autoestima y el consumo de cannabis, el cual aumenta si la autoestima es baja. En cuanto a la adolescencia, los datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017) expuestos anteriormente, muestran que es la etapa en la que se inicia el consumo con mayor frecuencia y donde más se concentra. Por tanto, debido a la relevancia y conexión entre estos factores y en base a los objetivos planteados para la elaboración de la presente propuesta de prevención, ambos serán expuestos con más detenimiento a continuación. En el caso de la adolescencia, se hablará de las diferentes etapas y sus características, así como de los cambios que surgen durante esta etapa y, en el caso de la autoestima, se delimitará y se mostrarán sus dimensiones y principales características.

## **ADOLESCENCIA**

La Organización Mundial de la Salud (2019) define la adolescencia como una etapa de crecimiento y desarrollo del ser humano posterior a la niñez y previa a la edad adulta, situada entre los 10 y los 19 años. Autores como Florenzano (1997), han completado esta definición aportando que el comienzo de la adolescencia es biológico debido a los cambios endocrinos que se producen y a sus consecuencias en el cuerpo, y su fin en psicosocial, al finalizar cuando la persona es capaz de determinar elecciones propias, por ejemplo, en cuanto a su pareja o a su trabajo. Dichos cambios, modulados por

factores tanto biológicos como culturales (Organización Mundial de la Salud, 2019), le servirán para adaptarse a su entorno más inmediato de la mejor manera posible, tanto desde un punto de vista endógeno como exógeno (Pérez y Merino, 2012).

Desde un punto de vista evolutivo, la adolescencia comprende varias etapas diferenciadas (Pineda y Aliño, 2002; Organización Mundial de la Salud, 2019), a pesar de no existir un claro consenso en la literatura sobre el rango de edad concreto que incluye cada una. Por ejemplo, Florenzano (1997), afirma que la adolescencia consta de tres etapas diferenciadas que son: *adolescencia inicial o temprana*, comprendida entre los 10 y 14 años de edad; la *adolescencia media*, de los 15 a los 17 años; y la *adolescencia tardía*, de los 18 a los 20 años. Sin embargo, otros autores, como Fantin (2006), establecen la adolescencia como un período que comienza a los 11 años de edad, cuando los cambios biológicos se hacen más visibles, pero cuyo final no está concretado debido a que considera que el desarrollo depende del individuo.

Por otro lado, Gaete (2015) y Hornberger (2006) han establecido tres rangos de edad sin una edad concreta en la que finalice la adolescencia, de manera que la *adolescencia temprana* comprendería de los 10 a los 13 ó 14 años, la *adolescencia media* desde los 14 ó 15 hasta los 16 ó 17 años y la *adolescencia tardía* de los 17 ó 18 en adelante.

Desde otro punto de vista, el hecho de que no se delimite una edad final de la adolescencia, es debido a que, según algunos autores como Peláez y Luengo (1996), la adolescencia finaliza cuando la persona ha concluido y completado las tareas del desarrollo como espera su familia y la sociedad. Así, estas tareas serían conseguir una identidad madura y una identidad sexual sana, tener un comportamiento responsable, así como conseguir una autonomía e independencia respecto de las figuras de referencia y ser capaces de establecer nuevas relaciones adecuadas.

En cualquier caso, dada la relevancia de este periodo para el desarrollo de la presente propuesta, a continuación, serán expuestas a modo de síntesis y según los autores previamente comentados, las etapas que la conforman con mayor detenimiento:

- *Adolescencia temprana* (10 – 14 años):

En esta primera etapa se producen cambios a distintos niveles, como son el psicológico, el biológico o el social. Los cambios más notorios son a nivel biológico,

pues se inician los cambios físicos y sexuales, lo cual preocupa al adolescente y le produce curiosidad sexual (Pineda y Aliño, 2002).

En cuanto al plano psicológico, se destaca una toma de conciencia del adolescente de su propia conducta, siendo más consciente de sus actos. Este conocimiento propio lleva al adolescente al egocentrismo, considerándose el centro de todo cuanto acontece. A pesar de ello, también siente y cree que el resto se preocupa por su conducta y apariencia física, lo que supone la existencia de críticas y admiraciones de los demás hacia él (Gaete, 2015). Además, esta etapa se caracteriza por la labilidad emocional del adolescente y por la impulsividad (Gaete, 2015), lo que provoca que sea más inestable.

Por otro lado, un aspecto relevante en esta etapa respecto al desarrollo cognitivo es la aparición del pensamiento formal, a partir del cual el adolescente lleva a cabo una toma de decisiones que necesita de habilidades sociales más complejas, las cuales se irán desarrollando de manera progresiva con el tiempo (Gaete, 2015).

Haciendo referencia al plano social, se observa que las relaciones con su entorno más directo son las más influyentes. En el caso de la familia, la relación que exista y la percepción que tenga el adolescente acerca de la valoración y opinión de ésta influye en la construcción de su autoimagen (Parker y Benson, 2004). A pesar de este factor, el deseo de independencia por parte del adolescente también es una característica muy destacable en esta primera etapa, el cual le hará enfrentarse a la autoridad y creará tensión en la unidad familiar (Gaete, 2015). En cuanto al grupo de iguales, existe una mayor dependencia de éste, suponiendo una fuente de bienestar para el adolescente (Gaete, 2015).

- Adolescencia media (15 – 17 años)

Durante esta etapa, continúa aumentando el deseo de independencia del adolescente, por lo que tiende a alejarse de su familia y acercarse al grupo de iguales, que adquiere máxima importancia para él, y busca su identidad personal desde una mayor individualidad. A pesar de esto, la imagen que tiene el adolescente de sí mismo se encuentra muy influenciada por el resto (Gaete, 2015), lo cual es considerado un aspecto muy significativo, pues las conductas que realice estarán

marcadas en mayor parte por la influencia del grupo de iguales más que por la motivación real del adolescente.

Referente a lo anterior, se observa que la impulsividad continúa siendo una característica importante de esta etapa.

En cuanto al desarrollo sexual, el adolescente comienza a aceptar su propio cuerpo, sintiéndose cómodo con él, e intenta hacerlo más atrayente, como por ejemplo a través de la ropa, el pelo, el maquillaje, etc. (Gaete, 2015). Además, también toma conciencia de su orientación sexual, preguntándose por quién se siente atraído, y, con ello, experimenta nuevas conductas sexuales (Gaete, 2015).

Puesto que en esta etapa el desarrollo cognitivo alcanza las habilidades de pensamiento abstracto y razonamiento, el adolescente ha de ser capaz de tomar conciencia sobre su propia persona y los demás, lo cual le hace ser más crítico y progresar más en su desarrollo (Gaete, 2015).

- *Adolescencia tardía* (18 años en adelante)

En cuanto al final de la adolescencia, Gaete (2015) señala el logro de la identidad y la autonomía como los factores más característicos de esta etapa, lo que repercute en que aspectos como la autoimagen no dependa del grupo de iguales, sino del propio adolescente, quien acepta los cambios y su imagen corporal. Con respecto a la primera, algunos autores han señalado que es uno de los factores más relevantes para la persona, pues es aquello que lo diferencia del resto, y está determinado por varios factores, como la aceptación del propio cuerpo y personalidad, la identidad sexual, la identidad vocacional y la identidad moral (marcadas por la “filosofía de vida”) (Muuss, 1996).

Por otro lado, la autonomía es considerada otro de los factores más relevantes, e implica una independencia psicológica y económica con respecto de sus figuras de apego, tarea que conseguirá desempeñar con el establecimiento y creación de relaciones más maduras y adecuadas con diferentes personas a través de habilidades sociales y personales que irá desarrollando a lo largo de su vida, como relaciones de pareja y amistad, además de mediante la adquisición de habilidades y competencias

personales y profesionales que le permitirán evolucionar y lograr dicha autonomía (Florenzano, 1997).

Además, el adolescente también puede tomar decisiones y resolver problemas de manera adecuada gracias a la adquisición del pensamiento abstracto de manera completa, que aumenta la capacidad de predecir las consecuencias de un suceso (Gaete, 2015), haciendo al adolescente más consciente tanto de su contexto como de la repercusión de sus acciones.

Una vez revisadas las principales características de las etapas de la adolescencia, a continuación, se explicará la relación entre la adolescencia y el consumo de cannabis. Por ejemplo, algunos autores han encontrado que la búsqueda de identidad personal y autonomía que se desarrolla durante toda la adolescencia hasta configurarse en la adolescencia tardía, junto con la necesidad de aceptación del grupo de iguales y del alejamiento de los valores familiares característicos de otras etapas como la adolescencia temprana, suponen aspectos de gran riesgo frente al consumo de cannabis (Sussman, Unger y Dent, 2004).

En el caso de la familia, a pesar de la distancia que toma de ella el adolescente, debe establecer una relación de afecto y supervisión, donde exista buena comunicación, un estilo parental equilibrado, una buena relación entre los progenitores, etc., pues en caso contrario supondrá un factor de riesgo en el consumo de cannabis (Serrano y Lavín, 1999). Por ejemplo, Fantin y García (2011) llevaron a cabo un estudio para establecer una relación entre los factores familiares y el consumo de sustancias adictivas, a través de una muestra de 1.143 adolescentes, y para lo cual se utilizaron dos instrumentos, que son una adaptación Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI, Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, 1995) y el Cuestionario de Identificación de Dependencia de las Drogas (CIDD, Fantin, 2004). De este estudio, concluyeron que aquellos adolescentes que tenían una mejor relación con su familia eran aquellos que no consumían drogas, además de que, en aquellas familias en las que no había un modelo educativo claro y estable, los adolescentes tendían a un mayor consumo.

En la misma línea, otro factor importante a destacar es la influencia del grupo de iguales, la cual se vuelve más significativa sobre todo en la adolescencia media. Esta influencia aumenta las conductas de riesgo debido a la presión que ejerce el grupo sobre el individuo, ya que el adolescente desarrolla comportamientos en función del grupo de

iguales antes que por su propia racionalidad. Estas conductas suelen estar asociadas al consumo de cannabis (Gaete, 2015).

Todos estos aspectos analizados han de tenerse en cuenta durante la implementación de un programa o propuesta socioeducativa, pues su eficacia en este grupo de población dependerá del adecuado análisis que se haga del mismo.

Sin embargo, existe otro factor que se considera de gran influencia ante la problemática del consumo de cannabis, la autoestima, la cual será presentada a continuación, teniendo en cuenta su delimitación, dimensiones y características.

## **AUTOESTIMA**

Como se ha expuesto a lo largo de este trabajo de fin de grado, la autoestima constituye un factor de gran influencia en el consumo de cannabis. Debido a esta influencia, trataremos este factor con mayor profundidad.

La autoestima como concepto tiene una definición concreta y precisa, y ha sido objeto de estudio de muchos autores, pero en muchas ocasiones se usa como sinónimo de conceptos como “autoconcepto”, “autoimagen”, etc., cuando en realidad no significan lo mismo (Branden, 1997; Clemens y Bean, 2001), por lo que se debe realizar previamente un trabajo de delimitación de este concepto, diferenciándole de aquellos a los que se atribuye su significado, sobre todo del término “autoconcepto”, con el que es más confundido comúnmente.

Según Watkins y Dhawan (1989), el autoconcepto correspondería con el componente de la personalidad cognitivo-perceptivo, es decir, la idea que una persona tiene de sí misma; en cambio, la autoestima se correspondería con el componente afectivo-evaluativo, definido como el aprecio, estima o amor que una persona siente por sí mismo. Sin embargo, otros autores han matizado otros aspectos para diferenciar ambos términos. Por ejemplo, González (1999) ha delimitado el autoconcepto como una dimensión cognitiva que forma parte del individuo y se definiría como las creencias y el conocimiento que posee la persona acerca de sí misma en diferentes aspectos que la configuran como tal, a través de la descripción de gran variedad de elementos que la persona jerarquiza dependiendo de la importancia que ésta les atribuya. En cambio, la autoestima sería para esta misma autora la valoración que hace la persona de su autoconcepto, es decir, de aquello de sí mismo que conoce, por lo que se incluyen

juicios de valor sobre la competencia y capacidad personal, así como sobre los sentimientos que generan dichos juicios (González, 1999).

Por tanto, se puede concluir que la autoestima se vincula a un componente puramente valorativo, coincidiendo con la definición que aporta González-Arratia (2001), quien entiende que la autoestima es la imagen que posee cada individuo de su interacción con el entorno y con él mismo, además de la jerarquía de objetivos y valores que definen la apreciación y valoración que tiene sobre él.

Según Alcántara (2001), la autoestima está compuesta por tres componentes, los cuales son el componente cognitivo, el afectivo y el conductual. El primero de ellos se refiere a cómo piensa la persona, es decir, cómo se considera y en qué medida se conoce, sus virtudes y defectos. En cambio, el componente afectivo hace referencia a cómo se siente la persona, la valoración favorable o desfavorable que tiene de ella misma. Por último, el componente conductual trata de cómo actúa la persona, haciendo referencia a si su comportamiento es coherente y adecuado acorde a lo que quiere. Sin embargo, Olivares (1996) añade un componente más, el cual se refiere la actitud de la persona hacia ella misma, compuesta por aspectos como la autoimagen, la autocrítica o la autoconfianza, que determinarán la aprobación o desaprobación a sí misma.

Desde un punto de vista analítico, la autoestima puede ser considerada como un continuo dentro del cual existen dos extremos, alta y baja. En este sentido, Campos y Muñoz (1992) apuntan que una persona con alta autoestima se caracterizaría por sentirse bien con ella misma, saber qué hace bien y qué puede mejorar, se vale por sí misma, lleva a cabo nuevas actividades, lucha por conseguir lo que desean, son respetuosos consigo mismas y con el resto, expresan su opinión y la defienden, son considerados con el resto y es responsable de sus acciones. Esto significa que una persona con alta autoestima no es aquella que en todo momento manifiesta competencias y capacidades adecuadas, sino que es aquella que se acepta tal y como es y es consciente de aquellas capacidades a mejorar (González, 1999). Por tanto, una persona con alta autoestima será capaz de hacer frente a las situaciones de la vida de manera adecuada.

En cambio, una persona con baja autoestima siente que no controla su propia vida y no se preocupa por ella misma, existiendo una desconfianza y minusvaloración propias, les cuesta aceptar las críticas y no conocen sus emociones, además de caracterizarse por

pensamientos negativos que la incapacitan para llevar a cabo una acción concreta, por lo que depende del resto para realizar alguna actividad, no posee una visión realista de ellas mismas, evitar nuevos riesgos y tomar la iniciativa (Campos y Muñoz, 1992), lo cual provoca una insatisfacción con ellas mismas que repercute en todas sus áreas.

Una vez descrita qué es la autoestima, así como sus componentes y dimensiones principales, se comentará su relación con la adolescencia. En este sentido, la adolescencia y la autoestima guardan una estrecha relación, pues esta última se encuentra sujeta a cambios durante la adolescencia y continúa configurándose en esta etapa (Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2004). Por otro lado, Caño y Rodríguez (2012) y Mesa y León-Fuentes (1996), han afirmado que una baja autoestima en la etapa de la adolescencia puede derivar en problemas más graves en la vida adulta, como es el caso del consumo de drogas por la falta de recursos y habilidades que esta supone para adoptar una postura contraria a su consumo. Esta baja autoestima suele darse sobre todo durante la etapa inicial, pues es aquella en la que se producen más cambios y aparecen nuevas tareas evolutivas que realizar, aspectos ante los que el adolescente siente no estar preparado (Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2004).

Por otro lado, se puede observar que la autoestima es considerada un factor de riesgo en relación con el consumo de cannabis. En esta línea, autores como Musitu y Herrero (2003), realizaron un estudio con el que trataron de relacionar el consumo y las dimensiones de la autoestima en una muestra de 762 adolescentes de entre 11 y 16 años. Para ello, usaron instrumentos que medían el consumo, la autoestima, la depresión y los eventos vitales estresantes, así como la hora de llegada a casa los fines de semana y el dinero semanal disponible, concluyendo que una baja autoestima en ciertas áreas como la familia y la sociedad favorece el inicio de consumo de cannabis.

Otro estudio, llevado a cabo por Alfonso, Huedo-Medina y Espada (2009), pretendía establecer una relación entre el patrón de consumo en adolescentes y los factores predictores del mismo, a través de una muestra de 292 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. Para ello, se realizaron dos cuestionarios, el *Cuestionario de consumo de drogas* (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009) y el *Cuestionario de Factores de Riesgo Interpersonales para el consumo de Drogas en Adolescentes* (FRIDA; Secades, Carballo, Fernández-Hermidia, García y García, 2006). A partir de ellos, se estableció una correlación negativa entre las variables sociales y familiares,

dentro de las cuales se sitúa la baja autoestima, y el consumo de cannabis. Por ejemplo, en la muestra seleccionada se observa que, de 82 encuestados, casi la mitad (48'8%) consume cannabis una vez al mes. De esta manera, encontraron que aquellos adolescentes que consumen tabaco y alcohol con mayor frecuencia, no tienen normas familiares bien establecidas, tienen fácil acceso al cannabis y a un grupo de iguales con valores y actitudes favorables hacia las drogas, además de una baja autoestima, son más proclives al consumo de cannabis.

Una vez analizados los factores que promueven el consumo de cannabis, a continuación, se describirán algunos modelos que han sido implementados para trabajar su prevención en población adolescente, con el objetivo de resaltar sus principales características. Dichos aspectos servirán como punto de partida para la posterior presentación de una propuesta de prevención propia como parte de los objetivos de este trabajo de fin de grado.

## **PROGRAMAS DE PREVENCIÓN**

A continuación, se expondrán los programas Construyendo Salud (Luengo y cols., 2002), Dédalo (Larriba, Durán y Suelves, 2004) y Nexus (Martínez, Pérez y De Las Heras, 2011), los cuales han sido utilizados en la prevención del consumo de sustancias en adolescentes.

Construyendo Salud, elaborado por Luengo y cols. (2002), es un programa de promoción del desarrollo personal y social centrado en los factores sociales y psicológicos que facilitan el inicio del consumo de sustancias y el desarrollo de conductas antisociales durante la adolescencia, dirigido a menores entre los 11 y los 13 años de edad.

Este programa se compone de varias sesiones que tratan aspectos como la información acerca del tabaco y del alcohol, la toma de decisiones, la autoestima, el control emocional, las habilidades sociales, la tolerancia y la cooperación y el ocio y tiempo libre. Respecto a la autoestima, se trabaja de manera indirecta, mediante actividades en las que el adolescente analice y sea consciente de su autoimagen, dotándole de diferentes herramientas para ello, además de fomentar su potenciación e importancia que tiene para cada uno.

La evaluación de este programa se realiza a través de una sesión de mantenimiento, la cual consiste en realizar un seguimiento un mes después de la finalización del programa para conocer las experiencias vividas con las habilidades sociales trabajadas, así como para analizar nuevos problemas y trabajar las posibles formas en las que podría resolverse de manera conjunta.

Dédalo es un programa de prevención del consumo de drogas elaborado por Larriba, Durán y Suelves (2004), dirigido a familias con hijos e hijas entre los 9 y los 13 años, con sesiones conjuntas e individuales entre ambas partes. Atendiendo a su finalidad, trata de modificar los factores de protección y de riesgo que aparecen en la etapa de la adolescencia y aquellos relacionados con el ambiente familiar, buscando la prevención del consumo de sustancias a través del entrenamiento en habilidades educativas y de la mejora de la relación familiar.

Así, en este programa se trabajan aspectos como la comunicación y las críticas, la reducción de conflictos y la mejora de la relación, la gestión de emociones negativas y el autocontrol, las normas y límites, supervisión, sanciones y vinculación familiar, resolución de conflictos, la información sobre el uso y consumo de drogas, así como el posicionamiento de la familia en dicho tema, las creencias normativas y el ocio y tiempo libre. Haciendo referencia a la autoestima, debido a que es un factor que se encuentra altamente vinculado con la aprobación y el afecto familiar, este programa la trabaja potenciando la relación entre padres e hijos. Esto se realiza a través de diferentes sesiones tanto conjuntas como individuales entre padres e hijos donde se trabajan habilidades sociales, autocontrol, relaciones interpersonales, etc. También se trabaja el posicionamiento sobre el consumo, hacia el cual deben estar en contra y de manera clara, igual de importante que el estilo parental adoptado por la familia, donde si es equilibrado existirán una serie de normas que estén claras y sean cumplidas.

Este programa es evaluado a través de diferentes instrumentos cuyos indicadores reflejen los estilos educativos de los padres, los cambios que se han producido tras la implementación del programa y la satisfacción de los participantes con el programa. Además, se recomienda que estos cuestionarios se realicen de manera asistida, es decir, en presencia del educador/a.

Nexus es un programa de prevención del consumo de drogas elaborado por Martínez, Pérez y De Las Heras (2011), dirigido a niños y niñas de entre 10 y 13 años cuyos padres y madres hayan participado en el programa “Moneo”, un programa de prevención del consumo de drogas (Larriba, Durán y Suelves, 2006) enfocado en modificar los factores de riesgo y protección del entorno familiar, a través de la información sobre las drogas hacia los padres, la mejora de sus habilidades educativas y la clarificación del posicionamiento familiar acerca del consumo de drogas.

En referencia al programa Nexus, cabe destacar que se centra principalmente en dos variables, aquellos aspectos relacionados con el consumo de drogas y, de manera paralela, en las competencias personales y sociales del preadolescente. En esta segunda variable, destacan la autoestima y la inteligencia emocional. Estos aspectos se trabajan a través de la adquisición de habilidades y capacidades personales, como son la asertividad y las habilidades de comunicación, la inteligencia emocional, la autoestima, la autocomunicación, el pensamiento positivo y la presión grupal. La idea principal al trabajar la autoestima es que se adquiera la idea de que es un factor que afecta al estado de ánimo y a otras muchas áreas vitales, como a la salud o a las relaciones interpersonales, pero sabiendo que no es algo ajeno al control personal, al contrario, es un aspecto que podemos trabajar para mejorarlo y que se fortalezca.

La evaluación de este programa se realiza a través de diferentes escalas específicas, las cuales se centran en cada componente trabajado durante el desarrollo del mismo. Así, las escalas valorarán diferentes aspectos como la ocupación del tiempo libre, la vida escolar y familiar, su propia autoestima y autocontrol, sobre la forma de pensar o de comportarse de las personas, etc. Además, se incluyen cuestionarios para los educadores encargados de dirigir las diferentes sesiones, elemento de gran relevancia para la autoevaluación.

Tras la exposición y el análisis de los tres programas, podemos concluir una serie de aspectos que se tendrán en cuenta a la hora de desarrollar la propuesta de prevención de este trabajo. Así, se puede observar que todos ellos tratan de solventar una necesidad, como es la reducción del consumo de drogas en un colectivo concreto, en este caso los adolescentes. A pesar de plantear tal finalidad en dicho grupo social, se ha tenido en cuenta que es necesario llevar a cabo este programa con los chicos y chicas antes de que hayan entrado en edad adolescente y, por tanto, haya existido la posibilidad de haber

mantenido contacto con las drogas. Es decir, la prevención debe realizarse tiempo antes de que el adolescente haya alcanzado la edad media de inicio del consumo, para que así se hayan trabajado previamente los aspectos que quieren evitarse.

Además, otro de los aspectos que cobran importancia en estos programas es la elaboración de actividades adaptadas a cada componente trabajado y que se encuentren en conexión con el resto. Así, si se trabaja la autoestima, también han de trabajarse las habilidades sociales, pues servirán para complementar el trabajo realizado en base a la autoestima y conseguir que el programa cobre un sentido holístico durante su aplicación y posterior evaluación.

La evaluación de estos programas, a excepción de Construyendo Salud, se basa en escalas y cuestionarios fiables que sean capaces de evaluar los aspectos trabajados durante el desarrollo de cada programa, para lo cual han de ser validados antes de ser implementados. Además, en todos ellos se refleja la satisfacción de los usuarios con el programa, así como las modificaciones en los comportamientos y conductas de cada destinatario.

Una vez realizada la revisión teórica y analizados todos estos aspectos, destacando el consumo de cannabis, así como la autoestima y la adolescencia como factores asociados a dicho consumo, se presentará la propuesta de prevención planteada, siendo la fundamentación teórica expuesta la principal base para su elaboración y desarrollo.

# PROPUESTA DE PREVENCIÓN

A lo largo de este trabajo de fin de grado se ha expuesto una revisión acerca del consumo de cannabis con el fin de elaborar una propuesta de prevención que será expuesta a continuación.

En un primer momento, se observó que dentro de las conductas de riesgo en la sociedad había una tendencia ascendente en el consumo de cannabis. Indagando en este aspecto, se encontraron datos acerca de que este consumo se inicia y se produce en mayor parte en población adolescente. Por ello, se realizó una revisión acerca de ambos temas, y se encontró una correlación con la autoestima, la cual resulta un factor de gran influencia en el consumo de cannabis, a la vez que se observó la estrecha relación que guarda con la etapa de la adolescencia.

Una vez analizados estos aspectos, se buscaron estrategias e intervenciones socioeducativas dirigidas a la reducción de este consumo en adolescentes. Así, se observó que los programas de prevención resultan efectivos si se realizan teniendo en cuenta todos los factores que son relevantes en relación con los temas eje. Por ello, se planteó la elaboración de una propuesta de prevención con población adolescente en la que el consumo de cannabis sea el tema central. Para este fin, no sólo se trabaja en ella el consumo de manera directa, sino que también se trabaja la autoestima como factor asociado a este consumo.

La presente propuesta de prevención está dirigida a un grupo de adolescentes, entre 20 y 25 alumnos para una mayor fluidez y mejor comunicación, de un instituto de Educación Secundaria Obligatoria, con edades comprendidas entre los 11 y los 14 años, correspondientes a los primeros cursos de esta etapa escolar. Se ha escogido este rango de edad debido a la necesidad de implementar el programa antes de que el adolescente haya alcanzado la edad media de inicio del consumo y, por tanto, haya podido darse éste. Además, se ha elegido dicho rango de edad porque se corresponde con el periodo de la adolescencia temprana que, según se ha expuesto anteriormente, es la etapa de la adolescencia en la que se posee una menor autoestima.

## **OBJETIVOS**

Para la elaboración de esta propuesta de prevención se ha planteado un objetivo general y una serie de objetivos específicos concretados en los siguientes puntos:

### Generales:

- Prevenir en los participantes el consumo de cannabis, a través de la exposición de un marco donde se recojan los aspectos principales que han de conocerse para afrontar su consumo, así como acerca de la autoestima como factor que influye en el mismo.

### Específicos:

- Informar acerca del consumo de sustancias, justificando la preocupación social ante esta conducta de riesgo y la importancia de adquirir nuevos mecanismos que sean adecuados para afrontarla.
- Mostrar las principales consecuencias del consumo de cannabis, indicando aquellos aspectos psicológicos, biológicos y sociales que se verán perjudicados.
- Resaltar la importancia de trabajar la autoestima para aumentar la prevención del consumo de cannabis.
- Informar acerca de qué es la autoestima y cómo diferenciar una baja y alta autoestima, exponiendo ejemplos y señalando la importancia de una alta autoestima en todos los aspectos vitales.
- Ofrecer estrategias para trabajar la autoestima desde una perspectiva individual y grupal que les ayude a potenciarla de manera autónoma.
- Llevar a cabo una campaña de sensibilización en la que se trabaje el consumo de cannabis y de la autoestima en el centro con el material didáctico elaborado por el grupo participante.
- Evaluar los resultados de las sesiones realizadas a través de tres cuestionarios diferentes que se realizarán al final de determinadas sesiones, pudiendo así comprobar el impacto que han tenido en el grupo.

## RECURSOS Y TEMPORALIZACIÓN

Para poder llevar a cabo esta propuesta de prevención se han planteado una serie de recursos que serán necesarios en el desarrollo de las diferentes actividades planteadas en las sesiones. Estos recursos son las condiciones espacio-temporales y los recursos materiales, humanos y financieros.

El **espacio** en el que se desarrollará esta propuesta será un instituto, para los alumnos que se encuentren cursando Educación Secundaria Obligatoria. El taller se realizará en un aula dispuesta de todos los recursos que serán necesarios para su puesta en marcha, los cuales se presentarán más adelante.

En cuanto a la **temporalización**, se llevarán a cabo seis sesiones distintas dentro del horario lectivo del centro. Para su organización, se ha planteado un cronograma donde se aparece la organización del taller (ver Tabla 2)

**TABLA 2: CRONOGRAMA DE LAS SESIONES**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
	SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3	SESION 4	SESIÓN 5
1 HORA 30 MIN	EXPOSICIÓN SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y CANNABIS	HISTORIA DE VIDA DE UNA PERSONA DROGODEPENDIENTE Colaboración	AUTOESTIMA Y CONSUMO Actividades y dinámicas de introducción y relación	AUTOESTIMA Actividades individuales <i>*Nota</i>	AUTOESTIMA Actividades grupales
	SESIÓN 6				
4 HORAS	ELABORACIÓN MATERIAL DIDÁCTICO				

*\*Nota: la sesión 4 tendrá una duración de dos horas, ya que se ha considerado de mayor importancia trabajar la autoestima de manera individual aportando estrategias y herramientas de las que pueda valerse la persona por sí misma para mejorarla de manera autónoma.*

En cuanto a los **recursos materiales**, serán necesarios para desarrollar las sesiones los siguientes: las fichas de actividades (ver Anexos 1, 3, 5, 6, 7, 8 y 9) y cuestionarios (ver Anexos 2, 4, 10, 11 y 12), un ordenador, un proyector, un pendrive que contenga el

PowerPoint acerca del consumo de sustancias, folios, cartulinas, posits, un ovillo de lana, bolígrafos y rotuladores de colores variados.

Como **recurso humano**, para la puesta en marcha de este taller, será necesario un educador o educadora social, que haya trabajado previamente y en profundidad ambos temas a tratar para dirigir el desarrollo del mismo. También se hará necesaria la participación de un colaborador, una persona drogodependiente que cuente su experiencia e historia de vida en relación con el consumo al grupo mediante una intervención en la segunda de las sesiones, así como la colaboración de los profesionales del instituto, como son el director o los profesores, para permitir así la organización de los tiempos y espacios concretos para la intervención.

## **METODOLOGÍA**

Las sesiones que se llevarán a cabo tendrán principalmente una metodología participativa y cooperativa, donde serán los propios adolescentes los que vayan adquiriendo, mediante diferentes actividades planteadas para el desarrollo de las sesiones, las capacidades y habilidades que faciliten reforzar su autoestima, a la vez que prevenir el consumo de cannabis.

Para ello, la primera sesión servirá como presentación de la propuesta de prevención en general, qué temas se tratarán, qué se pretende con ella y cómo se desarrollará el taller, permitiendo que el grupo sea partícipe desde el primer momento y conozca las intencionalidades educativas de esta propuesta. También se resaltarán que la propuesta es puesta en marcha desde la Educación Social, destacando así la importancia de este ámbito.

Tras esta introducción y para las dos primeras sesiones, se adoptará una metodología expositiva y transmisiva que dará información a los participantes sobre el cannabis y sus efectos, así como sus consecuencias más directas sobre la persona y su entorno, tanto a corto como a largo plazo. Para ello, se hará hincapié en los datos del Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social (2017) para visibilizar el grave problema que supone en nuestra sociedad hoy en día y justificar la importancia de adquirir una conducta adecuada ante el consumo de sustancias. En cuanto a la segunda sesión, se contará con un colaborador, una persona drogodependiente que conozca en primera persona este ámbito y que cuente su experiencia con las drogas a los participantes, mostrando la realidad desde un plano más cercano y real para ellos, permitiéndoles

participar y crear un diálogo favorable con la persona invitada que les permita resolver todas sus dudas.

El desarrollo de las tres siguientes sesiones será más práctico, puesto que están planteadas para trabajar la autoestima a través de dinámicas y actividades concretas, de manera que el carácter participativo y cooperativo entre los alumnos de clase será esencial para adquirir los distintos mecanismos y herramientas que se trabajarán. Así, la exposición de diferentes supuestos, el acercamiento a la realidad, la cooperación entre compañeros o la reflexión personal, son formas muy útiles de llevar a cabo una propuesta de prevención, por lo que serán puestas en práctica durante la misma.

Como finalización de la propuesta, se usará una metodología creativa en la que sea el grupo con el que hemos trabajado el que elabore material didáctico sobre el consumo de cannabis y la autoestima, que será expuesto en el centro para que el resto de compañeros puedan acercarse más a estos temas y la propuesta tenga una mayor incidencia en los adolescentes.

## **SESIONES**

Como se ha mencionado anteriormente, esta propuesta de prevención se encuentra dividida en seis sesiones distintas, en las que se integren los aspectos eje acerca de los que se van a trabajar, es decir, el consumo de cannabis y también, en relación a éste, la autoestima.

### **○ PRIMERA SESIÓN**

El objetivo de esta primera sesión es dar a conocer la problemática del consumo de drogas en nuestra sociedad, incidiendo en el consumo de cannabis de los adolescentes y las consecuencias que supone. De esta forma, se pretende crear conciencia acerca del abuso de esta sustancia, mostrando así la necesidad real de frenar el consumo.

Para su desarrollo, se presentará un PowerPoint acerca del tema que vamos a tratar inicialmente, el consumo de cannabis, y en la problemática que surge a raíz de dicho consumo. Para su desarrollo, esta sesión tendrá una duración de una hora y media.

Durante los primeros diez minutos, se realizará una presentación al grupo de la propuesta de prevención completa, qué se pretende trabajar con ella, los aspectos que se van a tratar y cómo, así como destacar que esta propuesta se ha elaborado desde el

ámbito de la Educación Social. Tras esto, habrá otros cinco minutos para que cada persona del grupo se presente, mediante una rueda de nombres en la que además deberán decir su edad y una o dos características que crea que le definen. Una vez que todos se han presentado, lo hará la persona encargada de dirigir la sesión.

Tras esto, se preguntará al grupo qué sabe acerca del consumo de cannabis, para conocer la percepción que tienen acerca de él y guiar la sesión en base a ella. Para ello, se realizará en cinco minutos un ejercicio de *brainstorming* que refleje las ideas previas del grupo con la dinamización del educador o educadora a través de preguntas formuladas de manera aleatoria al grupo.

Posteriormente, se introducirá la presentación del PowerPoint, con una duración aproximada de 40 minutos. Para ello, se comenzará aportando definiciones básicas de conceptos importantes que vayan a surgir a lo largo de la exposición, como “sustancia psicoactiva”, “droga legal”, “droga ilegal” o “cannabis”. Estos conceptos irán acompañados por ejemplos sencillos (alcohol y tabaco como drogas legales, cannabis y cocaína como drogas ilegales, etc.), para evitar errores conceptuales y que el grupo comprenda el tema tratado de manera más clara.

Seguidamente, se expondrán las cifras y datos obtenidos acerca de la situación del consumo de sustancias en nuestro país, a través de los porcentajes que encontramos en la población y en adolescentes. Posteriormente, se representarán dichos datos como si de una muestra de los alumnos de clase se tratase, para que esa representación acerque al grupo aún más a esta realidad, comentando dichos datos atendiendo a sus opiniones con preguntas que aporte el educador o educadora de manera espontánea.

A lo largo de esta presentación, se irá introduciendo el cannabis como tema eje de la sesión, poniendo especial atención en los efectos adversos que causa su consumo en diferentes áreas: la biológica, la cognitiva y la social. Esta parte de la sesión es de las más importantes, pues en ella se demuestra la necesidad de prevenir este consumo para evitar estas consecuencias, las cuales serán mostradas al grupo a través de imágenes como accidentes de coche o pulmones en grave estado por el consumo. Estas imágenes serán comentadas y compartidas por los participantes, pues constituyen elementos más visuales e impactantes para la reflexión de la clase (ver Anexo 1). Para finalizar, se expondrán una serie de factores que influyen en el consumo de cannabis, como la

familia, los amigos, las actitudes y creencias propias, etc., destacando la baja autoestima como un factor a trabajar y mejorar por su influencia con el consumo.

Como cierre, se realizará una reflexión grupal de 15 minutos acerca de lo trabajado durante la sesión, sobre la importancia que supone para alguien no iniciarse en el consumo de drogas y conocer los riesgos que esta práctica perjudicial conlleva. Para finalizar, se introducirá en cinco minutos la sesión siguiente, para la cual se contará con una persona drogodependiente que cuente su historia de vida al grupo. Además, se les entregará un cuestionario con 10 ítems que deberán responder en diez minutos de forma anónima (ver Anexo 2), los cuales se analizarán para una autoevaluación del trabajo llevado a cabo por el educador o educadora que haya dirigido la sesión, comprobando que haya tenido el impacto esperado en los participantes y haya cumplido los objetivos previstos.

#### ○ **SEGUNDA SESIÓN**

El objetivo de esta sesión es mostrar las consecuencias del consumo de manera más cercana, a través de la historia de vida de una persona drogodependiente que asistirá a dar una charla al grupo. Esta historia de vida debe caracterizarse por el inicio del consumo de cannabis durante la adolescencia y su mantenimiento a lo largo de la vida hasta derivar en problemas más graves. De esta manera, los adolescentes empatizarán con la persona colaboradora, estableciendo una conexión emocional con ella que les permitirá conocer este contexto de manera más real y cercana.

Para su puesta en marcha, serán necesarios como materiales los documentos que correspondan a la misma (ver Anexos 3 y 4), y su duración será de una hora y media.

Al comienzo de la sesión, se usarán los diez primeros minutos para hacer una recapitulación a través de una lluvia de ideas acerca de lo visto en la sesión anterior. Posteriormente, aún sin la presencia del invitado, se introducirá la segunda, de manera que en los siguientes quince minutos se leerá y comentará entre todo el grupo un trozo de la historia de vida de la persona invitada (ver Anexo 3). En ella, deben reflejarse sucesos impactantes en relación con el consumo de cannabis. Este fragmento ha de ser atractivo para el grupo, de forma que emerja la curiosidad por saber más acerca de la persona sobre la que están leyendo. Una vez leída, se comentará qué primera impresión les ha

surgido, cómo creen que será ahora esa persona, qué piensan acerca de ella, etc., para generar interés y sacar el máximo provecho posible a la intervención del colaborador.

Tras esto, presentaremos a la persona autora de dicha historia de vida, quien la expondrá al grupo en la siguiente media hora. En este tiempo, deben anotar aquellos aspectos que más les hayan llamado la atención o impactado, para crear posteriormente un diálogo que sirva de reflexión y valoración final, así como para resolver las dudas que puedan tener. Así, una vez escuchada a la persona invitada, se dejarán veinte minutos para establecer este diálogo entre el grupo y el invitado, y después recibirán un cuestionario acerca de la sesión que contribuya a la evaluación de la misma (ver Anexo 4).

Para finalizar la sesión, se despedirá al invitado agradeciéndole su participación y todo lo aprendido durante la misma gracias a su historia de vida, quien podrá valorar su aportación a través de un *feedback*, revisando los cuestionarios planteados al grupo una vez acabada la sesión. Posteriormente y tras recoger los cuestionarios, el educador o educadora hará una pequeña introducción de cinco minutos acerca de la siguiente sesión, exponiendo que se trabajará la autoestima como factor asociado al consumo de cannabis.

### ○ **TERCERA SESIÓN**

El objetivo principal de esta sesión es mostrar la importancia de trabajar la autoestima como factor que influye en el consumo de cannabis. Así, esta sesión servirá de transición entre ambos temas, exponiendo la relación que existe entre ellos.

Para su desarrollo y durante una hora y media, se realizarán diferentes actividades para las cuales serán necesarios materiales como los documentos correspondientes con las dinámicas (ver Anexos 3, 5, y 6) y rotuladores de varios colores. Además, esta sesión tendrá una duración de una hora y media.

Se comenzará con una recapitulación de diez minutos acerca de las dos sesiones anteriores a través de un ejercicio de *brainstorming*, sintetizando entre todo el grupo los elementos más relevantes. Posteriormente, se introducirá la sesión preguntando al grupo qué saben acerca de la autoestima. Para ello, se realizará un cuestionario de diez minutos (ver Anexo 5) y luego se hará una puesta en común de quince minutos guiada por el educador o educadora, con el objetivo de explicar este concepto.

Una vez conceptualizado este término, se expondrán las dimensiones de la autoestima, las cuales son alta o baja. Para trabajar en base a ellas, se realizará la dinámica

**“Diferente perspectiva”** (ver Anexo 6), con una duración de 20 minutos. Así, el objetivo de esta dinámica consiste en aprender las diferencias entre una alta autoestima y baja autoestima. Para comenzar, se entregará a cada uno una ficha en la que se muestra una situación cercana a ellos, en este caso, la elección de delegados en clase. Posteriormente, se leerá la situación entre todo el grupo y, de manera individual durante diez minutos, deben escribir en cada una de las frases o expresiones que consideren que forman parte de una baja o alta autoestima. Una vez realizado este ejercicio, se hará una puesta en común entre el grupo y se comentará la actividad durante los siguientes diez minutos, de manera que la persona que dirige la sesión aportará ejemplos sobre la diferencia entre alta y baja autoestima en otras situaciones, como ante un examen que creemos difícil, una decisión importante, etc., y se animará a los participantes a que pongan más ejemplos.

A partir de los ejemplos anteriores, se llevará a cabo la última dinámica de la sesión en los próximos veinte minutos, llamada **“La autoestima también previene”** (ver Anexo 7), con el objetivo de mostrar la importancia que tiene trabajar la autoestima como factor asociado a la prevención del consumo de cannabis. Para esta actividad se organizará a los participantes en grupos de cuatro o cinco personas y a cada grupo se le entregarán una serie de frases e ideas relacionadas con la autoestima. Una vez leídas, pasarán a ser comentadas y dialogadas entre el pequeño grupo en diez minutos. Para establecer este diálogo, se propondrá al grupo que comente si alguna vez han pensado, sentido o actuado como se describe en las frases, cuáles piensan que pueden ser las consecuencias de dichas situaciones y si éstas podrían llevar a la persona al consumo de cannabis. Una vez hecho esto, se pasará a comentar con todo el grupo las ideas que han surgido durante otros diez minutos.

Para finalizar, se usarán los cinco últimos minutos para que el educador o educadora realice una introducción acerca de la siguiente sesión, donde se trabajará la autoestima individualmente, exponiendo la importancia de valorarnos y tener una alta autoestima.

#### ○ CUARTA SESIÓN

El objetivo de esta sesión es trabajar la autoestima de manera individual para ofrecer a cada participante distintas formas de conocer la suya propia y cómo reforzarla. Para ello, se llevarán a cabo varias dinámicas que trabajen la forma que tiene cada adolescente de valorarse.

Durante los primeros diez minutos, se realizará una puesta en común acerca de las sesiones anteriores, preguntando acerca de cuáles han sido los aspectos más importantes que se han trabajado y con qué motivo. Después, se presentará la cuarta sesión, explicando al grupo que tratará de ofrecerles mecanismos que les permitan tener una percepción real acerca de su autoestima y cómo pueden mejorarla de manera individual.

La primera de las actividades se llama “**El reflejo de lo que soy**” (ver Anexo 8), con una duración de quince minutos, la cual tiene el objetivo de conocer la percepción que tienen los adolescentes de sí mismos en distintas áreas de su vida. Para el desarrollo de la actividad, cada participante debe rellenar una ficha en la que aparecen seis áreas distintas de la persona (mi aspecto físico, mi personalidad, mi manera de pensar y cómo me ven los demás) indicando los aspectos positivos y aquellos a mejorar de cada una, de manera que les permita valorar sus características y conocer de qué manera se ven a sí mismos.

Una vez llevada a cabo la actividad, en los diez minutos siguientes se formarán parejas, y cada una comentará dichos aspectos con su compañero, para luego hacerlo en gran grupo, haciendo hincapié en cómo podrían mejorar aquellos aspectos que no han sido valorados como positivos a través de un ejercicio de *brainstorming*.

A continuación, se realizará una dinámica de veinticinco minutos llamada “**Véncete**” (ver Anexo 9), en la que los participantes deberán, durante un tiempo de diez minutos y a partir de unos enunciados negativos expresados a través de una opinión sobre diversas situaciones, convertirlos en enunciados positivos. El objetivo consiste en aprender a cambiar el modo de ver las cosas para hacerlo de la manera más positiva y realista posible, mejorando así la percepción que tenemos acerca de nosotros mismos en una situación determinada.

Al finalizar, expondremos la frase: “todo tiene su lado bueno y su lado malo, todo depende de cómo lo miremos...”, para generar una reflexión grupal, y comentaremos durante quince minutos algunos de los ejemplos que han modificado ellos mismos, mostrando la importancia que significa tener un pensamiento más positivo y de afrontamiento para resolver las diferentes situaciones que se nos presentan a lo largo de toda nuestra vida.

Como última actividad de la sesión, realizaremos durante treinta minutos la dinámica **“Desafío: comportarse”** (Mesquita y Alberto, 2009) (ver Anexo 10), con el objetivo de conocer las conductas y acciones del día a día que realizamos, sus consecuencias y cómo pueden mejorarse, además de reconocer los pensamientos asociados a la percepción que tenemos acerca de nosotros mismos. Para ello, se dispondrá a los alumnos de un bolígrafo y una ficha con distintas situaciones en las que deban indicar cuatro aspectos relativos a ellas, los cuáles son cómo reacciona ante la situación, las alternativas a ella, las consecuencias de su reacción y de las diferentes alternativas y la alternativa que crean que es más adecuada acorde a la situación expuesta. Al acabar esta parte y durante los próximos quince minutos, se procederá a poner en común las respuestas a las situaciones propuestas, valorando cada alternativa y escogiendo cuál de las planteadas por los compañeros sería más útil.

Una vez finalizada la sesión, se planteará un cuestionario de evaluación de la sesión (ver Anexo 11) de diez minutos a los participantes, con el objetivo de saber si se ha desarrollado adecuadamente. Tras esto, se introducirá la siguiente sesión en los últimos cinco minutos, explicando que se trabajará la autoestima desde la cooperación y comunicación con los compañeros del grupo acerca de las perspectivas que tienen de cada uno.

#### ○ QUINTA SESIÓN

Con el objetivo de reforzar los conocimientos de la sesión previa y debido a que la autoestima también se ve influida por las opiniones de las personas que nos rodean, en esta sesión se trabajará la autoestima de manera grupal.

Al inicio, se hará una síntesis en conjunto con el grupo durante los primeros diez minutos para recordar la importancia de tener una alta autoestima para prevenir el consumo de cannabis y qué maneras se han visto para potenciar la autoestima.

Una vez realizada la síntesis, se trabajará la autoestima de manera grupal. Para ello, se comenzará con una dinámica de veinte minutos llamada **“Caricias por escrito”**, cuyo objetivo es conocer la percepción que tienen sus compañeros acerca de ellos, mostrando que todos vemos cualidades positivas en el resto, así como averiguar otros aspectos de nosotros mismos que desconocíamos.

Debido al tamaño del grupo, se dividirá la clase en tres o cuatro grupos distintos, y se repartirá a cada participante un bolígrafo y dos folios, y con uno de ellos, deben primero fabricar un sobre sencillo con su nombre; y el otro folio deben partirlo en el mismo número de trozos como compañeros haya en su grupo. Una vez hechos los trozos, se escribirá en cada uno un nombre correspondiente a otra persona del grupo, hasta que no quede ninguno. Después, escribiremos dos cualidades que queremos destacar de cada uno de ellos y una crítica constructiva acerca de un aspecto a mejorar y por qué. Una vez escritos todos los papeles, se realizará un intercambio de papeles entre los componentes del grupo, sirviendo el sobre fabricado al principio como recipiente de los mensajes de sus compañeros. Dejaremos unos minutos para que todos lean sus mensajes, y pasaremos a comentar la actividad: cuál ha sido el mensaje que más les ha sorprendido y por qué, qué cualidades sabían que tenían y cuáles nuevas les han descubierto, si a alguien le han hecho una crítica y cómo la ha encajado, etc. De esta manera, todos los participantes conocerán la percepción que tiene el resto acerca de él.

Para una mayor retroalimentación del grupo, se realizará una segunda dinámica durante quince minutos llamada **“El precio de las etiquetas”**, con el objetivo de crear conciencia acerca de que la percepción y valoración que tenemos acerca de nosotros mismos no es siempre acorde a la que tienen los demás, además de conocer distintas formas de cambiar aquellas cualidades de ellos mismos con las que no se sienten cómodos.

Para su desarrollo, se repartirá entre cada participante cinco posits y un bolígrafo, y se les explicará que deberán escribir en cinco minutos una cualidad que no les agrada de ellos mismos y consideren algo negativo en cada posit. Después, deberán ponérselos por el cuerpo y, durante diez minutos, ir dando vueltas por la clase todos juntos, fijándose en las “etiquetas” que se ha puesto el resto, mientras el educador o educadora observa lo que va ocurriendo en el aula. Cuando alguien vea una cualidad que no considere acorde con su compañero, le quitará el posit y le argumentará por qué él piensa que no debería llevarlo puesto, y su compañero lo anotará por la parte de detrás del posit y lo guardará para recordarlo. En cambio, si uno de ellos observa una cualidad negativa en un compañero que considera real y sabe cómo podría mejorarlo, se acercará a su compañero y le comentará qué ha pensado para mejorar esa cualidad, y éste deberá anotarlo y guardarlo también.

Tras realizar la actividad, se hará una puesta en común de diez minutos acerca de cómo las cualidades negativas que cada uno considera que posee, no tienen por qué ser una percepción real, y si lo son, pueden ser modificadas si sabemos cómo, y comentaremos las de aquellos compañeros que no hayan sido resueltas, para que la clase en conjunto proponga cómo pueden ser mejoradas y todos ellos puedan día tras día fortalecer su autoestima.

Como última actividad, se realizará la dinámica “**Algo de mí que no sabías**”, con el objetivo de expresar cualidades que los compañeros desconocen y que sepan valorarlas. De esta manera, podremos hacernos valer en otros aspectos que el resto no conoce, y potenciar con el diálogo final nuestra autoestima. Para ello, dispondremos al grupo en un círculo y se explicará la actividad, para la cual será necesaria un ovillo de lana. Esta consiste en que, durante diez minutos, la persona que tenga el ovillo de lana ha de elegir una persona del grupo y, sin soltarlo, lanzárselo a otra sobre quien quiera saber algo nuevo, y ella debe destacar algo sobre sí misma que considere importante y que sus compañeros no conocen. Al acabar la ronda, se preguntará en los próximos diez minutos a los participantes qué piensan acerca de las cualidades que han descubierto sobre sus compañeros, cuáles les sorprenden más, si destacarían alguna cualidad de un compañero que él no ha expresado y que no muchos conocen, etc., como reflexión final de la actividad.

Para finalizar la quinta sesión, los participantes responderán individualmente en diez minutos a un cuestionario de evaluación de la sesión (ver Anexo 12). Seguidamente, se hará una pequeña presentación durante los últimos cinco minutos sobre lo que se pretende realizar en la siguiente. En dicha sesión, se llevará a cabo una campaña de sensibilización que crearán ellos mismos a través de los materiales que se han ido trabajando a lo largo de la semana.

#### ○ **SEXTA SESIÓN**

El objetivo principal de esta última sesión es elaborar una campaña de sensibilización para su posterior exposición en el centro educativo, poniendo con el grupo en valor todo lo aprendido durante el desarrollo de la propuesta de prevención. De esta manera, se pondrá en conocimiento del resto del centro la importancia de la prevención del consumo de cannabis y la necesidad de trabajar la autoestima como factor asociado. Para ello, se trabajará a lo largo de la mitad de la mañana durante cuatro horas aproximadamente, y se

proporcionará al grupo el material necesario, como cartulinas, pegamento, tijeras, rotuladores de diferentes colores, posits, imágenes, etc.

Tras recordar la finalidad de esta sesión a los participantes, se les dividirá en cinco grupos y se hará durante quince minutos a través de un ejercicio de *brainstorming* un repaso de todo lo visto hasta entonces, y cada grupo irá apuntando los aspectos más importantes. Una vez recordado lo trabajado en las sesiones anteriores, cada grupo deberá preparar material didáctico que pueda exponerse en el centro para el resto de compañeros, el cual cumpla tres características. La primera de ellas es que debe mostrar la importancia de prevenir el consumo de cannabis en la adolescencia; como segundo aspecto, debe también mostrar la importancia que tiene trabajar la autoestima en relación con el consumo de cannabis; y como último punto, es que el grupo debe ser creativo.

Antes de comenzar, se aportarán algunos ejemplos al grupo para elaborar su material, como trípticos, murales, collages, vídeos, o incluso algún teatro que pueda ser expuesto al final de la mañana, se darán quince minutos para que cada grupo esboce su idea y coja los materiales que necesite, y el educador o educadora revisará estas ideas antes de empezar a ponerlas en marcha.

Durante la siguiente hora y media, elaborarán su material coordinándose entre ellos y con la orientación del educador o educadora, y se realizará un descanso de veinte minutos para que el grupo pueda tener tiempo libre e intercambiar ideas. Tras el descanso, habrá otra hora para que cada grupo acabe de elaborar su material didáctico, y después lo expondrán a la clase durante cuarenta minutos, es decir, aproximadamente ocho minutos por grupo.

Una vez comentada la elaboración de cada grupo, todos ellos pensarán un lugar del centro en el que les gustaría exponer su trabajo y por qué, por ejemplo, en conserjería porque pasa mucha gente, o en la puerta del salón de actos por su importancia, etc., y tras llegar a un consenso entre todos, en quince minutos deben ir a ubicar su material. Además, al lado de cada exposición se instalará un buzón de papel para que el resto de compañeros del centro, así como profesores y personal docente puedan aportarles *feedback* acerca de su trabajo. Asimismo, el material podrá exponerse en el centro durante el tiempo que se considere, e incluso modificarlo o añadir alguna idea más. Con todo ello, los alumnos podrán realizar exposiciones sobre sus trabajos al resto de

compañeros o profesores que lo soliciten en el mes en el que se ha realizado el taller, con el fin de difundir la prevención del consumo de cannabis.

Cuando todos los grupos hayan vuelto al aula y como finalización no sólo de la sesión, sino del taller completo, se realizará un cuestionario final (ver Anexo 13) para que cada participante tome conciencia de en qué medida ha sacado beneficio del mismo, así como para la evaluación del taller y del trabajo realizado por el educador/a.

## **EVALUACIÓN**

Las distintas evaluaciones realizadas a lo largo de la propuesta de prevención han de mostrar la eficacia y el impacto que ha supuesto el taller en los participantes, de forma que permita valorar tanto la propuesta en sí como la labor del educador o educadora que haya guiado la sesión. De esta manera, existirá una retroalimentación que servirá de guía para mejorar y optimizar esta propuesta, así como el resto que tengan oportunidad de realizarse. Con el objetivo de obtener la máxima información posible, se tendrán en cuenta tanto las valoraciones que aporten las personas destinatarias de la propuesta y los cuestionarios que realicen como las observaciones del educador o educadora.

Entre los cuestionarios realizados, el primero de ellos (ver Anexo 2) trata sobre el conocimiento de los adolescentes acerca del uso y consumo de cannabis tras la primera sesión. Así, se podrá obtener una valoración sobre la sesión una vez finalizada, con el objetivo de observar si las intenciones educativas se han cumplido y si los conocimientos impartidos han resultado útiles.

El segundo cuestionario (ver Anexo 4), se realiza para evaluar el desarrollo de la segunda sesión, basada en la intervención realizada por la persona drogodependiente y su interacción e impacto en el grupo, evaluando aspectos como la toma de conciencia acerca de esta situación relacionada con el consumo de cannabis.

De manera complementaria, se realizará un cuestionario de evaluación de la sesión de 7 ítems al final de la cuarta y quinta sesión, adaptado a los aspectos que se hayan trabajado específicamente en cada una de ellas. Así, podrán conocerse las emociones, sentimientos e ideas que ha generado el desarrollo de ambas sesiones y la correcta adecuación de las actividades a los objetivos planteados.

Por último, al finalizar la sexta sesión se realizará una evaluación final donde se evalúen todos los aspectos trabajados en el taller, así como la utilidad que ha tenido para el grupo y su satisfacción con la labor desempeñada.

Estas evaluaciones también serán complementadas por todas las reflexiones surgidas durante el desarrollo de las sesiones, tanto por parte de los participantes como por parte del educador/a, pues son específicas de cada dinámica y actividad realizada, y resultarán, a la hora de evaluar la propuesta, una fuente de información muy útil.

## **ANÁLISIS DEL ALCANCE DEL TRABAJO, OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES**

Durante este trabajo de fin de grado, se ha expuesto la importancia de prevenir el consumo de cannabis en población adolescente, pues los datos que se han ido mostrando sobre él, señalan que es una problemática en constante aumento. Además, se ha evidenciado la conexión que existe entre una baja autoestima y mayores posibilidades de consumir cannabis en la adolescencia, destacando la importancia de trabajarla de manera conjunta. Para ello, se ha tratado de elaborar una propuesta de prevención a través de la cual abordar el consumo de cannabis trabajando la autoestima con adolescentes.

Pese a que se ha observado que la autoestima y el consumo de cannabis se encuentran relacionados entre sí, no existen suficientes estudios que hayan avalado este hecho, sobre todo en España, por lo que sería adecuado profundizar en el análisis de las relaciones entre ambas variables, de manera que se corrobore esta relación. Sin embargo, este trabajo supone un acercamiento para tratar esta problemática y contribuir así a complementar los estudios y proyectos a realizar.

A pesar de haber elaborado esta propuesta de prevención, no ha podido ser puesta en marcha, lo cual supone la principal limitación del trabajo, puesto que no ha sido posible conocer el impacto que tendría en un grupo real y la eficacia de la propuesta en sí. No obstante, esta propuesta ofrece la oportunidad de poder llevarse a cabo en cualquier contexto educativo, debido a que es una propuesta versátil, flexible y económica que puede ser modificada para adaptarla a adolescentes con un rango de edad diverso.

En esta línea, se puede observar un punto fuerte en comparación con el resto de programas, pues al centrarse en la autoestima como factor principal, el resto de dimensiones no han sido trabajadas. Por ello, resultaría interesante que, en un futuro, se pudiesen implementar estos aspectos con el fin de complementar de manera más extensa la prevención del consumo de cannabis.

Por otro lado, también se ha observado la importancia que posee la familia tanto en la prevención del consumo de cannabis como en la mejora de la autoestima, a pesar de que este factor no se haya trabajado. Por tanto, se considera importante tenerla en cuenta para próximas intervenciones socioeducativas.

Además, la evaluación de la propuesta de prevención se realiza a partir de cuestionarios de elaboración propia, los cuales no se encuentran validados. Esto significa que no se conoce la fiabilidad de los distintos cuestionarios respecto a aquellos aspectos que se han trabajado. En este sentido, sería adecuado proponer una validación de los mismos para su mejor uso.

Otra de las limitaciones que posee esta propuesta de prevención es que el educador o educadora que la lleve a cabo necesita de formación previa para ponerlo en marcha, pues ha de manejar en profundidad los conceptos e ideas que pretende enseñar y saber actuar acorde a los retos que el mismo plantea.

## **CONSIDERACIONES FINALES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Considerando todo lo expuesto a lo largo de este documento y a través de la información que en él se recoge, podemos determinar una serie de consideraciones finales para concluir el trabajo realizado.

Primero, este trabajo de fin de grado se ha centrado en la prevención del consumo de cannabis con población adolescente, a la vez que se trabaja la autoestima debido a la influencia que ejerce en dicho consumo. De esta manera, se puede observar la relevancia que tiene desde un punto de vista práctico, ya que es necesario abordar dicha problemática, no sólo atendiendo a los datos de consumo actuales (Ministerio de

Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017), sino también debido a las consecuencias que acarrea.

En un segundo término, teniendo en cuenta la literatura descrita en la fundamentación teórica, también se considera de gran importancia tener en cuenta los factores que influyen en este consumo, ya que, si pueden ser delimitados y abordados correctamente, actuarán como factores de protección. Entre estos factores se han destacado la adolescencia y la autoestima por la estrecha relación que guardan con el inicio del consumo (Musitu y Herrero, 2003). Por un lado, la adolescencia es la etapa en la que suele iniciarse y mantenerse en mayor medida dicho consumo. Por otro lado, la autoestima supone un factor de riesgo en caso de que la persona posea baja autoestima, por lo que trabajar ambos aspectos de manera integrada, ayudará a promover un cambio que mejore la situación de este colectivo social.

En tercer lugar, un aspecto importante a la hora de planificar y concretar cada sesión y actividad proyectada en la propuesta de prevención es que ésta debe ser especificada y aplicadas de manera clara y concisa, siempre dentro de un marco de actuación que sea flexible y pueda ser modificado en caso de ser necesario. En este sentido, un elemento en el que se apoya para conseguir dicho objetivo es el que hace referencia a los instrumentos de evaluación, los cuales ayudarán a replantear las acciones realizadas para ajustarlas lo mejor posible y que su impacto sea el esperado en el grupo.

Para finalizar, cabe destacar la importancia del educador o educadora social como figura de referencia. En este sentido, además de ser las drogodependencias un ámbito propio de esta profesión, la función preventiva es una de las competencias principales a desarrollar. De este modo, el educador o educadora guía y orienta cada sesión a través de diferentes metodologías y de la adaptación de los diferentes contextos a la propuesta realizada, de manera que la acción socioeducativa que se lleve a cabo sea adecuada y tenga los resultados esperados en relación a los objetivos propuestos. Con todo ello, el educador o educadora social es quien se encarga de crear procesos de inclusión social, así como de evitar situaciones de riesgo y/o exclusión social que puedan surgir como, en este caso, el consumo de cannabis.

# BIBLIOGRAFÍA

- Aguinaga, J., Andreu, J., Cachón, L., Comas, D., López, A. y Navarrete, L. (2005). *Informe de Juventud en España 2004*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Injuve.
- Alcántara, J. A. (2001). *Cómo educar la autoestima*. Barcelona: CEAC.
- Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B. y Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 15 (2), 330 – 338.
- ANECA (2004). *Libro Blanco: Título de Grado en Pedagogía y Educación Social*. Universidad Deusto.
- Ashton, H. (2002). Cannabis or health? *Current opinión in Psychiatry*, 15 (3), 247–253.
- Apter, M. J., (1992). *The dangerous edge: The psychology of excitement*. Nueva York: The Free Press.
- Baumrind, D. (1987). A developmental perspective on adolescent risk-taking behavior in contemporary América (pp. 93-126). En W. Damon (Ed.) *New directions for child development: Adolescent health and social behavior*. San Francisco: Jasley-Bass.
- Becoña, E. (2001). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas (pp. 113 – 139). En R. Secades, y J. R. Fernández (Eds.) *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Bewley, D. y Jelsma, M. (2011). Cincuenta años de la Convención Única de 1961 sobre Estupeficientes: una relectura crítica. *Transnational Institute. Seria reforma legislativa en materia de drogas*, 12, 1 – 20.
- Bobes, J. y Calafat, A. (2000). De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis. *Adicciones*, 12, 7 – 17.
- Branden, N. (1997). *El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. Barcelona: Paidós.

- Cabrerizo, J., Castillo, S. y Rubio, J. (2010). *El prácticum en los grados de Pedagogía, de Magisterio y de Educación Social: formación, desarrollo e instrumentos*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Callado, L. (2012). Cuestiones de interés en torno a los usos terapéuticos. En Ararteko (Ed.) *Cannabis: usos, seguridad jurídica y política*. (pp. 75-86). Victoria-Gasteiz: Ararteko.
- Campolongo, P., Trezza, V. y Cassano, T. (2007). Preclinical study: Perinatal exposure to delta-9-tetrahydrocannabinol causes enduring cognitive deficits associated with alternation of cortical gene expression and neurotransmission in rats. *Addiction Biology*, 12, 485 – 495.
- Caño, A. y Rodríguez, C. (2012). Autoestima en la adolescencia: Análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psuchological Therapy*, 12 (3), 389 – 403.
- Caride, J. A. (2003). Las identidades de la Educación Social. *Cuadernos de Pedagogía*, 321, 48 – 51.
- Chambers, R., Taylor, J. y Potenza, M. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 16, 1041-1052.
- Chassin, L., Hussong, A. M., Barrera, M., Molina, B. S. G., Trim, R. y Ritter, J. (2004). Adolescent substance use. (pp. 665 – 696). En R. M. Lerner, y L. Steinberg, (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, NJ: Wiley & Sans.
- Choi, N.G., Di Nitto, D. M., Marti, C. N. y Choi, B. Y. (2016). Relationship between marijuana and other illicit drug use and depression/suicidal thoughts among late middle-aged and other adults. *International Psuchogertiatics*, 28 (4), 577 – 589.
- Clemens, H. y Bean, R. (2001). *Cómo desarrollar la autoestima en los niños*. Madrid: Debate.
- Crocker, J. y Wolfe, C. (2001). Contingences of self-worth. *Psychological Review*, 108, 593 – 623.

- DeBellis, M. D., Clark, D. B., Beers, S. R., Soloff P. H., Boring, A. M., Hall, J., Kersh, A. y Keshavan, M. S. (2000). Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 737–744.
- Ditchfield, J. y Thomas, M. (2014). *The Medical Cannabis Guidebook: The Definitive Guide to Using and Growing Marijuana Medicinal*. San Francisco: Green Candy Press.
- Durán, C., Lucio, E. y Verduzco, M. A. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños en edad escolar. *Salud Mental*, *27* (4), 18 – 25.
- Ellgren, M. (2007). *Neurobiological effects of early life cannabis exposure in relation to the Gateway hypothesis*. Karolinska University, Oslo.
- Fantin, M. B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, *25* (3), 285 – 292.
- Fantin, M. B. y García, H. D. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu*, *9* (2), 193 – 214.
- Field, L. (1993). *Creating self-esteem. A Practical Guide to Realizing Your True Worth*. Gran Bretaña: Element Books.
- Florenzano, R. (1997). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, *86* (6), 436 – 443.
- Gázquez, M., García, J. A., García, A. y López-Sánchez, C. (2016). Comparación de tres programas de prevención escolar para reducir el consumo de cannabis en función del tipo de aplicador. *Universitas Psychologica*, *15* (4), 1 – 14.
- Gil, M. D. y Ballester, R. (2002). Inicio temprano de consumo de alcohol ente niños de 9 a 14 años. *Análisis y modificación de conducta*, *28*, 165 – 211.
- González, F., García-Señorán, M. M. y González, S. G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psycothema*, *8*, 257 – 267.
- González, M. T. (1999). Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa. *Aula*, *11*, 217 – 232.

Graña, J. L. y Muñoz-Rivas, M. J. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 249 – 269.

González-Arratia, N. I. (2001). *La autoestima, medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Hornberger, L. (2006). Adolescent psychosocial growth and development. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 19, 6 – 243.

Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Developmental Review*, 12, 374 – 390.

Johns, A. (2001). Psychiatric effects of cannabis. *The British Journal of Psychiatry*, 178 (2), 116 – 122.

Johnson, J. G., Cohen, P., Pine, D. S., Klein, D. F., Kasen, S. y Brook, J. S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2348 – 2351.

Kalant, H. (2004). Adverse effects of cannabis on health: an update of the literatura since 1996. *Progress in Neuropsychopharmacology an Biological Psychiatry*, 28 (5), 849 – 863.

Laespada, T., Iraurgi, I. y Arostegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias: Universidad de Deusto.

Llorens, N., Palmer, A. y Perelló, M. J. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 70 (2), 90 – 96.

Marcos, A. C. y Bahr, S. J. (1995). Drug progresion model. A social control test. *International Journal of Addictions*, 30, 1383 – 1405.

Martínez, J. L., Fuertes, A. Ramos, M. y Hernández, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 15, 161 – 166.

- Martínez-González, J. M. y Robles-Lozano, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psycothema*, 13, 222 – 228.
- Merino, P. P. (2000). Vieja historia del cannabis y recientes prácticas preventivas en Europa. *Adicciones*, 12, 275 – 280.
- Mesa, P. y León-Fuentes, J. (1996). Drogodependencias y adolescencia. Causas y consecuencias del abuso (pp. 333-352). En J. Buendía, (Ed.) *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Mesquita, R. y Alberto, R. (2009). *Propuestas para mejorar la autoestima*. Madrid: Editorial CCS.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Encuesta Estatal Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2016 – 2017*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Encuesta Estatal Sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Educación Secundaria (ESTUDES) 2016 – 2017*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Plan Nacional sobre Drogas 2016 – 2017*. Madrid.
- Murgraff, V., Parrot, A. y Bennett, P. (1999). Risk single-ocasión drinking amongst young people. Definition, correlates, policy and intervention: A broad overview of research findings. *Alcohol and alcoholism*, 34, 3 – 14.
- Musitu, G. y Herrero, J. (2003). El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Sociotam*, 13 (1), 285 – 306.
- Muuss, R. (1996). *Theories of adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Naciones Unidas (1961). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*. New York.
- Naranjo, M. L. (2007). Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial en el proceso educativo. *Actualidades Investigativas en Educación*, 7 (3), 1-27.
- NIDA (2014). *La Marihuana*. Consultado el 16/04/2019. Disponible en <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>

O'Brien, K., Josseau, O., Kalant, H. y Single, E. W. (2000). Cannabis: Efectos adversos sobre la salud. *Salud Mental*, 3 (4), 23 – 28.

Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Desarrollo de la adolescencia*. Consultado el 02/05/2019. Disponible en

[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

Parra, A., Oliva, A. y Sánchez-Queija, M. I. (2011). Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes. *Anuario de Psicología*, 35 (3), 331 – 346.

Parolaro, D. (2010). Consumo de cannabis de los adolescentes y esquizofrenia: evidencias epistemológicas y experimentales. *Adicciones*, 22 (3), 185 – 190.

Parker, J. S. y Benson, M. J. (2004). Parent-adolescent relations and adolescent functioning: Self-esteem, substance abuse and delinquency. *Adolescence*, 39 (155), 519-530

Peláez, P. y Luengo, X. (1996). *El adolescente en conflicto*. *Salud Integral*. Santiago de Chile: Andrés Bello.

Pérez, J. y Merino, M. (2012). *Definición de adolescencia*. Consultado el 29/04/2019. Disponible en: <https://definicion.de/adolescencia/>

Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Quiroga, M. (2000). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental. *Adicciones*, 12 (2), 135 – 147.

Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Valencia: ACDE.

Romero, E. (1996). *La prevención de la conducta antisocial: Un análisis de las variables de personalidad*. Universidad de Santiago de Compostela: Santiago de Compostela.

Secades, R., Fernández-Hermidia, J.R. y Vallejo, G. (2005). Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 14, 1-15.

Serrano, M. y Lavin, A. (1999). Problemática de las drogas en la adolescencia. *Nuberos*, 4 (15), 12-14.

Sussman, S., Unger, J. B. y Dent, C. W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9 – 25.

Tashkin, D. P. (2013). Effects of marijuana smoking on the lung. *Annals of the American Thoracic Society*, 10, 239-247.

Verrico, C. D, Gu, H., Peterson, M. L., Sampson, A. R. y Lewis, D. A. (2014) Repeated  $\Delta$ 9-tetrahydrocannabinol exposure in adolescent monkeys: persistent effects selective for spatial working memory. *American Journal of Psychiatry*, 171 (4), 416-425.

Watkins, D. y Dhawan, N. (1989). Do We Need to Distinguish the Constructs of Self-Concept and Self-Steem? *Journal of Social Behaviour and Personality*, 4 (5), 555–562.

Wills, T. A., McNamarra, G., Vaccaro, D. y Hirky, A. E. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 166 – 180.

Wills, T. A. y Shiffman, S. (1985). *Coping and substance use: A conceptual framework*. New York: Academic Press.

Witton, J. y Murray, R. M. (2004). Casual association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 182 (2), 110 – 117.

# ANEXOS

## ANEXO 1: IMÁGENES DE CONSECUENCIAS DEL CONSUMO CANNABIS



Ilustración 1. Dientes de un consumidor

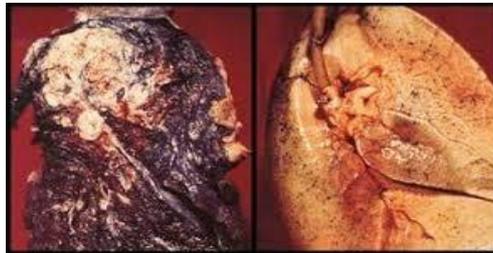


Ilustración 2a. Pulmón de un fumador y de un no fumador



Ilustración 2b. Pulmón de un fumador y de un no fumador



Ilustración 3. Antes y después del consumo de drogas

## **ANEXO 2: CUESTIONARIO SOBRE EL CONSUMO DE CANNABIS**

Este cuestionario se ha realizado con el fin de conocer tu percepción acerca del uso y consumo de cannabis. De forma anónima, debes contestar al cuestionario rodeando un número del 1 al 5 en función de si estás de acuerdo o desacuerdo, siendo:

**1 – NADA    2 – POCO    3 – SUFICIENTE    4 – BASTANTE    5 – MUCHO**

<b>ÍTEMS</b>	<b>RESPUESTAS</b>				
1. He comprendido claramente los conceptos que se han expuesto durante la sesión	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2. Creo que el consumo de drogas es una práctica perjudicial para cualquiera	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3. Considero que en España se abusa demasiado del consumo de cannabis	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4. Me han sorprendido los datos sobre el número de adolescentes que consumen	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5. Esta sesión ha hecho que cambie mi percepción sobre el cannabis	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6. Considero que la autoestima es un factor muy importante en este tema	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
7. Conozco y sé cómo puedo mejorar mi autoestima	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8. Creo que trabajar la autoestima me vendrá bien para reforzarla	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
9. Considero que es un tema que debería tratarse más entre personas de mi edad	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
10. Personalmente, ahora mismo no consumiría cannabis	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### ANEXO 3: FRAGMENTO HISTORIA DE VIDA

*Yo tenía tu edad cuando empecé a consumir. Quizá un par de años más, pero eso no importa... No importa cuando ya te has dejado de importar a ti mismo. Deja de importar cuando día tras día, sientes que no tienes fuerza para apartarte de ello, que aún lo necesitas a pesar de que tu familia te suplique que lo apartes de tu vida...*

*Yo creía que no tenía la fuerza suficiente para acabar con ello, no busqué apoyo, comencé a alejarme de todo cuanto tenía a alrededor y cada vez sentía que tenía menos poder sobre mí mismo, hasta el punto de no saber si quiera quién era yo, qué quería...*

*Años después de ello, a día de hoy puedo decir que las decisiones que he tomado en mi vida no han sido las acertadas, y por eso, me han traído hoy aquí.*

#### **ANEXO 4: CUESTIONARIO PERSONA DROGODEPENDIENTE**

Este cuestionario se ha realizado con el fin de conocer tu percepción acerca de la sesión realizada. De forma anónima, debes contestar al cuestionario rodeando un número del 1 al 5 en función de si estás de acuerdo o desacuerdo, siendo:

**1 – NADA    2 – POCO    3 – SUFICIENTE    4 – BASTANTE    5 – MUCHO**

<b>ÍTEMS</b>	<b>RESPUESTAS</b>				
1. El fragmento leído al comienzo hizo que me entrase curiosidad por la vida de esta persona	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2. La historia de vida de la persona invitada me ha hecho reflexionar acerca del consumo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3. Esta historia son casos aislados y, aunque consume, no me pasará nada de esto	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4. Considero que lo que haces sólo depende de ti, ningún factor externo como el consumo puede condicionarte	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5. He reconocido los puntos clave de la historia de vida de la persona invitada	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6. Soy consciente de que es una situación que podría vivir cualquiera si no sabe afrontarla adecuadamente	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
7. La intervención de la persona invitada me ha ayudado a comprender mejor las consecuencias del consumo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
8. El diálogo final ha servido para completar mi información y resolver mis dudas	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

## **ANEXO 5: QUÉ SABES ACERCA DE LA AUTOESTIMA**

Responde a las siguientes preguntas con tus propias palabras para conocer tu visión sobre qué es la autoestima. Después, comentaremos el ejercicio entre toda la clase.

### **LA AUTOESTIMA**

✚ La autoestima es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

y sirve para \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Crees que está relacionada con la forma de comportarnos? ¿Por qué?**

\_\_\_\_\_

**¿Crees que la autoestima puede ser buena o mala? ¿Por qué?**

\_\_\_\_\_

**¿Cómo crees que es tu propia autoestima?**

\_\_\_\_\_

**¿Conoces alguna manera de mejorar tu autoestima? ¿Cuál/es?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 6: DINÁMICA “DIFERENTES PERSPECTIVAS”

<b>DIFERENTES PERSPECTIVAS</b>	
<p>Una mañana de clase, llega la profesora y comenta que, para un buen funcionamiento de la clase, debemos elegir a dos personas para que sean los “delegados”, es decir, que representen a la clase cuando sea necesario. Explica que deben ser personas que tengan buena relación con el resto, respetuosos y razonables, capaces de hablar con los profesores de manera adecuada y de resolver los problemas que puedan surgir durante el curso.</p> <p>Después de la votación, la clase ha tomado una decisión y han salido elegidas Marta y Jaime, dos personas con opiniones muy diferentes acerca de lo que acaba de ocurrir.</p> <p><b>Debes escribir qué crees que pensaría cada uno acerca de su situación acorde a si tienen alta autoestima o baja autoestima.</b></p>	
<b>BAJA AUTOESTIMA</b>	<b>ALTA AUTOESTIMA</b>

## **ANEXO 7: DINÁMICA “LA AUTOESTIMA TAMBIÉN PREVIENE”**

*A veces creo que no encajo en mi grupo de amigos y tengo que hacer cosas que no quiero sólo por complacerles*

*No quiero ser el pringado que se quede atrás, si ellos lo hacen, yo también*

*No le intereso a mucha gente, aunque haga o me pase algo malo, a nadie le va a importar...*

*Mis amigos piensan que soy un gallina... Tengo que seguirles más el rollo para que no tengan esa idea de mí*

*En muchas ocasiones dudo de mí mismo/a y prefiero que sea otro/a quien se posicione primero para luego hacerlo yo*

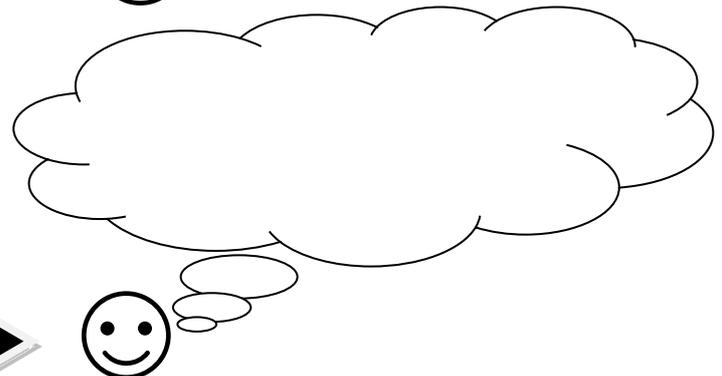
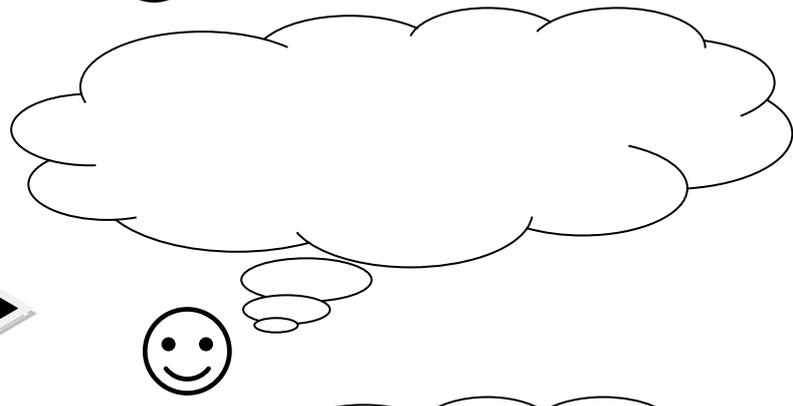
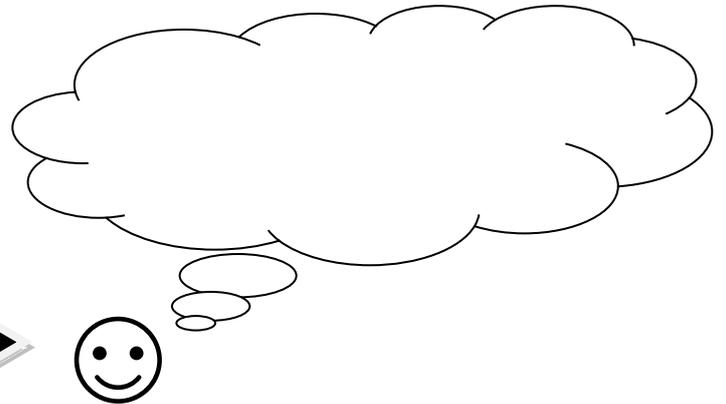
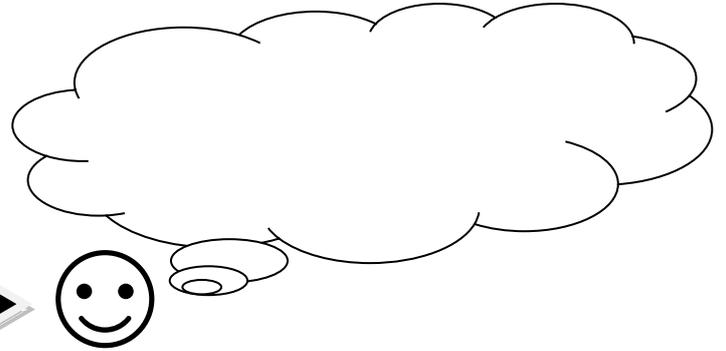
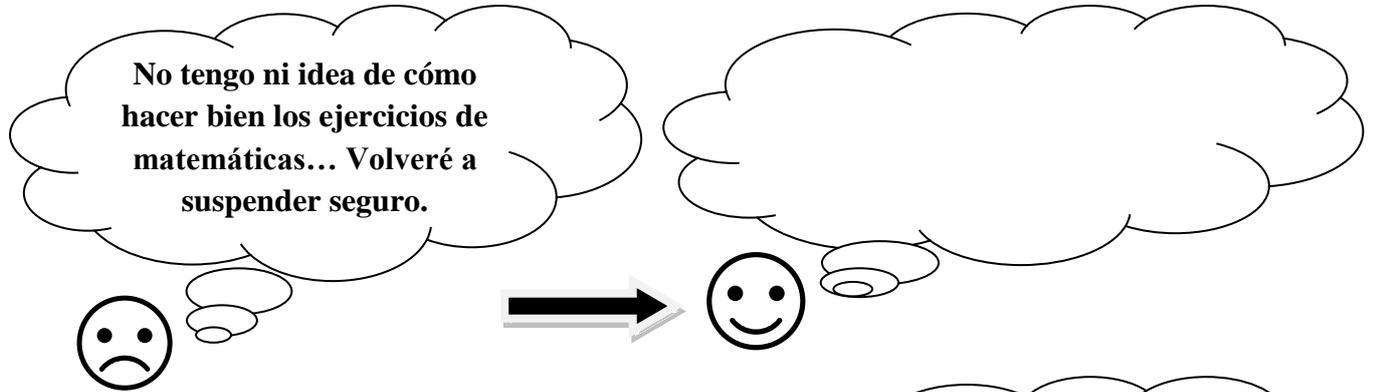
## ANEXO 8: DINÁMICA “YO ANTE EL ESPEJO”

ASPECTOS POSITIVOS	ÁREAS	ASPECTOS A MEJORAR
	MI CUERPO	
	MI PERSONALIDAD	
	MI MANERA DE SENTIR	
	MI MANERA DE PENSAR	
	MI MANERA DE ACTUAR	
	CÓMO ME VEN LOS DEMÁS	

## ANEXO 9: DINÁMICA “VÉNCETE”

Todo tiene un lado bueno y un lado malo. Sólo depende de cómo lo miremos. Pero, si lo miramos desde el lado malo, nuestra autoestima bajará y nos sentiremos mal con nosotros mismos. En cambio, si intentamos mirar el lado positivo de una situación, nuestra autoestima aumentará y nos sentiremos bien con nosotros.

**¡Prueba a cambiar la forma de ver las cosas!**



**ANEXO 10: DINÁMICA “DESAFÍO: COMPORTARSE” (Mesquita y Alberto, 2009)**

	<b>CÓMO REACCIONO</b>	<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CONSECUENCIAS DE LAS ALTERNATIVAS</b>	<b>LA MEJOR ALTERNATIVA</b>
<p><b>SITUACIÓN 1</b> Pides a tus padres poder salir este sábado, pero no quieren que lo hagas porque vienen de visita familiares que hace tiempo que no ves.</p>				
<p><b>SITUACIÓN 2</b> Invitas a tu mejor amigo a la piscina, pero dice que no puede porque ya había quedado.</p>				
<p><b>SITUACIÓN 3</b> Mañana tienes un examen muy importante, pero quieres ver hoy tu programa favorito.</p>				
<p><b>SITUACIÓN 4</b> Llegas del instituto muy cansado y tus padres te piden que pongas la mesa, pero quieres tumbarte antes de comer.</p>				

## ANEXO 11: CUESTIONARIO SESIÓN 4

Este cuestionario se ha realizado con el fin de conocer tu percepción acerca de esta sesión. De forma anónima, debes contestar al cuestionario rodeando un número del 1 al 5 en función de si estás de acuerdo o desacuerdo, siendo:

**1 – NADA    2 – POCO    3 – SUFICIENTE    4 – BASTANTE    5 – MUCHO**

ÍTEMS	RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
1. Me he sentido bien al pensar sobre mis cualidades personales	1	2	3	4	5
2. He descubierto cualidades que no sabía que tenía	1	2	3	4	5
3. Me he replanteado algunos aspectos acerca de mí que debo mejorar	1	2	3	4	5
4. Me he sentido bien dando a conocer mis cualidades al grupo	1	2	3	4	5
5. He sabido mirar las cosas con diferente perspectiva	1	2	3	4	5
6. Las dinámicas no me han aportado nada nuevo	1	2	3	4	5
7. La sesión ha resultado enriquecedora para conocerme más	1	2	3	4	5

**¿Qué aspectos hubieses mejorado?**

---

---

---

---

---

---

---

## ANEXO 12: CUESTIONARIO SESIÓN 5

Este cuestionario se ha realizado con el fin de conocer tu percepción acerca de esta sesión. De forma anónima, debes contestar al cuestionario rodeando un número del 1 al 5 en función de si estás de acuerdo o desacuerdo, siendo:

**1 – NADA    2 – POCO    3 – SUFICIENTE    4 – BASTANTE    5 – MUCHO**

ÍTEMS	RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
1. Mis compañeros han sabido ver mis cualidades	1	2	3	4	5
2. He descubierto por mi cuenta aspectos acerca de mí que no conocía	1	2	3	4	5
3. Mis compañeros me han descubierto aspectos acerca de mí que desconocía	1	2	3	4	5
4. Mis compañeros me han ayudado a saber cómo mejorar mis aspectos no tan buenos	1	2	3	4	5
5. Me he sentido bien compartiendo mis cualidades con mis compañeros	1	2	3	4	5
6. Las dinámicas no me han ayudado a valorar mi autoestima	1	2	3	4	5
7. Trabajaré estos aspectos por mi cuenta con mi grupo de amigos	1	2	3	4	5

**¿Qué aspectos hubieses mejorado?**

---

---

---

---

---

---

---

## ANEXO 13: CUESTIONARIO FINAL

Este cuestionario se ha realizado con el fin de conocer tu percepción acerca del taller completo. De forma anónima, debes contestar al cuestionario rodeando un número del 1 al 5 en función de si estás de acuerdo o desacuerdo, siendo:

**1 – NADA    2 – POCO    3 – SUFICIENTE    4 – BASTANTE    5 – MUCHO**

ÍTEMS	RESPUESTAS				
1. Creo que el taller ha sido adecuado para trabajar el consumo de cannabis	1	2	3	4	5
2. Creo que el taller ha sido adecuado para trabajar la autoestima	1	2	3	4	5
3. La relación entre el consumo de cannabis y la autoestima ha sido bien explicada	1	2	3	4	5
4. Considero que el trabajo llevado a cabo por el educador/a ha sido adecuado	1	2	3	4	5
5. Conozco aspectos relativos al consumo como datos, consecuencias, etc.	1	2	3	4	5
6. El consumo de cannabis no es un tema que me preocupe	1	2	3	4	5
7. Sabría actuar correctamente ante una situación de incitación al consumo	1	2	3	4	5
8. Conozco aspectos relativos a la autoestima como su significado, dimensiones (alta o baja), etc.	1	2	3	4	5
9. He reconocido correctamente mis cualidades personales durante las sesiones	1	2	3	4	5
10. He sabido reconocer correctamente las cualidades de mis compañeros durante las sesiones	1	2	3	4	5
11. Me interesa seguir trabajando mi autoestima	1	2	3	4	5
12. Me he sentido partícipe en todas las sesiones	1	2	3	4	5
13. Creo que el material elaborado en la última sesión me ha servido para reforzar lo aprendido durante el taller	1	2	3	4	5
14. El material expuesto por el centro servirá a otras personas a conocer este tema	1	2	3	4	5
15. Considero que es un taller que debería realizarse con más grupos	1	2	3	4	5
16. He quedado satisfecho con el desarrollo del taller	1	2	3	4	5

