

REVISTA PERUANA DE DROGODEPENDENCIAS

ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN

CONTENIDOS

INVESTIGACIÓN

Cuestiones entorno a la evaluación del programa de prevención escolar CINENSINO. Datos de un estudio.
Manuel A. Sanabria & Carlos Villanueva

Prevención del consumo de sustancias en la adolescencia temprana: Una estrategia familiar para la escuela pública media.
Thomas J. Dishion, Kathryn Kavanagh, Alison Scheneiger, Sara Nelson & Noah K. Kaufman

Variables de protección ante el consumo de drogas legales e ilegales en alumnos de escuelas taller.
Humberto Manuel Trujillo Mendoza, Luis Robles Lozano & José Miguel Martínez González

Efectos de un programa de psicoterapia cognitivo-conductual en el bajo nivel de autoconcepto y en los estadios de cambio en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas.
Edgar Rodríguez Vilchez

Análisis de los comportamientos y actitudes hacia el consumo de drogas en Nicaragua.
Rafael Ballester Arnal & Ma Dolores Gil Llarío

Prácticas del consumo de drogas por vía inyectable
Ana Lía Kornblit, Inmaculada Martínez Couto & Jorge Raúl Jorrot

ENSAYOS

El modelo secuencial de atención a familias en drogodependencias: Una propuesta metodológica
Juan Luis González Pérez

Aportes de la epidemiología comunitaria en la prevención del abuso de sustancias adictivas
Hugo Miguez

RECENSIONES DE LIBROS

DISTRIBUCION GRATUITA

Análisis e Investigación

REVISTA PERUANA DE
DROGODEPENDENCIAS

ISSN: 1729-7559



CUERPO EDITORIAL

Coordinador:

William Cabanillas Rojas (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas DEVIDA)

Comité Editorial:

José Anicama Gómez (Universidad Nacional Federico Villarreal), **Gustavo Ascacibar Noblecilla** (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas DEVIDA), **Elisardo Becoña Iglesias** (Universidad de Santiago de Compostela), **Gilbert J. Botvin** (Cornell University Estados Unidos), **Rosa Bustamante Santa Gadea** (CTB-DEVIDA), **Tom Dishion** (University of Oregon Estados Unidos), **Enrique Echeburúa** (Universidad del País Vasco, España), **Luis Flórez-Alarcón** (Universidad Católica de Colombia - Colombia), **Francisco González Saiz** (Universidad de Cadiz - España), **Antoni Gual** (Institut de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Clínic, Barcelona), **Eduardo Haro Estabridis** (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas DEVIDA), **Juan Manuel Jiménez-Lerma** (Centro de Tratamiento de Toxicomanías de Álava-Osakidetza - España), **Carmen Masías Claux** (CEDRO), **Rafael Navarro Cueva** (Universidad Peruana Cayetano Heredia), **José Luis Peña Vega** (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas DEVIDA), **Edwin Peñaherrera** (Universidad Peruana Cayetano Heredia), **Marina Piazza Ferrand** (Universidad Peruana Cayetano Heredia), **Edgard Rodríguez Vilchez** (IPSICOC), **Milton Rojas Valero** (CEDRO), **Emilio Sánchez Hervas** (Unidad de Conductas Adictivas de Catarrosa Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana), **Fernando Salazar Silva** (Universidad Peruana Cayetano Heredia), **Alfredo Saavedra Castillo** (Universidad Nacional Federico Villarreal), **Carlos Saavedra Castillo** (Universidad Peruana Cayetano Heredia).

Revista Peruana de Drogodependencias. Análisis e Investigación es una publicación transdisciplinaria de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA), que promueve la diseminación de conocimiento científicamente orientado en temas de reducción de la demanda de drogas. La revista incorpora: reportes de investigación, revisiones teóricas, ensayos, reportes breves, casos clínicos, sistematización de experiencias de intervención, reseñas, y comentarios. La revista se publica dos veces al año.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas DEVIDA
Gerencia de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas
www.devida.gob.pe



Ing. Nils Ericsson Correa
Presidente Ejecutivo del Consejo Directivo

Gustavo Ascacibar Noblecilla
Gerente General

Gerencia de Prevención y Rehabilitación del
Consumo de Drogas

José Luis Peña Vega
Gerente

Especialistas
Eduardo Haro Estabridis
Cesar Perea Chumbe
William Cabanillas Rojas
Lourdes Sevilla Carnero
Delia Trujillo Fraga
Rubén Verde Céspedes
Selene Barrantes Sandoval

VOLUMEN 2(1), Agosto 2004

ISSN: 1729 7559

REVISTA PERUANA DE
DROGODEPENDENCIAS
ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN

LIMA - PERÚ
2004

Revista Peruana de Drogodependencias. Análisis e Investigación
Volumen 2, Número 1, 2004

Edita

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA
Gerencia de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas
Av. Benavides 2199, Lima – 18.PERU
www.devida.gob.pe

ISSN: 1729 7559

Impresión:

Servicios Gráficos 2001 S.R.L.
Telf.: 324-7345 / 324-6443
E-mail: 2001srl@ec-red.com

Diseño y Diagramación

Victor Araucano Ubaldo (Vito)

Índice

Investigación	11
Cuestiones Entorno a la Evaluación del Programa de Prevención	13
Escolar CINENSINO. Datos de un Estudio. <i>Manuel A. Sanabria y Carlos Villanueva</i>	
Prevención del Consumo de Sustancias en la Adolescencia Temprana:	37
Una Estrategia Familiar para la Escuela Pública Media <i>Thomas J. Dishion, Kathryn Kavanagh, Alison Schneiger, Sara Nelson & Noah K. Kaufman</i>	
Variables de Protección ante el consumo de Drogas Legales e Ilegales	65
en alumnos de Escuelas Taller <i>Humberto Manuel Trujillo Mendoza Luis Robles Lozano José Miguel Martínez González</i>	
Efectos de un Programa de Psicoterapia Cognitivo-Conductual en el bajo	91
nivel de Autoconcepto y en los Estadios de cambio en pacientes dependientes a Sustancias Psicoactivas <i>Edgar Wilfredo Rodríguez Vilchez</i>	
Análisis de los comportamientos y actitudes hacia el consumo de	117
drogas en Nicaragua <i>Rafael Ballester Arnal M^a Dolores Gil Llario</i>	
Prácticas del consumo de drogas por vía inyectable	137
<i>Ana Lía Kornblit Inmaculada Martínez Couto & Jorge Raúl Jorrat</i>	

Ensayos 153

El modelo secuencial de atención a familias en Drogodependencias: Una ... 155
propuesta metodológica

Juan Luis González Pérez

Inmaculada Martínez Couto

Aportes de la epidemiología comunitaria 181
en la prevención del abuso de sustancias adictivas.

Hugo Miguez

Recensiones 191

PRESENTACIÓN

Después de nuestro primer número teníamos un gran entusiasmo por realizar un segundo volumen que mantenga la rigurosidad, calidad y compromiso. Al revisar cada una de las páginas de este número creemos que hemos mantenido esta senda. Una mirada a su contenido nos muestra el trabajo investigador de especialistas de Argentina, España, Estado Unidos y nuestro país, en el que se transita desde la investigación epidemiológica hasta propuestas teóricas relevantes para la intervención en drogodependencias.

La revista se inicia con los trabajos que evalúan la efectividad de los programas preventivos. El primero de ellos es el trabajo de Manuel Sanabria y Carlos Villanueva, que nos presentan un importante reporte de evaluación de la *efectividad de un programa preventivo en el ámbito escolar*. Los hallazgos de su estudio reflejan la necesidad de lograr aceptación y receptividad en las poblaciones objetivo, explorando sus niveles de satisfacción con el programa. Del mismo modo, se hace clara mención al importante rol que juegan los docentes para lograr mayor efectividad, dado que su involucración positiva genera mayores niveles de satisfacción en los escolares. Los resultados de estudios como este, nos ayudan a mejorar las intervenciones preventivas, ofreciéndonos pautas seguras para obtener mayor eficiencia y eficacia. Seguidamente, Thomas Dishion y su equipo nos ofrece una descripción de su *Programa de Transiciones del Adolescente*. Utilizado un diseño de investigación robusto para validar su propuesta preventiva, nos reportan que la implantación de servicios familiares dentro de la escuela, aunado a estrategias de manejo familiar y asociación con grupos de pares poseen un efecto preventivo significativo.

Basados en el estudio de los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas, Humberto Trujillo y colaboradores nos presentan un trabajo que nos da a conocer las principales *variables de protección ante el consumo de drogas en alumnos de escuelas taller*. La percepción de riesgo, realizar actividades satisfactorias con los amigos sin consumo de drogas, la autosuperación, el cumplimiento de las normas y la percepción de que el colegio es útil, se presentan como las principales variables de protección identificadas en este trabajo. Derivado de estos datos muchas estrategias preventivas pueden ser implantadas, y nos motiva a fortalecer la idea que el diseño de programas preventivos debe incluir una identificación clara de los factores de riesgo y protección en una comunidad determinada.

En el ámbito psicoterapéutico tenemos la estimación de los efectos de un *programa de tratamiento cognitivo-conductual sobre los niveles de autoconcepto y los estadios de cambio*. Este trabajo de Edgard Rodríguez toca un tema crucial en el tratamiento de las drogodependencias y es el de saber, a través de indicadores objetivos, si realmente nuestra intervención ha producido algún efecto. Considerando la complejidad que demanda el tratamiento, creemos que este trabajo nos ofrece un panorama optimista. Un valor agregado de este trabajo es el reporte de una experiencia exitosa de un programa terapéutico ambulatorio, fortaleciendo la idea de que es necesaria la diversificación de servicios asistenciales en el área de las drogodependencias.

A través del trabajo de Rafael Ballester y Ma Dolores Gil podremos conocer *la magnitud y características del consumo de drogas en niños, adolescentes y jóvenes en Nicaragua*. A través del Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS), elaborado por los propios autores, se establece que adolescentes comprendidos entre los 11 y 12 años señalan haber consumido drogas ilegales. Esta información se articula con los datos epidemiológicos de otros países de la región, en la que se observa una precocidad cada vez mayor para el inicio del consumo de drogas. Asimismo, este trabajo encuentra que en todos los grupos de edad estudiados se observa poca información y actitudes más permisivas hacia el consumo de drogas.

Desde Argentina Ana Lía Kornblit y su equipo nos presentan un estudio sobre *prácticas del consumo de drogas por vía inyectable*. En él se aprecia que la edad de inicio de consumo de drogas ilegales, y por esta vía, es cada vez más precoz en comparación de un estudio previo realizado en 1999. Del mismo modo, una proporción significativa de la población estudiada posee conductas de consumo asociadas a una utilización compartida de inyectables, lo cual genera múltiples riesgos sanitarios. Aunque el consumo de drogas por vía inyectable no es masivo en los países de Latinoamérica, esta investigación nos permite conocer las características de un grupo de consumidores que necesitan de abordajes terapéuticos y de reducción de riesgos para no adquirir diversas enfermedades asociadas.

Juan Luis Gonzáles e Inmaculada Martínez nos ofrecen su propuesta de *«Modelo de Atención a Familias en Drogodependencias»*. Partiendo de una crítica constructiva a los modelos de intervención familiar basados en el aprendizaje de habilidades, los autores proponen reorientar nuestra perspectiva de trabajo hacia la familia adaptándose a su coyuntura actual. Derivado de esta formulación nuevas

estrategias y técnicas pueden ser estructuradas, dando un carácter de mayor empatía y adecuación a las circunstancias de las familias. Finalmente, Hugo Miguez nos brinda luces sobre *epidemiología comunitaria* desde la perspectiva de promover o fortalecer el rol protagónico de la comunidad, siendo esta una productora de conocimiento relevante.

Como se puede apreciar, este número equilibra grande ejes temáticos, proporcionando una visión integral de la investigación para enfrentar con lucidez y disciplina científica la problemática del consumo de drogas. La evaluación de programas preventivos, la identificación de factores de protección, la estimación de los efectos de programas terapéuticos, la exploración de los comportamientos y actitudes hacia el consumo de drogas, propuestas conceptuales para la intervención familiar en drogodependencias y epidemiología comunitaria, son muestra de la profunda complejidad del fenómeno y de los múltiples retos para intervenirla y estudiarla.

Revista Peruana de Drogodependencias

Investigación

CUESTIONES ENTORNO A LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR CINENSINO¹ DATOS DE UN ESTUDIO

Manuel A. Sanabria y Carlos Villanueva

Departamento de Investigación y Desarrollo de Programas
ESTINGA, S.L. – Santiago de Compostela, España

RESUMEN

Ante la evidencia de que no todos los alumnos son igualmente receptivos ni están interesados en aprovechar las propuestas preventivas que les llegan, oscilando su posicionamiento en un continuo que va desde la aceptación al rechazo, los responsables del programa de prevención en drogodependencias CINENSINO, programa que desarrolla y ejecuta su propuesta desde el cine, han llevado a cabo un estudio con una muestra de 5.066 alumnos tratando de relacionar la satisfacción y aprovechamiento del programa y el posicionamiento del alumno frente al área adictiva.

Los resultados indican que cuanto menos satisfacción y menor aprendizaje provoca el programa existe una mayor cercanía del sujeto respecto al consumo (intención y consumo); de manera que si comparamos los abstemios con los que han manifestado algún consumo se muestran significativamente diferentes en la valoración y aprovechamiento del programa. Los datos sugieren la convivencia de hacer la prevención más pronto y de incluir variables ajenas al área adictiva para valorar la efectividad de la prevención en sujetos abstemios.

Palabras Clave: Prevención escolar, cine, adolescentes, receptividad, satisfacción, resultados

¹ El Programa de Prevención en Drogodependencias CINENSINO se viene impartiendo en Galicia desde hace 4 años y está subvencionado por el Plan de Galicia sobre Drogas y Ayuntamientos.

Correspondencia a: Carlos Villanueva Gradín. ESTINGA, S.L. Avda. del camino Francés, 4 –1º A 15704 Santiago de Compostela, España. E-mail: cinensino@estinga.com

ABSTRACT

Before the evidence that not all the students are equally receptive neither they are interested in taking advantage of the preventive proposals that they receive, oscillating their positioning in a continuous one that goes from the acceptance to the rejection, those responsible for the program of prevention in drug addiction CINENSINO, its programs that it develops and it executes their proposal from the cinema, they have carried out a study with a sample of 5.066 student's positioning in front of the addictive area.

The results indicate that all less satisfaction and smaller learning causes the program the fellow's bigger proximity it exists regarding the consumption (intention and consumption); so that if we compare the teetotalers with those that that have manifested some consumption they are shown significantly different in the valuation and use of the program. The data suggest the convenience of making prevention sooner and of including variables unaware to the addictive area to value the effectiveness of the prevention in subject teetotalers.

Key Words: School prevention, cinema, adolescents, receptivity, satisfaction, results.

INTRODUCCIÓN

Con frecuencia al hablar de evaluación en programas de prevención se vienen a considerar a lo menos dos tipos de impacto, uno más objetivo y directo para el que se utilizan variables de medida que recogen las conductas de consumo de los sujetos; otro, de carácter más subjetivo e indirecto al que no siempre se le otorga el suficiente valor. Siendo conscientes de que las evaluaciones suelen dar más peso a la influencia del programa sobre las conductas de consumo, nos proponemos indagar sobre otros aspectos que también reciben la influencia del programa y que a la larga pueden llegar a tener repercusiones en las conductas de consumo. Considerando además que la evaluación ha de ser contextualizada dentro de la problemática y retos que tiene el sistema educativo donde se imparten los programas ofrecemos las siguientes reflexiones y algunos datos de nuestro estudio con la intención de ayudar a profundizar en la cuestión de la evaluación de estos programas.

Con bastante frecuencia salen a la luz publicaciones de artículos dedicados a dar a conocer evaluaciones de programas de prevención escolar con resultados pobres que inducen a cuestionar la eficacia de los mismos. En esos resultados, como mucho, se apuntan tendencias favorables como indicadores cualitativos de eficacia y se resaltan las dificultades de aplicación y evaluación como aspectos justificativos de tales resultados (Graña, 2000; Alvira, 2004; Baldivieso, 2004; García del Castillo, 2004).

No cabe duda que la prevención escolar exige una reflexión, ya que quizás no estemos haciendo verdadera justicia a las iniciativas de preventivas que se llevan a cabo en los centros escolares y las evaluaciones que se hacen quizás no se correspondan con lo que los alumnos han recibido en el aula. Uno se pregunta por qué los resultados que los alumnos obtienen en las diferentes asignaturas que estudian no nos hacen dudar de su importancia y trascendencia, en cambio, sí lo hacemos de la efectividad de una iniciativa preventiva llevada a cabo en las aulas con idéntica metodología y por los mismos educadores. Así pues sería conveniente hacer una serie de matizaciones que nos permitan encuadrar la evaluación de los programas preventivos en todas las dimensiones que tienen.

En primer lugar, sería conveniente encuadrar la evaluación de la prevención dentro de la propia idiosincrasia de la educación, creo que con un ejemplo podremos comprender esta idea. Imaginemos un profesor de una asignatura optativa titulada “Técnicas de Estudio y Expresión”, el profesor trata de inculcar a sus alumnos procedimientos y técnicas que le ayuden a mejorar los resultados académicos de sus alumnos; en buena lógica, para evaluar la eficacia de esta materia, podríamos observar el número de suspensos totales que acaparan los alumnos que tienen dicha asignatura en comparación con los suspensos de otros alumnos que no tienen tal asignatura. Si así lo hacemos pueda que el resultado sea demoledor, los alumnos quizás eligen la asignatura en un intento por superar sus problemas de aprendizaje, ya que de por sí tienden a tener más suspensos. En cambio, si la evaluación la hacemos en función de las pruebas que realizan en esa asignatura los resultados son otros, ya que el 85% de los alumnos la aprueban.

Así pues, existen dos tipos de evaluación, una intra-clase o interna, se hace en función de los contenidos impartidos y otra externa, en la se valora la capacidad para generalizar lo aprendido a otros campos del saber. En cualquier caso resultará problemático suspender a un alumno en Técnicas de Estudio si no sabe desarrollar esquemas en la clase de Historia, lo deberá juzgar el profesor de esa área.

En las evaluaciones de los programas de prevención tendemos a hacer evaluaciones externas, presuponemos que el alumno debe y sabe generalizar los conocimientos y habilidades facilitados a situaciones de consumo en la vida real. De otra manera, se hace una estimación de sus conductas reales de consumo y en función de ello estimamos el impacto o eficacia del programa preventivo impartido. En general se tiende a ignorar o minusvalorar conceptos, contenidos, creencias que también son parte de la herramienta preventiva pero que no siempre se consideran como variables para evaluar el programa preventivo (Pollard, Hawkins & Arthur, 1999; Alvira, 1999).

En segundo lugar, vivimos en una época en la que el sistema educativo es muy permeable a las demandas socio-familiares del contexto social en que se encuadra y los profesores están sujetos a una tensión constante que con frecuencia interfiere en su labor (Marchesi, 2000). La educación ha cambiado de estilo, hoy se instruye más que se educa. Educar es un concepto más amplio que implica comportamientos y actitudes de la vida misma. Esto a veces genera conflicto, de manera que el paralelismo entre la educación y comportamiento se ha separado, el “leif motiv” que rige en la educación es que el alumno sepa (instrucción) y que se comporte como quiera en su vida. Los propios profesores cada vez más ignoran como parte de su tarea educativa cambiar comportamientos.

Es curioso pero en materia de prevención se ven escenas sorprendentes en los centros, profesores que “instruyen” a sus alumnos sobre los riesgos del consumo de sustancias y al salir del colegio esos alumnos le dicen “adiós” levantando la mano con un pitillo, nadie esconde el cigarrillo ni le importa que lo vean, ambos tienen asumido que una cosa es el aula y otra la calle, una cosa es la instrucción y otra la vida privada. Pensemos por un momento en las implicaciones que esto puede tener; evaluar un programa de prevención haciendo hincapié en las conductas de consumo, desde el punto de vista de los alumnos, puede ser considerado una intromisión, a pesar de garantizar el anonimato siempre hay gente que se resiste a precisar sus conductas de consumo, negándolas o exagerándolas, muchas veces por suspicacias infundadas, pero es un hecho. Desde el punto de vista de los alumnos, admitirían mejor preguntas tipo examen relativas a los contenidos de prevención impartidos y que ofrecerían referencias acerca de la asimilación de los mismo. A veces en las evaluaciones de prevención se dan por supuesto requisitos que los propios evaluados no comprenden ni comparten (para muchos probar muy esporádicamente no lo consideran consumo, etc.), no es extraño que los resultados con frecuencia sean dispares y contradictorios, necesitándose una auténtica ingeniería literaria para su interpretación.

En tercer lugar, educar en prevención, como en otros muchos aspectos, suele ser y estar acompañado de un proceso evolutivo y madurativo lento por parte del alumno (Craig, 1996). Desde esa visión evolutiva sí se puede influir en el alumno de cara a ajustar sus comportamientos en función de la instrucción previa recibida, el problema es determinar cuándo y a qué nivel se producirá ese ajuste. Todos tenemos la experiencia de que muchos conocimientos adquiridos en la etapa escolar tardan tiempo en ser operativos y útiles para los sujetos. En todo caso, en materia de prevención da la impresión de que la utilidad y operatividad de los programas debe ser algo inmediato y, en todo caso, a corto plazo. El programa preventivo se termina en mayo y en junio ya se está valorando su efectividad, sin mediar margen de tiempo. Tampoco deberíamos ignorar que los programas de prevención, dentro del contexto educativo, forman parte de los contenidos transversales, son por tanto algo suplementario en los currículos educativos, en cambio, se les exige una efectividad a corto plazo, cosa que no exigimos con otros contenidos formativos que reciben los alumnos en su currículo académico.

En cuarto lugar, también se debe tener en cuenta quién hace la evaluación del programa, pudiendo ser evaluadores externos o ajenos al propio programa o evaluadores internos y responsable ejecutores del mismo. Una costumbre bastante común es confiársela a evaluadores externos buscando una mayor fiabilidad por la no implicación con el mismo; además, el proceso evaluativo requiere una gran complejidad metodológica y científica que no está al alcance de todos, requiriéndose la ayuda de equipos técnicos y especialistas. Así que lo más común es asignar la evaluación a una agencia que cobra un dinero por ese trabajo, la agencia tiene que generar un producto sobre el que trata de reducir costes para aumentar los beneficios, ello hace que se seleccionen las muestras en función de rutas de cercanía, se reducen los intervalos temporales y se ignoren los seguimientos. En fin, una serie de problemas más o menos serios según el criterio ético que la agencia esté dispuesta a asumir. Al final se ha de emitir un informe que por las leyes de la oferta y la demanda hemos convertido en un producto de mercado y sobre el que la agencia deberá dejar satisfecho al cliente para no perderlo, las dotes interpretativas y los recursos literarios suelen ser un buen argumento en este sentido. Por otra parte, la evaluación externa suele ser más desconectada de la implementación real del programa en las aulas y en los centros, ello hace que sea una evaluación muy genérica y descontextualizada, aplicable a diferentes centros y alumnos pero que no tiene en cuenta los diferentes niveles de implementación del programa en los centros y en las aulas.

En quinto lugar está la cuestión de acertar con el momento más adecuado para evaluar el programa preventivo. Una evaluación temprana quizás no llegue a reflejar los efectos del mismo, pues se requiere un tiempo prudencial para que el potencial preventivo activado por el programa puedan interferir con las conductas de consumo; por el contrario, si el intervalo es largo, el efecto del programa tiende a diluirse por la influencia de otras variables. Poder precisar y estandarizar ese intervalo temporal sería muy deseable para obtener evaluaciones más precisas y hacer comparaciones entre ellas.

En sexto lugar, hay que tener en cuenta que los programas de prevención suelen ser impartidos por los propios profesores que adaptan el programa a sus ritmos y necesidades, es frecuente encontrarse con desfases temporales y lagunas en un mismo programa impartido en varios centros. A la hora de evaluar los inconvenientes tienden a acumularse en el último trimestre del curso, el equipo evaluador necesita aplicar los cuestionarios de evaluación y en algunos casos se está impartiendo o acaba de hacerse, los exámenes, excursiones y vacaciones dificultan el contacto con las aulas en la etapa final del curso. Dejar pasar un tiempo prudencial implica evaluar al inicio del siguiente curso, los que encargan la evaluación quieren datos del curso actual, las vacaciones suponen un factor de riesgo añadido (ocio, fiestas, etc.) que podrían afectar a los resultados esperados del programa. Además, si el programa se ha venido impartiendo regularmente a lo largo del curso escolar, cómo valorar el impacto de la primera unidad didáctica desarrollada en octubre frente a la última impartida en mayo.

Finalmente, tampoco podemos ignorar el nivel de receptividad y aceptación de la iniciativa preventiva como una característica que puede condicionar la efectividad de un programa. Los profesores y técnicos coinciden en señalar que los alumnos no son igualmente receptivos a las propuestas preventivas, oscilando desde la aceptación al rechazo en función de una serie de condicionantes (Cánovas, 1994). A grandes rasgos se pueden diferenciar claramente tres tipos de posicionamiento de los alumnos. El primero está integrado por aquellos alumnos para los cuales el tema de las drogas ciertamente resulta novedoso e interesante, son sujetos que han oído hablar de las drogas pero quizás sea esta la primera vez que el tema se trata a nivel institucional con la suficiente seriedad y profundidad, lo que les facilita descubrir cosas y contrastar las ya conocidas, de manera que lo siguen con atención e interés.

En segundo grupo se sitúa un sector del alumnado que se muestra más escéptico, su posicionamiento está muy cercano a la neutralidad. No llegan ni

mucho menos al rechazo, pero tampoco dan muestras de adhesión o conformidad ante la información que reciben. Como si interiormente estuvieran dudando y necesitasen corroborarlo por ellos mismos.

En el tercer grupo está un sector menos numeroso que da muestras claras de desacuerdo y rechazo. Son alumnos que se consideran la avanzadilla de la clase, convencidos de que para hablar del tema hay que tener experiencia o por lo menos posibilidad de estar cerca de aquellos que la tienen y consumen. Sus intervenciones se encaminan a poner cuanto menos en duda lo que se les dice, calificándolo de teórico e incluso de alarmista convencidos de que no es para tanto; creen que se aborda el tema con alarmismo para intimidar a la gente y evitar así que se metan en el consumo. Consideran que lo que se les dice es sesgado o falso, con lo cual la prevención estaría trucada o equivocada, ya que con conocimiento y habilidad uno puede sortear los riesgos asociados al consumo y consumir sin que sea tan temeroso. Así lo creen y con sus intervenciones tratan de dejarlo claro para los demás. Estos alumnos a veces se comportan como auténticos “saboteadores” ante las propuestas de prevención, erigiéndose portavoces “entendidos” de una causa en la que creen representar a muchos. Con frecuencia están consumiendo y los ecos en materia preventiva tienen otro sonido diferente para ellos (Cánovas, 1994).

Ello nos lleva a considerar que quizás el impacto del programa sea distinto en función del estatus de consumo que tiene el alumno. Por definición, los programas preventivos van dirigidos a individuos alejados del consumo, pretendiendo retrasar o evitar el mismo en el futuro. Ahora bien, los indicios apuntan a que la prevención con sujetos consumidores es de escasa o nula eficacia, si tenemos en cuenta que una de las variables de resultado más frecuentemente utilizada para valorar la eficacia de los programas preventivos es la frecuencia y cantidad de sustancias consumidas. Suele ocurrir que el peso o valor cualitativo de esta variable es grande a la hora de valorar la eficacia del programa y se tienden a hacer extrapolaciones genéricas en el sentido de que si el programa ha tenido poco impacto entre los que manifestaban algún tipo de consumo, menos aún lo habrá tenido sobre los abstemios. Pero en realidad las cosas no funcionan con esta lógica y es necesario apoyarse en otras variables de medida que aporten más indicios acerca de la efectividad de los programas.

Siendo conscientes de algunas de estas cuestiones y a raíz de la aplicación del Programa de Prevención en Drogodependencias CINENSINO, pretendemos aportar una serie de pistas e indicios sobre los que cabría profundizar y ampliar más de cara a lograr valoraciones más exhaustivas.

OBJETIVOS

Si bien el objetivo general era conocer el posicionamiento de los preadolescentes ante el programa de prevención recibido, puede ser desglosado en los siguientes objetivos más concretos:

- 1º- Determinar los sujetos que son más sensibles y receptivos a la propuesta preventiva.
- 2º- Ver si existe relación entre el nivel de aceptación del programa y el grado de implicación de los sujetos en el consumo.
- 3º- Marcar pautas y buscar variables que ayuden a determinar con más detalle y amplitud la eficacia de los programas preventivos a nivel escolar.

PROCEDIMIENTO

Los sujetos en los que se basa el presente estudio han participado en un programa de prevención escolar denominado CINENSINO, llamado así porque se utiliza el cine como referencia para trabajar una serie de temas centrados en la prevención de drogas, concretamente el tabaco y el alcohol. Para ello se le facilitan, después de ver la película propuesta, tanto a los profesores como a los alumnos, el material que constituye la Unidad Didáctica de esa película y que consta de un Manual para el profesor y un Cuaderno para el alumno. La labor preventiva se desarrolla en el aula, el profesor ha de motivar, explicar, coordinar actividades, organizar los grupos de trabajo y concretar conclusiones elaboradas por los alumnos. Para ello el quehacer de los alumnos se centra, en primer lugar, en un trabajo personal que se pasa después a pequeños grupos y termina en una puesta en común con toda el aula.

Al profesor encargado de impartir el programa se le facilita un Curso de Formación vía internet homologado por el Plan Autonómico de Drogodependencias de la Xunta de Galicia.

Selección de la muestra

La muestra para el estudio fue seleccionada entre el alumnado participante, 1º y 2º de ESO (12-14 años), haciéndose una distribución proporcional por Ayuntamientos en función del número de alumnos inscritos, eligiéndose por azar las aulas a incluir en el estudio hasta completar el número requerido, sólo se rechazaba un cuadernillo cuando no estaba cumplimentado en su mayor parte. Después de todos estos procedimientos la muestra en la que se basa el estudio quedó constituida por 5.066 escolares, lo que constituye una excelente representación de los 14.527 escolares implicados en el Programa.

Instrumento para la recogida de información

Para evitar, en la medida de lo posible, que los alumnos se sintiesen directamente evaluados hemos tratado de integrar las preguntas en los contenidos de las unidades didácticas, dicha información era utilizada a la vez como material para trabajar y debatir en clase. Esas preguntas son las recogidas en el Cuadro 1 y 2.

Cuadro 1.

1.	¿Has fumado alguna vez?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>					
2.	¿Cuántos cigarrillo has fumado en el último mes? /...../									
3.	¿Y cuántos has fumado la última semana? /...../									
4.	Cuántas veces te hubiera gustado fumar, aunque de hecho no lo hicieras, en las últimas dos semanas:									
	Ninguna	<input type="checkbox"/>	Alguna	<input type="checkbox"/>	Varias	<input type="checkbox"/>	Bastantes	<input type="checkbox"/>	Muchas	<input type="checkbox"/>
5.	¿Has probado algún tipo de bebida alcohólica?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>					

Finalmente, en la última hoja, se han incluido una serie de preguntas de carácter evaluativo referentes a distintos aspectos del Programa. Este apartado se introducía con la frase *“Te agradeceríamos que nos ayudases a mejorar el programa respondiendo con sinceridad a estas preguntas”*. Las preguntas incluyen una escala tipo Likert con 4 niveles eligiendo el valor más adecuado o acorde con su situación.

Las preguntas hacen referencia a la satisfacción con las actividades, a lo aprendido, a la implicación del profesor, posicionamiento y rechazos de consumo.

Los Cuadernillos una vez trabajados por los alumnos fueron recogidos por el propio centro educativo y entregados a los responsables del Programa. Prácticamente la totalidad de los centros educativos entregó el material, siendo muy pocos los alumnos a los que no se les pudo recoger por algún motivo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características de la muestra

La mayoría de los alumnos implicados en el Programa están cursando 2º de ESO, concretamente un 67,8%, en cambio los que cursan 1º de ESO es un porcentaje inferior, el 32,2%.; esto equivale a que dos de cada tres alumnos que reciben el Programa son de 2º ESO.

Sin que fuera una pretensión exigida de antemano, la distribución de la muestra en función del sexo es equivalente. De los 5.066 escolares, la mitad, un 49,8%, son varones y la otra mitad, un 50,2%, mujeres.

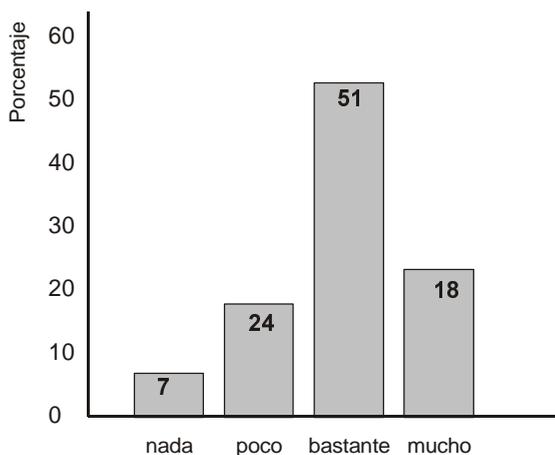
Grado de satisfacción y nivel de aprendizaje del programa

Dado que los programas de prevención forman parte de los contenidos transversales y no son, como otras materias, objeto de evaluación es requisito imprescindible que el alumno se sienta atraído por el programa para poder despertar su interés y motivación, consiguiendo con ello la mayor implicación posible y pueda generar los efectos esperados. En nuestro caso la estimación del grado de satisfacción se centró en las cuestiones y actividades propuestas en las Unidades Didácticas, pidiendo a los alumnos que valorasen en qué medida le gustaron, anotando en una escala de 4 valores.

Los resultados recogidos en la Gráfica 1 indican un buen nivel de satisfacción, ya que para la mitad de la muestra (2.544 alumnos) las actividades han sido bastante satisfactorias, para un 24% (1.199 alumnos) las actividades le gustaron mucho. En cambio, para un 18% (920) resultaron de poco interés y para un 7% (365) no gustaron.

Gráfica 1.

Grado de Satisfacción

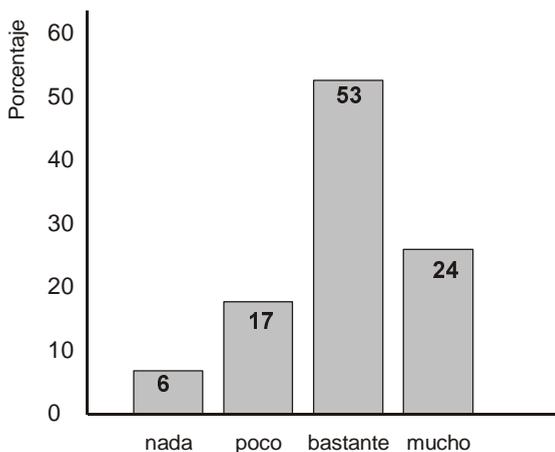


Dicotomizando los datos de esta variable, podemos afirmar que las actividades relacionadas con la prevención del consumo de drogas propuestas en las Unidades, parecen ser de mucho agrado para el 74% de los alumnos despertando menos satisfacción para un 25%.

Para estimar el nivel de aprendizaje que puede haber ejercido el programa, se le preguntó a los alumnos acerca de su valoración sobre el mismo. La pregunta propuesta a tal fin tenía el siguiente planteamiento: “*Con las actividades tengo la impresión de haber aprendido...*”, debiendo elegir una de las cuatro opciones propuestas (*mucho, bastante, poco, nada*). El análisis de esta cuestión se resume en la Gráfica 2.

Gráfica 2.

Nivel de Aprendizaje



Un 24% del alumnado (unos 1.178 sujetos) consideran que con las propuestas del programa han aprendido mucho en materia de prevención. El 53% (2.645 sujetos) hacen también una buena estimación de su nivel de aprendizaje considerando que han aprendido bastante. Así pues, un 77% del alumnado de la muestra (equivalente a 3.823 sujetos) tienen la impresión de que el aprendizaje aportado por el Programa es satisfactorio.

En cambio, un 17% de la muestra consideran que han aprendido poco y un 6% manifiestan no haber aprendido nada. Sospechando se trate de alumnos con escasa motivación, poco receptivos a los mensajes preventivos e incluso experimentadores en consumo que tienden a situarse en un plano defensivo, tratamos de aclarar esta suposición.

Dado que también pudimos contar con otras preguntas adicionales referentes a consumo e intención de consumir, quisimos averiguar qué tipo de alumnos se muestran más receptivos al Programa, o lo que es lo mismo, en qué alumnos produce un mayor nivel de aprendizaje. Para poder aclarar esta cuestión realizamos dos tipos de análisis; en el primero, mediante un análisis de correlación de Pearson relacionamos los cigarrillos que los escolares habían fumado la última semana y la intención de fumar con el grado de satisfacción de las actividades y la estimación del nivel de aprendizaje. Los resultados de esta exploración se recogen en la tabla 1.

Tabla 1.

Relación entre consumo e intención x satisfacción y Aprendizaje

	Cigarrillos fumados última semana	Intención de fumar
Grado de satisfacción con las actividades	No significativo	r = -0.05 p= 0.00 n = 4648
Estimación del nivel de aprendizaje	r = -0.47 p= 0.00 n = 3648	r = -0.10 p= 0.00 n = 4639

Como se puede apreciar, los resultados en su mayor parte son significativos, vienen a indicar que cuanto menor es el grado de satisfacción con las actividades y menor también el nivel de aprendizaje, existe una mayor intención de fumar y los que dicen haber aprendido poco con el programa realmente están fumando más cigarrillos a la semana que los que dicen haber aprendido más; dando a entender que cuanto más se fuma, menos se aprende y menos satisface el programa.

Pero aún podemos profundizar más en este aspecto, si dividimos la muestra en dos grupos, alumnos que manifiestan haber fumado o bebido alguna vez y los que nunca lo han hecho, comparando ambos grupos mediante una prueba de contraste de medias, obtenemos los siguientes resultados de la tabla 2:

Tabla 2.

Sujetos con o sin consumo versus satisfacción y aprendizaje

	Grado de satisfacción		Nivel de aprendizaje	
Sí han fumado	n = 962	t =-3.84	n = 958	t =-8.12
No han fumado	n = 3923	p= 0.00	n = 3907	p= 0.00
Sí han bebido	n = 2887	t=-7.43	n = 2876	t=-7.56
No han bebido	n = 1880	p= 0.00	n = 1870	p= 0.00

Dichos resultados nos muestran, con significatividad estadística, que ambos grupos, tanto los que han fumado o bebido como los que no, se manifiestan radicalmente diferentes a la hora de valorar el grado de satisfacción con las actividades del programa y el nivel de aprendizaje producido en ellos, el sentido de sus manifestaciones se orienta a subestimar el nivel de satisfacción y de aprendizaje en la medida que ya consumen, de manera que si se consume se tiende a “pasar” e ignorar la propuesta preventiva que representa el programa. Estos resultados vienen a confirmar que cuanto más implicación tienen los preadolescentes en el consumo presentan más reticencias por las iniciativas preventivas que les llegan.

Los datos de nuestro estudio confirman que los preadolescentes más sensibles y receptivos con el programa de prevención son, precisamente, los totalmente abstemios. En principio parece que quizás el programa no es lo suficientemente efectivo con quienes en teoría más lo necesitarían, pues los que manifiestan algún tipo de consumo son a los que menos ha satisfecho el programa y poco o nada han sacado de él. Esta confirmación nos hace pensar que los sujetos que consumen parecen asumir una postura defensiva y protectora frente a los mensajes que les llegan del programa, siendo más difícil hacerlos permeables a la propuesta de no consumo emitida desde el programa.

En consecuencia con lo anterior, nuestros datos parecen indicar que existe una relación manifiesta y evidente entre el nivel de aceptación de la propuesta preventiva y el grado de implicación de los preadolescentes en el consumo, de suerte que la aceptación y asimilación de las propuestas guarda cierta relación con la implicación del sujeto en el consumo, especialmente de tabaco

Quizás sea un error de estrategia el pensar más en los sujetos que consumen como los principales destinatarios del programa preventivo, nuestros datos sugieren que no van a ser los más receptivos ni los más beneficiados. Además, según se tengan o no en consideración estos aspectos va a influir en la efectividad o fracaso de un programa, ya que si le damos mucho peso a las variables de consumo, como indicadores de eficacia del programa, pueda que estén “contaminando a la baja” los resultados del mismo, ya que los consumidores rechazan el programa y continuarán consumiendo. Por tanto, más razonable, siempre según nuestros datos, sería centrar la valoración de la efectividad en otras variables de medida alternativas al consumo y referentes a los sujetos que no consumen y que se encaminarían, por ejemplo, a clarificar a cuántos sujetos le hemos evitado el consumo o cuánto tiempo lo hemos retrasado, cuestión que no parece fácil de medir ni valorar y exige seguiminetos.

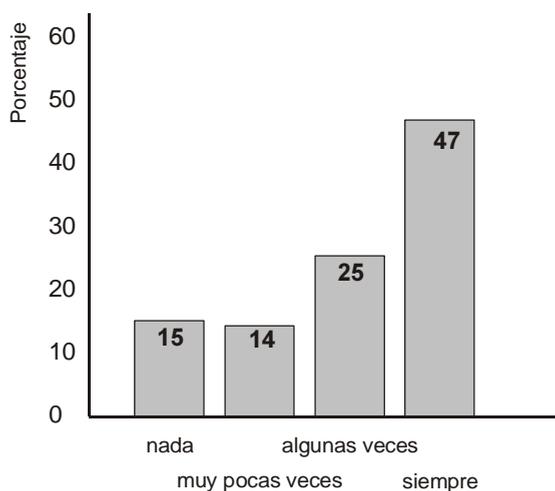
Por lo demás, parece aconsejable centrar más los programas de prevención en preadolescentes y adolescentes totalmente abstemios, con lo cual posiblemente redundaría en mayores niveles de eficacia; al mismo tiempo habría que buscar soluciones intermedias o a caballo entre la prevención y la intervención para los jóvenes que ya manifiestan ciertos niveles de consumo. Entendemos que esta posibilidad no es nada fácil de articular y más si tenemos en cuenta la propia estructura escolar que sirve de apoyo para implantar la mayoría de los programas de prevención de manera colectiva; aunque a nivel operativo no parece práctico, ello no implica que no lo fuera a nivel terapéutico. Quizás en algunos de estos sutiles aspectos estén las claves que explicarían por qué a veces los programas preventivos genéricos no siempre ofrecen los resultados satisfactorios que cabría esperar.

Papel del profesorado

Un aspecto importante, sino el principal, para que un programa funcione y sea efectivo es el papel que desempeña el profesor. La motivación, comprensión y el sentido de las cosas resulta difícil de lograr sin la contribución de esta figura. De cara a tener una estimación de ese aspecto hemos incluido una pregunta encaminada a que los alumnos indiquen el nivel de explicaciones dadas por el profesor en relación con las actividades a realizar. (Gráfica 3).

Gráfica 3.

Explicación por parte del Profesor



Para concretar más la repercusión que la implicación del profesorado pueda tener en la implementación del Programa, realizamos una serie de análisis de tipo correlacional (*r de Pearson*) para determinar si afecta al grado de satisfacción del alumno, al nivel de aprendizaje estimado y a la participación de los alumnos en el aula. Los resultados de estos análisis los resumimos en el cuadro que sigue.

Tabla 3.

Relación entre explicación del Profesor y variables del alumno

	Satisfacción con las actividades	Estimación del nivel de aprendizaje	Nivel de participación de la clase
EXPLICACIONES DADAS POR EL PROFESOR	r = 0.30 p= 0.00	r = 0.31 p= 0.00	r = 0.48 p= 0.00

Se puede observar en el cuadro de correlaciones que existe una relación significativa entre la implicación del profesor y la satisfacción con las actividades por parte de los alumnos, su nivel de aprendizaje y la participación de la clase. Parece ser una variable determinante para el éxito del Programa, siendo quizás la circunstancia que mejor explique el aprovechamiento de las Unidades por parte del alumno. De manera que en la medida que el profesor explica poco o nada las actividades a sus alumnos, éstos tienden a estar menos satisfechos con las mismas, considerando además que aprenden menos y apenas participan en el aula, en contraposición con aquellos otros alumnos cuyos profesores tienden a explicar más. Así pues, el hecho de que haya un sector del profesorado (29%) escasamente implicado con el Programa que nunca o muy pocas veces explica resulta determinante para el aprovechamiento y éxito del Programa.

El contar con el profesorado del centro como primeros responsables de la aplicación de los programas siempre se ha considerado como una ventaja. El conocimiento que tienen de sus alumnos, su capacidad de organización son puntos a favor. No obstante, existen otros aspectos como la propia problemática de los centros educativos, pérdida de rol, sobrecarga de trabajo, el estrés, falta de interés y el tener que impartir una actividad (programa) la mayoría de las veces ajena a su perfil formativo pueden ser algunos de los inconvenientes que mermen eficacia a la iniciativas de prevención. Nuestros datos apuntan a que existe un sector del profesorado, cercano al 30%, que no están lo suficientemente implicado en la buena ejecución del programa; posiblemente se limitan a dejar hacer, delegan las

iniciativas en el propio alumno o se limitan a llenar unas horas con una iniciativa un tanto ajena a su especialidad. En fin, se presupone una buena predisposición que no siempre existe, sin embargo de cara a suplir estos déficits se podría incluir otras figuras externas de los propios centros como ejecutores también de los programas.

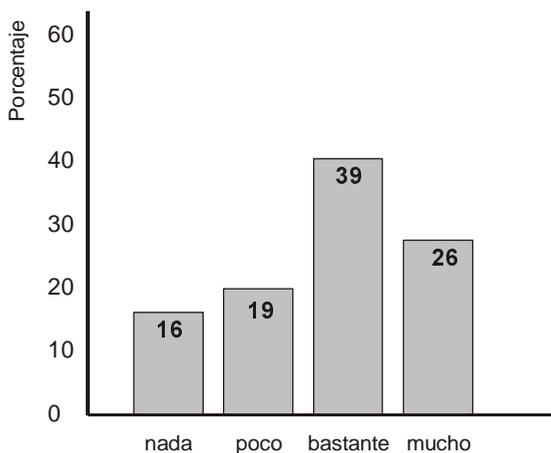
Clarificación de cuestiones acerca de las drogas

Los datos de esta variable fueron recabados a través de una pregunta que hacía referencia a si el Programa le había ayudado a clarificar cosas que no sabían acerca de las drogas, optando por una de las cuatro alternativas (mucho, bastante, poco y nada).

Como se puede observar en la Gráfica un total de 65% de los alumnos consideran que el Programa les ha ayudado a clarificar, entre bastante y mucho, distintos aspectos relacionados con las drogas que antes desconocían, a un 19% le ayudó un poco y para un 16% el Programa no tuvo ninguna influencia como elemento clarificador de aspectos relacionados con las drogas. En este sentido, la utilidad del programa como elemento clarificador es alta, ya que el 84% de la muestra encontró, en mayor o medida, algún tipo de clarificación referente a las drogas gracias al programa.

Gráfica 4.

Clarificar cosas sobre drogas



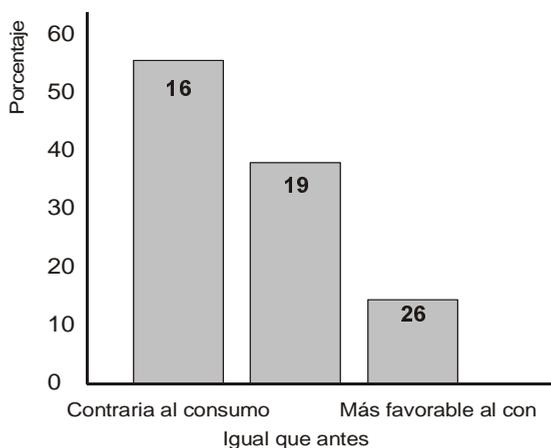
Este efecto clarificador de los programas no se debería ignorar como indicador también de su eficacia; aun cuando es más difícil de valorar en términos objetivos, dado que su posible influencia en las conductas de consumo se produce a través de un largo y complicado camino. Lo cierto es que a veces los consumo de sustancias de los adolescentes están sostenidos por creencias erróneas que a su vez generan actitudes y conductas de consumo (Fishbein y Ajzen, 1980). Así, el pensar que los porros (marihuana) no crean adicción, que hay drogas blandas que no son dañinas, que las drogas de diseño ofrecen ciertas garantías, etc. son algunos ejemplos de creencias que favorecen el consumo y en los que los programas preventivos deberían incidir para atajar el consumo futuro.

Actitud ante las drogas tras el Programa

La pregunta de esta variable se enfocó a interrogar a los escolares acerca de cómo era su actitud ante las drogas tras el Programa. En la Gráfica 5 se resumen los datos de esta cuestión. Se puede apreciar que un 54% de los alumnos confiesan un posicionamiento contrario al consumo de drogas tras realizar el programa, que para un 36% no ha variado el posicionamiento de sus posturas; ahora bien dentro de este grupo también cabe incluir aquellos que antes del Programa ya tenían una posición contraria y tras el mismo la siguen manteniendo. Finalmente, un 10% de alumnos manifiestan que su actitud es más favorable al consumo ahora que antes de iniciar el Programa y en los que el Programa no parece haber dejado mella, al menos a este nivel.

Gráfica 5.

Actitud tras el programa



Para tratar de concretar más ese desplazamiento posicional y ver si los sujetos, a consecuencia del Programa, reconocen haber llevado a cabo conductas concretas de rechazo, lo cual pudiera ser una buena estimación de su influencia indirecta, se les preguntó si de no haber sido por lo tratado y hecho en el Programa hubieran llegado a consumir alguna sustancia. El 20% de los alumnos respondió que sí, admitiendo que los contenidos del Programa pudieran haber evitado, al menos en alguna ocasión, haber probado alguna sustancia; el resto, un 80%, responde que no, si bien dentro de este porcentaje habría que considerar a los que mantienen posiciones de claro rechazo del consumo anteriores al Programa y en esa decisión se mantienen tras él, de manera que aún sin haber participado en el Programa su actitud de rechazo permanecería intacta.

El hecho de que un 20% de los alumnos consideren que gracias al programa pudieron haber evitado algún tipo de consumo es una referencia de estimable valor y pone de manifiesto que la influencia de los programas preventivos no se debería de determinar de manera exclusiva en referencia al área toxicológica del sujeto, la conveniencia de apoyarse también en otras estimaciones de propio sujeto aportaría matices interesantes acerca de la influencia real del programa.

CONCLUSIONES

- 1) La aceptación y receptividad de una iniciativa preventiva por parte de sus destinatarios puede ser el primero de los requisitos para la efectividad de la misma, siendo necesario determinar el nivel de satisfacción e indagar en las razones de los menos receptivos e insatisfechos de cara a conseguir un mayor ajuste del programa a sus necesidades y demandas. En este sentido la oferta preventiva que representa el programa CINENSINO parece contar con un buen grado de satisfacción entre el alumnado. Para un 75%, las actividades parecen gustar bastante o mucho, siendo de menos agrado para un 25%. Esta submuestra está integrada por los sujetos que manifiestan algún tipo de consumo de manera que insatisfacción y consumo van de la mano, siendo atribuible a uno de cada 4 alumnos. A grandes rasgos podríamos establecer que cuando los preadolescentes consumen, toda propuesta de abstinencia dirigida a ellos parece que no va a ser bien acogida. Quizás aquí se mezclen también factores relativos a la idiosincrasia de la etapa evolutiva en la que se encuentran inmersos estos jóvenes (rebeldía, rechazo, autoafirmación de lo propio, egocentrismo de las propias ideas y decisiones, etc.), que unido

al estatus de consumidor aumenta la insatisfacción y rechazo de iniciativa preventiva dirigida y controlada por adultos.

- 2) Respecto a nivel de aprendizaje estimado, en conjunto, un 77% de los alumnos consideran que las actividades propuestas han sido útiles como medios de aprendizaje de contenidos relacionados con la prevención del consumo, calificando el nivel de aprendizaje de alto; en cambio, un 23% tienen la impresión de que su nivel de aprendizaje es, más bien, escaso e insuficiente. Pero si llevamos a cabo un análisis más minucioso del tipo y características de estos sujetos nos damos cuenta que los alumnos que se muestran más díscolos y reticentes con el Programa son aquellos que en este momento están teniendo algún tipo de consumo de sustancias legales; en cambio, los más satisfechos y los que manifiestan estar aprendiendo más tienden a ser alumnos abstemios. Esta relación es significativa ($r=0,47$; $p=0,00$), al tiempo que las diferencias entre unos y otros alumnos como grupos independientes también lo son (ver Cuadro 3 previo), de suerte que los escolares menos satisfechos y que dicen aprender menos con el Programa tienen una implicación más notoria con el consumo y se diferencian de manera significativa de los abstemios en cuanto al grado de satisfacción y aprendizaje atribuible al programa. Esta circunstancia debe ser interpretada como una actitud defensiva por parte de esos sujetos, los mensajes contrarios al consumo chocan con sus creencias o actitudes favorables al mismo y adoptan una postura reticente. No cabe duda que para el alumnado consumidor los programas de prevención suponen un reto ya que la eficacia de los mismos no es tan notoria a corto plazo.
- 3) Podemos establecer con los datos de nuestro estudio que el alumnado más receptivo y predispuesto a asimilar la propuesta preventiva va a ser precisamente los que todavía no han experimentado ningún tipo de consumo. En cambio, los que manifiestan algún consumo van a ser bastante más resistentes al cambio. Así pues, centrándonos en contexto escolar es más conveniente ofertar programas de prevención antes de que se manifieste algún tipo de consumo de sustancias, quizás lo ideal sería iniciarlos en 6º de Primaria (11 años) y como mucho 1º de Eso, ya que a medida que ascienden en cursos las probabilidades de iniciarse en el consumo aumentan, con lo cual también lo haría el rechazo hacia las iniciativas de prevención por parte de quienes más las necesitarían. Así pues, preparar una intervención de corte preventivo cuando en el centro educativo crece la alarma por

consumo quizás ya sea demasiado tarde, también sería ingenuo, según nuestros datos, que con esa iniciativa de prevención se puede solventar el problema de consumo entre los que ya consumen. Posiblemente la intervención beneficie más a los que no consumen que a los que ya lo están haciendo, con lo cual la iniciativa nos podrá parecer inútil o poco eficaz al seguir apreciando consumos en un grupo de sujetos que ya lo venía haciendo.

- 4) Los resultados de nuestro trabajo también abren el debate acerca de cómo valorar la efectividad de las intervenciones preventivas entre escolares, al tiempo que apunta a la necesidad de buscar variables criterio que sirvan de referencia para medir esa eficacia. Parece razonable centrar la valoración de resultados en la población escolar abstemia, tratando de medir, por ejemplo, cuánto tiempo hemos conseguido retrasar el inicio del consumo o a cuántos escolares hemos evitado que lleguen a consumir, por citar algunos. Por otra parte, incluir a los escolares consumidores dentro del grupo total de cara a valorar la eficacia del programa, podría producir cierto sesgo, ya que la condición de consumidor determina la receptividad y aprovechamiento del programa, circunstancia ésta a la que se le deberá prestar más atención a la hora de hacer una justa valoración de la intervención preventiva. Además, si la valoración de estos programas la hacemos en base al área toxicológica de los escolares estaríamos perdiendo e ignorando capacidad de impacto del programa sobre los sujetos abstinentes. De ahí que sería conveniente incluir ítems de carácter conceptual y procedimental que recojan los aprendizajes que a este nivel pudiera haber provocado el programa. Ello tendría ventajas, estaríamos evaluando dentro de una dinámica escolar a la que están muy acostumbrados los escolares (evaluación de conceptos y contenidos); además, no se debería prescindir de la influencia de esos aspectos sobre la conducta ya que tienen capacidad de influjo sobre las creencias y actitudes y, por consiguiente, en la conductas, incluidas las de consumo (Fishbein & Azjen, 1980).
- 5) Parece, por otra parte, que implantar un programa de prevención dirigido a consumidores puede ser una iniciativa discutible por su ineficacia, posiblemente para este tipo de alumnos sería aconsejable el diseño de una intervención más específica y centrada en su problemática concreta, quizás programas puente entre la prevención y la intervención serían más acertados, pudiendo beneficiarse y resultar más eficaces para ellos, si bien su implantación dentro de la estructura escolar resultaría complicada.

- 6) Para que el Programa alcance su mayor efectividad es importante contar con la implicación del profesorado animando y orientando a los alumnos en las tareas propuestas. En nuestro caso, este aspecto se ve claramente confirmado, ya que existe una correlación directa y positiva entre el nivel de explicaciones facilitadas por el profesor y aprovechamiento del Programa por parte del alumnado. De manera que cuando el profesor no explica, sus alumnos están menos satisfechos con las actividades y disminuye la estimación que hacen de su aprendizaje; en cambio aumentan los niveles de satisfacción y aprendizaje en la medida que el profesor ha explicado más. Así pues, el hecho de que haya cerca de un 30% del profesorado que nunca o pocas veces dedica tiempo a explicar y orientar las actividades de las Unidades Didácticas puede ser determinante para el éxito de los programas, al tiempo que sugiere la posibilidad de poder contar con otras figuras externas a los propios centros como ejecutores estables de iniciativas de prevención.

- 7) No cabe duda que los programas de prevención, como todos aquellos contenidos que forman parte de los currículos transversales, deberían representar una excelente oportunidad para aclarar aspectos relativos a la problemática del consumo y que de no ser debidamente clarificados pudieran anquilosarse como creencias erróneas y representar de cara al futuro un factor de riesgo. En este sentido, los programas preventivos, a parte de frenar en mayor o menor medida el consumo, también han de servir para atajar anticipadamente posibles consumos futuros. El reconocimiento por parte del alumnado de que una propuesta preventiva ayuda a clarificar aspectos relacionados con el consumo, debe ser valorado en ese sentido. Así pues, un 84% del alumnado considera que el Programa le ha ayudado a clarificar, en mayor o menor medida, cuestiones que antes desconocían, solamente un 16% consideran que el Programa no aportó ningún elemento clarificador para ellos.

- 8) En cuanto a la actitud ante las drogas, un 54% de los alumnos confiesan tener un posicionamiento contrario al consumo tras realizar el Programa, posiblemente son adolescentes que han “movido ficha”, cambiando o matizando sus actitudes hacia posturas más cercanas al rechazo o no consumo de sustancias. Encontramos también un 36% que no ha variado su posicionamiento, ahora bien, dentro de este grupo cabe incluir aquellos que antes del Programa ya tenían una postura claramente opuesta al consumo y tras el Programa se mantienen en esa misma postura. Finalmente, un 10%

- de alumnos manifiestan que su actitud es más favorable al consumo ahora que antes de iniciar el Programa y para los que el Programa no parece haberles dejado ninguna mella preventiva. Además, el cambio actitudinal puede haber supuesto que en alguna ocasión se transformara en decisiones o conductas concretas de rechazo del consumo, así un 20% de los sujetos de la muestra atribuyen al Programa la evitación de al menos una ocasión de consumo.
- 9) Finalmente, estas estimaciones creemos que ponen de manifiesto que la influencia de los programas se a repartiendo o diluyendo entre diferentes variables del sujeto con distinto valor e intensidad. Esta influencia parece ser menor, en alguno casos quizás inexistente, en el área adictiva (más cuando el sujeto ya viene consumiendo de antes), tendiendo a se mayor en variables como creencias, actitudes posicionamientos y decisiones, las cuales a su vez también influirían en el consumo. Es pues interesante incluir algunos de estos aspectos a la hora de hacer valoraciones de iniciativas de prevención, ya que cuanto más peso o exclusividad tengan las conductas de consumo y se tienda a prescindir de aquellas otras variables la valoración puede resultar desequilibrada y, por tanto, sesgada no reflejando la incidencia real de un programa.

REFERENCIAS

- Alvira, F. (1999). *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.
- Alvira, F. (2004). *Evaluación y prevención: lo que la evaluación puede enseñar a la prevención*. Ponencia. 1º Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos. Santiago de Compostela, 26-28 Febrero, 2004. WWW. Conductasadictivas.org.
- Baldivieso L. (2004). *¿Ha fracasado la prevención sobre drogas?. Evaluación de un modelo*. Ponencia. 1º Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos. Santiago de Compostela, 26-28 Febrero, 2004. WWW. Conductasadictivas.org.

- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas.
- Cánovas, G. (1994). *Adolescentes y alcohol*. Bilbao: Ed. Mensajero.
- Craig, G.J. (1996). *Desarrollo psicológico*. (7ª Ed.). México,DF. Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1980). *Understanding attitude and predicting social behavior*. Englewood Cliffs,NJ: Prentice Hall
- García del Castillo, J.A. (2004). *Problemas y límites asociados a la evaluación de la prevención de drogas*. Ponencia. 1º Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos. Santiago de Compostela, 26-28 Febrero, 2004. WWW. Conductasadictivas.org.
- Graña, J.L., Muñoz, J.M. y Delgado, S. (2000). *Investigación sobre el consumo de drogas en adolescentes de Majadahonda. Factores de riesgo y protección*. Madrid: Ayuntamiento de Majadahonda/Agencia antidroga de la comunidad de Madrid.
- Marchesi, Á. (2000). *Controversias en la educación española*. Madrid. Alianza Editorial.
- Pollard, J.A.; Hawkins, J.D. y Arthur, M.W. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence?. *Social Work Research*, 23, 145-158.

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA: UNA ESTRATEGIA FAMILIAR PARA LA ESCUELA PÚBLICA MEDIA¹

Thomas J. Dishion
Kathryn Kavanagh
Alison Schneiger
Sara Nelson
& Noah K. Kaufman

Centro del Niño y la Familia
Universidad de Oregon, Eugene.

RESUMEN

El Programa de Transiciones del Adolescente (ATP por sus siglas en inglés) promueve la adaptación del estudiante y reduce el riesgo en el entorno escolar público, enfocándose primordialmente en las prácticas educativas de los padres, utilizando una estrategia de prevención gradual con múltiples niveles. En este artículo se presenta una descripción del programa, los niveles de participación, y los efectos de la intervención. Dentro de cada escuela, estudiantes multiétnicos ($N = 672$) junto con sus familias, fueron asignados al azar, de manera individualizada a la condición de control o a la intervención del ATP. Los análisis se enfocan en los efectos prolongados de la intervención ATP en los auto-reportes de consumo de sustancias durante la escuela media y el primer año de escuela secundaria (6^{to},

¹ Artículo publicado con permiso de Kluwer Academic Publishers. Referencia original: Dishion, T.J., Kavanagh, K., Schneider, A., Nelson, S., & Kaufman, N. (2002). Preventing early adolescent substance use: A family-centered strategy for the public middle-school ecology. En R.L. Spoth, K. Kavanagh, & T.J. Dishion (Eds.), *Universal family-centered prevention strategies: Current findings and critical issues for public health impact*. Prevention Science, 3, 191-201.

Correspondencia a : Thomas J. Dishion, PhD., Child and Family Center. Department of Psychology, University of Oregon, 195 West 12th. Avenue, Eugene, OR, 97401-3408. E-mail: tom@d@darkwing.uoregon.edu

7^{mo}, 8^{vo}, y 9^{no} grados). Los niveles de participación en las intervenciones indicadas y selectivas fueron de alguna forma menores de lo esperado. A pesar de los niveles relativamente bajos de involucramiento, la intervención redujo la iniciación en el consumo de sustancias tanto en los estudiantes de riesgo como en los de desarrollo típico. Estas conclusiones se discuten con respecto a las lecciones aprendidas sobre la participación de los padres, optimizando las estrategias para la implementación en las escuelas, y la promesa de arraigar las intervenciones familiares dentro de la ecología de la escuela pública.

Palabras Clave: Prácticas educativas; prevención; participación; consumo adolescente de sustancias

ABSTRACT

The Adolescent Transitions Program (ATP) promotes student adjustment and reduces risk within a public school setting, focusing primarily on parenting practices using a tiered, multilevel prevention strategy. A description is given of the program, levels of engagement, and intervention effects. Within each school, multiethnic students ($N = 672$) and their families were randomly assigned at the individual level to a control condition or the ATP intervention. Analyses focus on the longitudinal effects of the ATP intervention on self-reported substance use through middle school and the 1st year of high school (Grades 6, 7, 8, and 9). Levels of engagement in the selected and indicated interventions were somewhat less than expected. Despite relatively low levels of engagement, the intervention reduced initiation of substance use in both at-risk and typically developing students. These findings are discussed with respect to lessons learned about parent engagement, optimizing strategies for schoolwide implementation, and the promise of embedding family interventions within the public school ecology.

Key words: Parenting; prevention; engagement; adolescent substance use (drugs).

La adolescencia temprana es una ventana crítica del desarrollo para centrarse en las prácticas educativas de los padres que reducen la prevalencia del comportamiento adolescente problemático tal como el consumo de sustancias. Durante la adolescencia temprana, tanto los cambios biológicos como los sociales se combinan potencialmente para trastornar la socialización familiar (Granic & Dishion, en prensa; Steinberg, 1988), y para facilitar el escape hacia los amigos (CONFER et al., 1992; Dishion et al., 2000). La compañía de similares o iguales, especialmente en actividades carentes de supervisión, parece ser el ambiente en el cual se inicia el consumo de sustancias (Friedman et al., 1985) y que se mantiene a lo largo de la adolescencia (Dishion & Owen, 2002; Oetting & Beauvais, 1987). El consumo de sustancias a la edad de 15, coloca a los jóvenes en mayor riesgo de pasar a un abuso de drogas de largo plazo y potencialmente autodestructivo (Robins & Przybeck, 1985).

Modelos del desarrollo y estudios de los resultados de intervenciones sugieren que la intervención familiar es una estrategia viable para reducir el riesgo en la adolescencia (Dishion et al., 1988; Dishion & Loeber, 1985; Hawkins et al., 1992; Henggeler et al., 1998; Patterson et al., 1992; Spoth et al., 1999; Stanton & Todd, 1982; Szapocznik & Kurtines, 1989). Específicamente, respaldar las técnicas de los proveedores de cuidado sobre manejo de comportamiento y construir relaciones fuertes entre padres e hijos reducen los problemas de comportamiento y de consumo de sustancias en la adolescencia temprana (Dishion et al., 1996; Henggeler et al., 1992; Kazdin, 1993; McMahon & Peters, 1990; Patterson et al., 1993; Spoth et al., 2001).

Una barrera para el uso de la estrategia familiar es el costo potencial asociado con la implementación generalizada. El Programa de Transiciones del Adolescente (ATP) fue designado para abordar, de una manera costo-efectiva, las prácticas educativas de los padres que se relacionan con la adaptación del joven adolescente al entorno escolar público. La intervención ATP integra estrategias familiares universales, selectivas, e indicadas, para tratar las necesidades de los estudiantes que muestran aparición de problemas de conducta ya sea temprana o tardía (Moffitt, 1993; Patterson, 1993). Las conclusiones expuestas en este documento provienen de un estudio de prueba aleatorio que involucró a 672 estudiantes de escuela media que vivían dentro de una comunidad metropolitana multiétnica y a sus familias.

Hay varias razones para integrar las intervenciones familiares dentro del contexto escolar. Desde una perspectiva ecológica de la ciencia de la intervención

(Dishion & Stormshak, en prensa), estrategias de intervención óptimas son aquellas que: (a) contemplan la infraestructura de las prácticas institucionales dentro de las cuales la mala adaptación tiene lugar; y (b) están arraigadas en contextos que sirven a una gran proporción de la población, y que por lo tanto, es probable que tengan un gran impacto en la salud pública.

Además, existen varias razones prácticas para incluir a los padres –y las intervenciones que respaldan las prácticas educativas- en las escuelas públicas (Trickett & Birman, 1989). Las escuelas son un lugar de reunión natural para los grupos paritarios o grupos de iguales (Dishion et al., 1994; Kellam, 1990), algunos de los cuales afianzan los problemas de conducta. Profesionales de consejería dentro del entorno escolar, pueden proveer a los padres de información crítica sobre la adaptación de un estudiante a sus compañeros y el riesgo correspondiente.

De muchas maneras, el diseño del ambiente escolar puede tener efectos deletéreos en los problemas de conducta adolescente (ver Eccles et al., 1995). Por ejemplo, los cambios frecuentes de clases, las interacciones incidentales en los vestíbulos, las interacciones a la hora del almuerzo, y el tiempo libre en los grupos paritarios después de la escuela proveen contextos de socialización significativos al desarrollo. Una mejor colaboración entre las escuelas y los padres de los jóvenes adolescentes puede promover la resolución de problemas en los horarios de clases, las rutinas, y los entornos institucionales para que optimicen el aprendizaje y también minimicen la iniciación de problemas de conducta. Las investigaciones han demostrado que algunos estudiantes se benefician de una comunicación más cercana entre la escuela y el hogar en relación a la asistencia, el comportamiento en clases, y el cumplimiento de tareas (e.g., Blechman et al., 1981).

El tiempo sin supervisión después de la escuela provee oportunidades fáciles y amplias para que los adolescentes exploren el consumo de sustancias con amigos (Friedman et al., 1985; Steinberg, 1986). Los padres están en la mejor posición para supervisar y monitorear la movilización de los estudiantes desde el hogar hacia la escuela, ya sea directamente por medio del transporte o estableciendo redes de contactos entre padres, o indirectamente estableciendo rutinas que regulen y organicen el tiempo después de la escuela. Las escuelas brindan asistencia a los padres para monitorear el tiempo después de la escuela al informarles directamente sobre las horas en que se termina la escuela, las áreas sin supervisión donde los estudiantes probablemente se congregan y sobre la incidencia de problemas de conducta estudiantil y consumo de sustancias.

A pesar de las obvias ventajas, existen barreras para la implementación de las intervenciones familiares en las escuelas. Entre éstas principalmente encontramos el reclutamiento, la retención y la resistencia al cambio. Si consideramos el reclutamiento como una función de la población total de niños y familias, los índices de incidencia pueden ser relativamente bajos (Biglan & Metzler, 1998; Hawkins et al., 1992; Spoth et al., 2001). Adicionalmente, se está volviendo copiosamente claro que altos niveles de compromiso y participación están asociados con incentivos monetarios directamente relacionados con la participación y la evaluación de resultados (Reid et al., 1999).

Tener como punto focal poblaciones de riesgo (AR por sus siglas en inglés – at risk) da lugar a una incluso más baja participación y retención de familias (De Marsh & Kumpfer, 1985; Spoth & Redmond, 1996). Además, los padres de bajos niveles de ingresos y los padres de niños de edad más avanzada (Dishion & Patterson, 1992) tienen una mayor probabilidad de abandonar los programas para padres. Incluso cuando están involucrados en un programa para padres, los padres de familia pueden resistirse al cambio, especialmente cuando los terapeutas no facilitan una aproximación al proceso de cambio conjunta (Chamberlain et al., 1984; Patterson & Forgatch, 1985).

Estudiar las barreras para el cambio ha conducido a un enfoque intensivo en la motivación por el entendimiento y la promoción del cambio sano en los individuos, parejas, y familias (Millar & Rollnick, 1991). Una de las estrategias clave para incentivar la motivación al cambio es proveer un menú flexible de intervención que sea sensitivo a los servicios y recursos tanto de la comunidad como de la familia. Otra estrategia es compartir la evaluación de los resultados con los padres en un esfuerzo por fomentar la colaboración, fomentar la motivación al cambio, y canalizar la tentativa de cambio (Sanders & Lawton, 1993). Incluso otro principio importante para motivar y comprometer a las familias es el contacto personal pro-activo en sus hogares (Szapocznik & Kurtines, 1989).

La retención se promueve mediante la disposición del personal de intervención a conocer a las familias en sus hogares y ser flexibles con respecto al formato y el medio de interacción con aquellas familias (Henggeler et al., 1992). De la misma forma, la retención se mejora mediante la capacitación de terapeutas de manera que provean la combinación apropiada de apoyo, optimismo, e información para facilitar el proceso de cambio con trabajo individual (Patterson & Hammond, 1990), o trabajo de grupo con los padres (Hogansen & Dishion, 2001; Webster-Stratton & Hammond, 1990).

En este sentido, la investigación de intervenciones familiares provee un mapa tanto de las barreras potenciales como de las soluciones potenciales. El diseño del ATP se benefició de esta literatura, así como de las conclusiones de nuestro propio programa de investigación. En ese programa de investigación encontramos también que, las visitas a hogares, un ambiente de colaboración conjunta y los incentivos, son estrategias útiles para involucrar a las familias en las intervenciones relacionadas con la educación de los hijos en general (Dishion & Andrews, 1995), igual que en aquellas implementadas dentro del ambiente escolar (Dishion et al., 1996). Estas conclusiones han sido reproducidas por un grupo independiente de investigadores (Irving et al., 1999). Adicionalmente, en el trabajo con adolescentes, encontramos que las intervenciones que agrupan a iguales de alto riesgo tienen efectos potencialmente negativos en el uso de sustancias y en los problemas de conducta (Dishion et al., 1999; Poulin et al., 2001). Este contexto empírico condujo a la versión actual del ATP, la cual se enfoca enteramente en las prácticas de crianza en el contexto de la escuela.

EL PROGRAMA DE TRANSICIONES DEL ADOLESCENTE

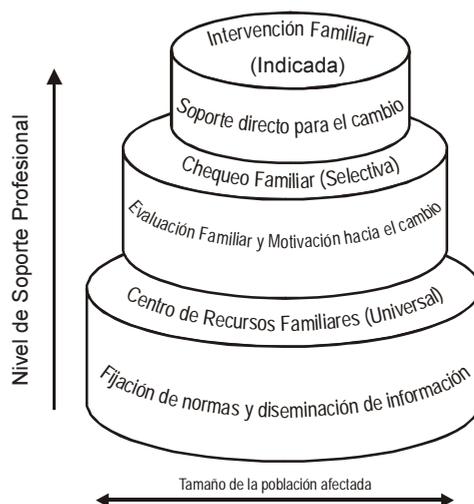
El ATP es una intervención familiar gradual, con múltiples niveles dentro del contexto de la escuela media (Dishion & Kavanagh, en prensa). Este modelo conecta de una forma detallada y completa, las intervenciones familiares universales, selectivas, e indicadas de forma que determina por titración la intensidad de la intervención con las necesidades y la motivación de la familia (Ver Cuadro 1). Un proceso de selección de varias etapas ha sido utilizado para identificar proactivamente a estudiantes y familias para las intervenciones selectivas y las indicadas (Cronbach & Glosar, 1965; Dishion & Kavanagh, en prensa; Dishion & Patterson, 1992; Loeber et al., 1984; Walter & Severson, 1991). Una revisión sobre este punto se presenta en el Cuadro 1, con cada nivel del modelo ATP descrito en más detalle a continuación.

El Centro de Recursos Familiares (Universal)

El primer nivel del modelo ATP involucra la creación de un Centro de Recursos Familiares (FRC por sus siglas en inglés) (ver Cuadro 1). El FRC cuenta con un Consejero para Padres, quien típicamente tiene como mínimo un diploma universitario (4 años de estudios superiores) e instrucción especializada sobre colaboración con padres de familia. Los objetivos del Consejero para Padres en el

Figura 1.

Un modelo de múltiples niveles para las intervenciones relacionadas a las prácticas de educación de los padres dentro de la ecología de la escuela.



FRC son: (a) proporcionar una infraestructura para la colaboración entre el personal de la escuela y los padres de familia, (b) conducir intervenciones universales, (c) dar soporte a normas para las prácticas educativas protectoras, y (d) diseminar información que incentive las prácticas de manejo familiar en la adolescencia.

Un componente de la intervención universal es proveer un programa directamente a los estudiantes en sus “clases de inicio”.* El enfoque del programa es promover la superación, la salud (y la abstinencia), y la no violencia durante los años de la adolescencia. El Programa SHAPe** (Superación, Salud y Paz) consiste en una clase de 6 semanas dictada semanalmente por el consejero del FRC. Cada semana, una actividad dada como tarea sobre la interacción padre-hijo enfatiza y estimula el manejo familiar. Una técnica de manejo familiar es emparejada con el tema de cada clase (e.g., superación escolar-validación positiva, relaciones positivas entre compañeros-supervisión). El dar una calificación a los estudiantes por el cumplimiento de las tareas con los padres, estimula el compromiso de los padres en estas actividades. Pueden también realizarse actividades familiares sobre canales de televisión de acceso público para maximizar la participación de los padres.

Al final de las seis clases, se envía un boletín informativo resumiendo las prácticas de crianza y la información de la clase. El objetivo del boletín informativo

es proveer a las familias de normas específicas sobre manejo familiar en la escuela de su comunidad (resumida de la información que los padres y los adolescentes reportaron durante sus actividades semanales).

En el contexto del FRC, el Consejero de los Padres está disponible para reunirse con los padres de familia que tienen inquietudes o interés en la promoción del ajuste escolar de los estudiantes. El Consejero para Padres puede facilitar la comunicación hogar-escuela, así como también proveer a los padres de información sobre las tareas, situaciones problemáticas, y los recursos que existen en la escuela. Adicionalmente, el FRC es un recurso para que el personal de la escuela desarrolle una colaboración efectiva y positiva con los padres de familia.

El Chequeo Familiar (Selectiva)

El segundo nivel del modelo ATP es el Chequeo Familiar (FCU por sus siglas en inglés – Family CheckUp). El FCU consiste en una entrevista inicial, una sesión de evaluación y una sesión de retroalimentación motivacional (Dishion & Kavanagh, en prensa). Al ser una breve intervención familiar, el FCU está designado para cimentar la motivación de los padres e involucrar a las familias en la intervención familiar más apropiada. Diálogos motivacionales constituyen el fundamento del FCU, en base al trabajo de Miller y Rollnick (1991). En la sesión de retroalimentación, el terapeuta colabora con el padre de familia en la selección de una o más opciones de intervención del menú de intervenciones familiares.

El Menú de Intervenciones Familiares (Indicada)

El tercer nivel de intervención se enfoca en los problemas “indicados”. Las opciones del menú del modelo ATP incluyen una breve intervención (dos o tres sesiones), sistemas de monitoreo del comportamiento académico y social, grupos de padres de familia, terapia de comportamiento familiar, manejo de casos, y servicios de referencia. Estas opciones se enfocan en: (a) el uso de incentivos y estímulos para promover el cambio de conducta positivo; (b) límite de entorno y límite de monitoreo; y (c) técnicas de comunicación familiar y resolución de

* Nota del Traductor. En este documento se utiliza “clase de inicio” para traducir el término “homeroom” que se refiere a una clase donde los estudiantes van al inicio de cada día de escuela para que los profesores puedan verificar la asistencia.

** Nota del Traductor. Las siglas SHAPe provienen de las palabras “Success, Health and Peace” en inglés.

problemas, que son los componentes principales del Plan de Manejo Familiar (FMC por sus siglas en inglés; Dishion et al., en prensa).

El uso experimental del modelo ATP sustenta el actual estudio de prueba de intervención selectiva que se encuentra en marcha. Todos los estudiantes de sexto grado de tres escuelas medias fueron invitados a participar y se les hizo un seguimiento desde el 6^{to} hasta el 9^{no} grado, que es el primer año de escuela secundaria. La información que se presenta incluye auto-reportes juveniles desde sexto hasta noveno grados e información sobre la incidencia de los padres hasta el octavo grado.

MÉTODOS

Participantes

Se reclutaron estudiantes de sexto grado (N = 672) junto con sus familias de una población total de estudiantes de sexto grado en tres escuelas medias dentro

Tabla 1.

Factores demográficos para la Cohorte 1 del Proyecto Alianza (N = 672)

Característica	Porcentaje		
	Condición Experimental	Condición de Control	General
Condición de Intervención			
Experimental			49.3
Control			50.7
Género			
Masculino	52.0	52.5	52.2
Femenino	48.0	47.5	47.8
Etnia (identificación principal)			
Europeo-americano	41.1	41.6	41.4
Afro-americano	34.1	30.5	32.3
Hispanico	6.9	7.6	7.3
Asiático	5.7	5.3	5.5
Indígena Americano	2.4	2.1	2.2

de una comunidad metropolitana étnicamente diversa. Las características demográficas, con respecto al género y la etnia, aparecen en el Cuadro 1. La muestra es aproximadamente igual en proporciones de género y está compuesta predominantemente de europeo-americanos y afro-americanos.

Reclutamiento y Retención

El director envió una carta a los padres de los estudiantes para introducir y respaldar el estudio de intervención. Cuando fue necesario, se realizaron llamadas telefónicas o visitas a los hogares para confirmar el consentimiento y para aclarar dudas. Se dieron incentivos en las clases para la devolución de los formularios de consentimiento, indiferentemente de la decisión de los padres sobre su consentimiento. La muestra representa un nivel de reclutamiento de 95%; 85% participaron en todas los ciclos de evaluación (de 6^{to} y 9^{no} grado).

Procedimientos de Evaluación

Cada año se realizaron encuestas estudiantiles, primordialmente en el contexto escolar. Se recopiló una breve clasificación de los profesores sobre todos los estudiantes, denominada Percepción Docente de Riesgo (TRISK por sus siglas en inglés). Si los estudiantes salían de la escuela en la que se originaba este estudio, se los seguía a su nueva ubicación. En noveno grado, los estudiantes fueron evaluados por correspondencia y a través del sistema escolar. Se pagó USD20 a los estudiantes por completar cada uno de los tres ciclos de evaluación y USD30 por la el 4^{to} ciclo. Cada contacto de intervención que una familia tenía con el Consejero para Padres era registrado en base al tiempo empleado (en minutos), al propósito (medición de intensidad), y al método (en persona o por teléfono).

Procedimiento de Intervención

Los estudiantes fueron reclutados y evaluados durante el sexto grado. Los padres fueron informados de que todos los servicios en la condición experimental eran completamente voluntarios. Una vez obtenido el consentimiento, los estudiantes fueron asignados aleatoriamente, de forma individual, a la intervención ATP o a la condición de control, y se dio notificación a las familias del rango de servicios asociados con el programa ATP.

Todas las escuelas consintieron en asignar a los estudiantes de séptimo grado a “clases de inicio”, conjuntamente con la asignación aleatoria a la intervención ATP. Esto permitió la implementación en clase del programa SHAPe. A lo largo de los 2 a 3 años del estudio de prevención de prueba, solo dos familias de control se involucraron en la intervención ATP.

Se utilizó un procedimiento de múltiples entradas para identificar proactivamente a los estudiantes para la intervención familiar selectiva y la indicada (Cronback & Glosar, 1965; Dishion & Patterson, 1993; Loeber et al., 1984; Loeber & Dishion, 1987). Teniendo como base una herramienta desarrollada en investigaciones previas para explorar y prevenir el riesgo en la escuela media (Soberman, 1994), esta medición de 16 ítems (ítem estandarizado alpha .91) usa una clasificación de 1 (*bajo riesgo*) a 5 (*alto riesgo*). La media de los 16 ítems fue utilizada para definir dos niveles de riesgo dentro de cada escuela: AR (de riesgo) y de alto riesgo. Los cocientes de selección fueron únicos en cada escuela, asegurando que se ofreciera servicios a igual proporción de estudiantes con relación al grupo étnico y al género. Adicionalmente, las familias fueron invitadas a participar en una evaluación familiar para las intervenciones de AR y de alto riesgo. La información de las evaluaciones familiares no se utiliza en este reporte.

El Consejero para Padres inició el FCU como una intervención selectiva para padres de AR. Después de una evaluación familiar, el Consejero para Padres llamó a las familias de intervención y los invitó a participar en el FCU. Si ellos no aceptaban, se les ofrecía una variedad de opciones, incluyendo llamadas telefónicas periódicas y regulares para monitorear las necesidades y el progreso estudiantil. En ocasiones, las familias que no aceptaban inicialmente, más tarde accedían a participar en el FCU, a menudo como resultado de dificultades escolares.

Un resultado del FCU fue la toma de una decisión conjunta del Consejero para Padres con los padres de familia sobre los servicios indicados más apropiados para su familia. Algunas familias participaron en los grupos de padres del ATP (Dishion et al., en prensa) y sesiones individuales de terapia familiar, mientras que otras se reunieron con el Consejero para Padres esporádicamente durante el séptimo y octavo grado. A los estudiantes que se cambiaron de las escuelas objeto de esta investigación durante el período de sexto a octavo grado se les ofreció servicios cuando permanecieron dentro del país. Cuando los estudiantes pasaron a la escuela secundaria, los servicios del FRC se descontinuaron.

REDUCCIÓN DE DATOS

Antecedentes

Para este reporte, examinamos las tendencias de consumo de sustancias asociadas con el grupo de intervención y el grupo de control. Adicionalmente, los datos de la evaluación docente fueron analizados para proporcionar una definición post hoc de riesgo, en base a la agrupación empírica de los elementos de la Percepción Docente de Riesgo (TRISK).

Consumo de Sustancias

En la revisión de los auto-reportes anuales, se realizaron dos preguntas relacionadas al consumo de sustancias. Debido a la edad de la muestra, el análisis se enfocó en el consumo de tabaco y alcohol. Combinamos los factores de consumo de alcohol y tabaco ya que el análisis minucioso de la información reveló niveles base tan bajos para cada uno, que resultaba poco confiable utilizarlos como variables dependientes. Las dos preguntas fueron: “¿Cuántos cigarrillos has fumado, incluso una calada, en el último mes?” y “¿Cuántos tragos de alcohol has tomado en el último mes?” Los dos elementos fueron agrupados tomando la frecuencia máxima de consumo de tabaco y alcohol. Se usó una dicotomía del consumo de sustancias para el análisis usando un formato de regresión logística. Los estudiantes recibieron una puntuación de 1 si habían consumido alguna sustancia ese año.

Formación de Grupos de Riesgo

Con el objeto de reclutar familias para la intervención selectiva, los estudiantes fueron identificados usando la percepción TRISK. Debido a que las puntuaciones promedio variaban como una función del año escolar y el género, los cocientes de selección variaron de acuerdo a la escuela. Para proveer una definición más objetiva del estatus AR para este reporte, se utilizaron los elementos de forma individual para identificar a las familias para la intervención ATP. Para formular un estándar objetivo de riesgo, los elementos individuales de percepción TRISK para sexto grado fueron ingresados en un análisis cluster jerarquizado utilizando la distancia Euclidiana cuadrada como un índice de similitud entre casos. Análisis minucioso de los resultados cluster sugirieron que dos grupos proporcionaron la estrategia de cluster óptima a la que nos referimos como AR y de desarrollo típico (TD).

Solo un poco más de 20% de la muestra ($n = 137$) fueron consecuentemente identificados como AR utilizando este criterio, con un promedio de puntuaciones TRISK de 2.5 (rango 1-4.3). El porcentaje de estudiantes AR en el grupo de tratamiento ($n = 71$, 22.1%) no difirió del grupo de control ($n = 66$, 20.4%).

Análisis de Resultados

Se presenta primero una revisión de la participación de las familias en la condición de intervención. Los análisis de resultados fueron realizados utilizando la estrategia “intención-de-intervenir”. Se comparo el consumo de sustancias desde 6^o hasta 9^{no} grado de los estudiantes de ATP y los de control. Los datos de los estudiantes AR y TD se presentan separadamente para describir el nivel de consumo de sustancias de cada grupo durante el periodo de cuatro años de seguimiento. Específicamente, se examina el consumo de drogas en el grupo de intervención en 9^{no} grado, controlando el consumo de sustancias en 6^o, 7^{mo} y 8^{vo} grado y utilizando un formato de regresión logística.

RESULTADOS

Participación en las Intervenciones

La mayoría de familias que participaron en las intervenciones fueron expuestas a la condición de intervención universal. No hubo disponibilidad consistente sobre las diferencias individuales en la participación y las tareas asignadas sobre prácticas de crianza, en vista de que éstas requerían cuidadoso registro por parte de los profesores de la “clase de inicio”. Por parte de los Consejeros para Padres, hubo disponibilidad de datos sobre todos los contactos con familias de intervención y su participación en varias intervenciones.

En general, se esperaba que más familias AR participen en los servicios del FRC, ya que fueron reclutadas pro-activamente. El Gráfico 2 provee un resumen del porcentaje de familias de intervención participando en los servicios del FRC; 41% del grupo de intervención participaron en el FCU durante los 2 años de escuela media. Adicionalmente, 20% de las familias AR tuvieron un contacto personal con el Consejero de Padres del FRC pero rechazaron el FCU.

Mantuvimos información sobre la frecuencia y la cantidad total de tiempo de participación de las familias en la condición ATP en las intervenciones. El Cuadro

2 resume esta información sobre los estudiantes AR y TD y sus familias. De acuerdo a lo esperado, en el curso de los años de escuela media, más contactos ocurrieron con familias AR que con familias TD. En promedio hubo 13 contactos para AR y 7 para TD. Claramente estos contactos fueron breves, el total de contacto personal fue solo 5,6 horas para las familias AR y 3,1 horas para las familias TD. Además, mucho del contacto fue por teléfono, con cerca de dos veces más de contacto telefónico para las familias AR que para las TD.

Anecdóticamente, se esperó que las familias del grupo de control se interesaran en los servicios del FRC. Por lo tanto, se tomó una decisión previa de que si los Consejeros de Padres del FRC eran contactados por las familias del grupo de control los servicios serían provistos. La diferencia entre el grupo de control y el grupo de intervención fue que el último fue reclutado proactivamente en los servicios del FRC. Solo tres familias del grupo de control sin embargo, buscaron los servicios del FRC durante el período de dos años en los cuales estos servicios estuvieron disponibles. Este hecho fue consistente con investigación existente acerca de que la participación de los padres en servicios centrados en la familia dentro de un contexto escolar es a menudo un reto y no conlleva una participación estructurada y proactiva.

Resultado de la Intervención

El Gráfico 3 muestra la distribución de los auto-reportes de consumo de sustancias de estudiantes AR y TD desde 6^{to} hasta 9^{no} grado. La inspección de estas cifras revela distribuciones altamente descentradas. De hecho, para los jóvenes TD hay muy poco consumo de sustancias en los grados 6^{to}, 7^{mo} y 8^{vo}. El 1er año de escuela secundaria sin embargo, muestra un marcado incremento en el consumo de sustancias de todos los estudiantes.

Un formato de regresión logística fue utilizado para abordar la cuestión de si el grupo de control tenía más probabilidades de involucrarse en el consumo de sustancias que el grupo del ATP o no. Los porcentajes de estudiantes que reportaron consumo de sustancias se resume en el Cuadro 3.

Si bien se presentan los datos separadamente para los jóvenes AR y TD, este asunto fue abordado en detalle para la muestra completa. En la regresión logística, el uso de sustancias en noveno grado (usando la dicotomía) se utilizó como la variable dependiente. Las variables independientes incluyeron el consumo de sustancias desde 6^{to} hasta 8^{vo} grado, la condición de intervención, el riesgo, y la

Gráfico 2.

Tipo de contacto del Centro de Recursos Familiares y estatus de riesgo

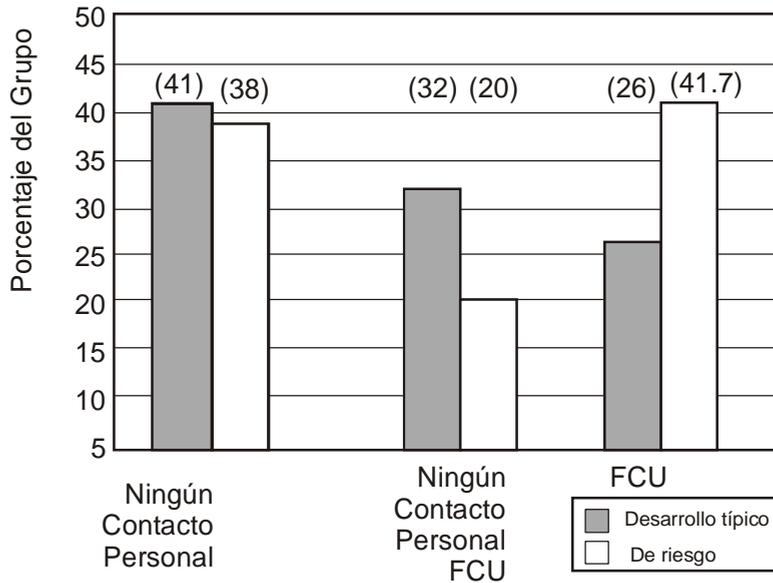


Tabla 2.

Nivel de Participación por Estatus de Riesgo

Método de Contacto	Tipo de Familia				
	TD (N = 222)		AR (N = 60)		F (1,280)
	Media	SD	Media	SD	
Frecuencia del contacto	6.70	8.40	13.10	16.90	16.48
Total en tiempo en persona (en horas)	3.2	5.26	5.60	9.09	6.46
Total en tiempo por teléfono (en minutos)	48.30	60.80	108.16	162.17	19.99

Nota. TD = de desarrollo típico; AR = de riesgo

interacción de la intervención x el riesgo. Adicionalmente, la interacción de la intervención x el grupo étnico no fue estadísticamente confiable, indicando que la etnia del estudiante no modifica los resultados de la confiabilidad de la intervención del programa ATP. Los resultados de la regresión logística se resumen en el Cuadro 4.

Los resultados que aparecen en el Cuadro 4 revelan un efecto de intervención estadísticamente confiable. La asignación al azar al programa escolar ATP estuvo asociada con una incidencia reducida del consumo de sustancias en el primer año de escuela secundaria, al controlar el consumo previo de sustancias en la escuela media. Contrariamente a lo esperado, no se encontró ningún efecto de interacción entre el estado de riesgo y la condición de intervención ya que los jóvenes AR no se beneficiaron más con el tratamiento que los jóvenes TD.²

DISCUSIÓN Y DIRECCIONES FUTURAS

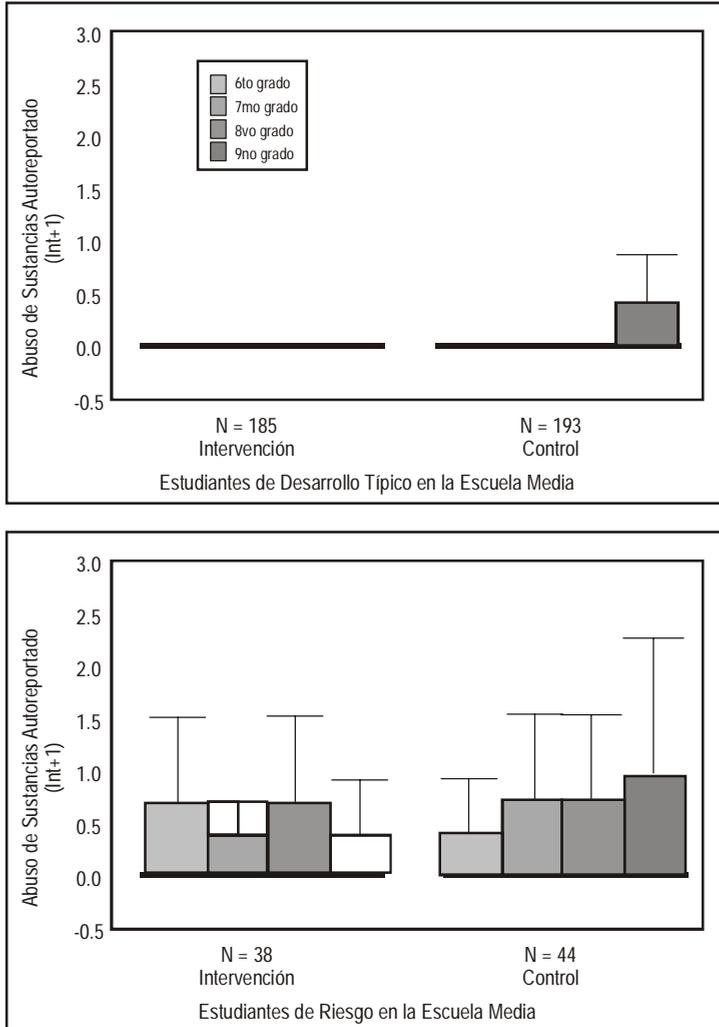
Los datos de este estudio sugieren que el implantar servicios familiares dentro de un contexto escolar público, con un enfoque en el manejo familiar y la asociación con amigos en la escuela, tiene un efecto preventivo hacia el consumo de sustancias en el 1er año de escuela secundaria. Los efectos no varían significativamente por género o etnia.

El escenario es optimista. Se utilizó una aproximación “intención-tratamiento” para analizar las consecuencias de la intervención, aun cuando 41% de las familias AR fueron involucradas exitosamente en el FCU. Es también una buena señal que la cantidad de tiempo requerida por el Consejero para Padres para alcanzar un efecto preventivo fue, en promedio, mínima. Un promedio de 5 horas en 2 años para las familias AR, y 3 horas para las familias TD, sugiere que el modelo ATP es costo-efectivo. La implementación del modelo dentro de un contexto escolar puede reducir los costos asociados con la identificación, evaluación y coordinación de las intervenciones con adultos en las vidas de los estudiantes.

² Debido a la falta de algunos datos, se excluyeron 216 casos de la regresión logística final, resultando en un total de casos de $N = 460$. No obstante, el efecto significativo del tratamiento que se encontró en la regresión final se reproduce cuando se ingresan menos variables, incrementando N a 585 de los 676 casos. Mientras que la regresión no se ve afectada por la información faltante, existe la posibilidad de que se produzca un margen de error. La muestra con toda la información para todos los ciclos tuvo resultados de .83, 1.08, y 1.06 como máximos en el consumo de sustancias para 6^{to}, 7^{mo} y 8^{vo} grados respectivamente. La muestra sin la información de 9^{no} grado ($n = 89$) tuvo resultados de 1.00, 1.29, y .95 como máximos en el consumo de sustancias para los grados de 6^{to} a 8^{vo} respectivamente.

Gráfico 3.

Programa de Transiciones del Adolescente versus control: análisis de los riesgos y los de desarrollo típico



Una posible explicación de la efectividad de esta relativamente corta intervención es que el modelo es ecológico (Dishion & Stormshak, en prensa; Stormshak & Dishion, 2002). Específicamente, la intervención ATP intenta integrar las dinámicas familiares y escolares de forma que la entrega de servicios sea detallada y completa. Al incluir un menú de intervención, se consideran más

Tabla 3.

Un análisis del Consumo de Sustancias en 9^{no} Grado por Grupo de Riesgo.

	Tipo de Familia	
	TD (%)	AR (%)
Intervención	40 (18.6)	15 (26.3)
Control	68 (28.9)	24 (42.1)

Nota. TD = de desarrollo típico; AR = de riesgo

extensamente —y con suerte se asignan adecuadamente— los recursos de servicios disponibles para las necesidades y la motivación de la familia. En consistencia con la práctica de entrevistas o sesiones de motivación, el ofrecer un menú de opciones de intervención es una condición necesaria para generar motivación e iniciar el proceso de cambio (Miller & Rollnick, 1991).

Este estudio está siendo repetido con una segunda cohorte que está siendo evaluado en noveno grado. La réplica interna de estos resultados proveerá la evidencia que necesitamos para comenzar una serie de análisis que exploren los efectos de moderación y mediación. Por ejemplo, al enfocarse en las prácticas de crianza, hipotéticamente se mejora el manejo familiar y se reduce la implicación con compañeros desviados; reduciendo por consiguiente el riesgo a largo plazo del inicio prematuro de consumo y abuso de sustancias. Planeamos evaluar esta hipótesis cuando se colecten y codifiquen los datos de observación de la información de alto riesgo.

En realidad, la repetición de este estudio de prueba con una segunda cohorte ha proporcionado una oportunidad única para aplicar nuevas técnicas e incrementar la participación de los padres en base a las lecciones aprendidas de la primera cohorte. Por ejemplo, una visita durante el verano fue programada para justo antes del comienzo del año escolar, con el objetivo de presentar en persona al Consejero para Padres a los padres de familia antes de intentar involucrarlos en el FCU. Tal como se descubrió en otro estudio, el contacto personal con las familias de alto riesgo duplicó el nivel de participación en el FCU en la Cohorte 2 (Szapocznik & Kurtines, 1989). Asimismo, el tener un FRC en las escuelas medias por 3 años puede haber resultado en contactos informales con los padres que eran favorables

Tabla 4.

Análisis de Regresión Logística del Resultado de Intervención en Noveno Grado

Variable Independiente	$\hat{\alpha}$	(SE)	Wald	R
Uso de drogas 6 ^o Grado	.07	0.05	1.63	.00
Uso de drogas 7 ^{mo} Grado	.20	0.05	15.21*	.17
Uso de drogas 8 ^{vo} Grado	.15	0.05	8.40*	.12
Tarea de Intervención	.68	0.27	6.14*	.10
Estatus de Riesgo	.34	1.01	0.12	.00
Riesgo x Intervención	-.09	0.60	0.02	.00
Constante			33.71*	

Nota. SE = error estándar

* $p < .05$.

a los servicios familiares y al Consejero para Padres. Quizás este contacto informal incrementó la participación en los servicios familiares selectivos e indicados.

De hecho, muy poca investigación se enfoca en la variable del tiempo en un sistema de entrega de servicios como un moderador significativo del impacto de prevención de una intervención. De manera informal, parece que toma de 2 a 3 años desarrollar una red de profesionales en el área escolar que refieran a los padres al FRC. Del mismo modo, parece que se requiere alrededor de la misma cantidad de tiempo para desarrollar una reputación con los padres que estimule el uso de los servicios familiares. Dado que muchos de nuestros actuales estudios de prueba son implementados y evaluados dentro de intervalos relativamente cortos, e involucran la asignación aleatoria de tratamiento de forma individual, la magnitud del efecto de los resultados puede reflejar estimados conservadores. Se requiere estudio adicional para comprender las condiciones bajo las cuales las intervenciones preventivas son óptimamente beneficiosas.

Nuestro actual estudio de prueba, denominado La Generación Venidera (The Next Generation), está analizando los mismos asuntos, enfocándose en la utilidad de una aproximación a nivel escolar para implementar una intervención familiar de múltiples niveles. El objetivo a largo plazo de nuestro grupo es desarrollar una integración “sin fallas” de las intervenciones familiares en el entorno escolar público. Para alcanzar esta meta, asumimos que las estrategias a nivel escolar para manejar los problemas de conducta adolescente (ver Gottfredson, 1987) pueden ser expandidas para incluir a los padres en las acciones por parte de las

escuelas en cuanto a los problemas juveniles de comportamiento. En lugar de estrategias disciplinarias tales como la suspensión, expulsión, o la creación de escuelas especiales para adolescentes problemáticos, mayores esfuerzos podrían centrarse en la optimización de la adaptación de estudiantes AR dentro del ambiente escolar y la implicación de los padres en este esfuerzo.

Debido a que las escuelas son un escenario tan importante para que las intervenciones preventivas alcancen su impacto máximo en la salud pública, es importante considerar que puede ser necesario cambiar la forma en la que los profesionales escolares son preparados. Con respecto a la viabilidad de las intervenciones familiares en las escuelas, los actuales programas de maestría y doctorado para rectores, profesores, educadores especializados y consejeros escolares podría incluir un enfoque más amplio en el desarrollo de las destrezas familiares. Claramente, ha habido muchos cambios en este sentido en la última década, sin embargo nuestra impresión es que se necesita más apoyo y preparación. Específicamente, se necesita más capacitación para mejorar las habilidades profesionales que cimienten la colaboración con los padres para promover el aprendizaje y la socialización del estudiante. Sugerimos que la preparación de consejeros escolares de forma que redefinan su rol en las escuelas, proporcionaría un “nicho profesional” crucial y gratificante que presumiblemente repercutiría en mejores resultados tanto para los niños como para las familias.

En el lado de la ecuación del investigador, necesitamos enriquecer nuestra comunicación con el personal educativo sobre las “mejores técnicas” en general, y en la literatura sobre la intervención con los padres de familia en particular. Por ejemplo, los mensajes y las intervenciones relacionadas con los padres de familia que no cuentan con una justificación empírica son muy comunes en muchos sistemas de servicio social, incluyendo las escuelas. Quizás la información que se da a los padres y que facilitaría las actividades del estudiante inmediatamente después de la escuela, podría ser priorizada sobre otros mensajes que son menos críticos para la superación y éxito del adolescente. Si las escuelas tuvieran buena información sobre la mejor forma de centrar su valioso tiempo, y como ocuparse de los recursos para padres de familia de una forma constructiva, se podría lograr un progreso significativo en materia de prevención.

En este respecto, el futuro de la ciencia de la prevención puede considerarse un asunto de menos divulgación y más redefinición de las instituciones existentes desde sus raíces, incluyendo una apertura para reconsiderar la redefinición de los

roles profesionales. Entonces tal vez es necesario trabajar en retroceso, esto sugiere que aquellos de nosotros quienes estamos involucrados en la ciencia de la prevención, necesitamos desarrollar nuestro propio nuevo conjunto de técnicas para conducir investigaciones en contextos acordes con el mundo real, incluyendo el diseño organizacional y considerando múltiples niveles de análisis, desde el estudio de los más pequeños detalles de las interacciones micro-sociales hasta la gestalt de las funciones del sistema.

Reconocimientos

Este proyecto fue realizado gracias al apoyo de concesiones del Instituto Nacional de Abuso de Drogas (Grants DA 07031 y DA 13773) y el Instituto de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (AA 12702), de todos los Institutos Nacionales de Salud, al autor principal. Expresamos nuestro reconocimiento al personal del Proyecto Alianza por su contribución, a la Escuela Pública del Distrito de Portland, y a los jóvenes y las familias que participaron. Gracias a Ann Simas por la edición y preparación de gráficos para este documento.

REFERENCIAS

- Biglan, A., & Metzler, C. W. (1998). A public health perspective for research on family-focused interventions. In R. Ashery, E. B. Robertson, & K. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions*, NIDA Research Monograph No. 177, NIH Publication No. 99-4135 (pp. 430–458). Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.
- Blechman, E. A., Taylor, C. J., & Schrader, S. M. (1981). Family problem solving versus home notes as early intervention with high-risk children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 919–926.
- Chamberlain, P., Patterson, G. R., Reid, J. B., Kavanagh, K., & Forgatch, M. S. (1984). Observation of client resistance. *Behavior Therapy*, 15, 144–155.
- Conger, R. D., Conger, K. J., Elder, G. H., Jr., Lorenz, F. O., Simons, R. L., & Whitbeck, L. B. (1992). A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys. *Child Development*, 63, 526–541.

- Cronbach, L. J., & Glesar, G. C. (1965). *Psychological tests and personnel decisions*. Urbana: University of Illinois Press.
- DeMarsh, J., & Kumpfer, K. L. (1985). Family-oriented interventions for the prevention of chemical dependency in children and adolescents. *Journal of Children in a Contemporary Society*, 18, 117–151.
- Dishion, T. J., & Andrews, D. W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 538–548.
- Dishion, T. J., Andrews, D. W., Kavanagh, K., & Soberman, L. H. (1996). Preventive interventions for high-risk youth: The Adolescent Transitions Program. In R. D. Peters & R. J. McMahon (Eds.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency* (pp. 184–214). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dishion, T. J., Duncan, T. E., Eddy, J. M., Fagot, B. I., & Fetrow, R. A. (1994). The world of parents and peers: Coercive exchanges and children's social adaptation. *Social Development*, 3, 255–268.
- Dishion, T. J., & Kavanagh, K. (in press). *Adolescent problem behavior: An intervention and assessment sourcebook for working with families in schools*. New York: Guilford.
- Dishion, T. J., Kavanagh, K., Veltman, M., McCartney, T., & Stormshak, E. (in press). *The family management curriculum*. New York: Guilford.
- Dishion, T. J., & Loeber, R. (1985). Male adolescent marijuana and alcohol use: The role of parents and peers revisited. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11, 11–25.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755–764.
- Dishion, T. J., & Owen, L. D. (2002). A longitudinal analysis of friendships and substance use: Bi-directional influence from adolescence to adulthood. *Developmental Psychology*, 38, 1–12.

- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (1992). Age effects in parent training outcome. *Behavior Therapy, 23*, 719–729.
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (1993). Antisocial behavior: Using a multiple gating strategy. In M. I. Singer, L. T. Singer, & T. M. Anglin (Eds.), *Handbook for screening adolescents at psychosocial risk* (pp. 375–399). New York: Lexington.
- Dishion, T. J., Poulin, F., & Medici Skaggs, N. (2000). The ecology of premature autonomy in adolescence: Biological and social influences. In K. A. Kerns, J. M. Contreras, & A. M. Neal-Barnett (Eds.), *Family and peers: Linking two social worlds* (pp. 27–45). Westport, CT: Praeger.
- Dishion, T. J., Reid, J. B., & Patterson, G. R. (1988). Empirical guidelines for the development of a treatment for early adolescent substance use. In R. E. Coombs (Ed.), *The family context of adolescent drug use* (pp. 189–224). New York: Haworth.
- Dishion, T. J., & Stormshak, E. (in press). *An ecological approach to child clinical and counseling psychology*. Washington, DC: APA Books.
- Eccles, J. S., Lord, S. E., & Roeser, R. W. (1995). Round holes, square pegs, rocky roads, and sore feet: The impact of stageenvironment fit on young adolescents' experiences in schools and families. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology. Vol. 7: Adolescence: Opportunities and challenges* (pp. 47–92). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Friedman, L. S., Lichtenstein, E., & Biglan, A. (1985). Smoking onset among teens: An empirical analysis of initial situations. *Addictive Behaviors, 10*, 1–13.
- Gottfredson, G. D. (1987). Peer group interventions to reduce the risk of delinquent behavior: A selective review and a new evaluation. *Criminology, 25*, 672–714.
- Granic, I., Dishion, T. J., Hollenstein, T., & Patterson, G. R. (in press). The family ecology of adolescence: A dynamic systems perspective on normative development. In G. R. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *The Blackwell handbook of adolescence*. Oxford: Blackwell.

- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Morrison, D. M., O'Donnell, J., Abbott, R.D., & Day, L.E. (1992). Effects of the first four years on protective factors and problem behaviors. In J. McCord & R. Tremblay (Eds.), *The prevention of antisocial behavior in children* (pp. 139–162). New York: Guilford.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic treatment: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 953–961.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Hoagwood, K., & Koretz, D. (1996). Embedding prevention services within systems of care: Strengthening the nexus for children. *Applied and Prevention Psychology, 5*, 225–234.
- Hogansen, J., & Dishion, T. J. (2001, June). *Promoting change in parent group interventions for adolescent problem behavior*. Poster presented at the 10th scientific meeting of the International Society for Research in Child & Adolescent Psychopathology, Vancouver, BC, Canada.
- Irvine, A. B., Biglan, A., Metzler, C. W., Smolkowski, K., & Ary, D. V. (1999). The effectiveness of a parenting skills program for parents of middle school students in small communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 811–825.
- Kazdin, A. E. (1993). Treatment of conduct disorder: Progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology, 5*, 277–310.
- Kellam, S. G. (1990). Developmental epidemiological framework for family research on depression and aggression. In G. R. Patterson (Ed.), *Depression and aggression in family interaction* (pp. 11–48). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Loeber, R., & Dishion, T. J. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin, 94*, 68–99.

- Loeber, R., & Dishion, T. J. (1987). Antisocial and delinquent youth: Methods for their early identification. In J.D. Burchard & S. N. Burchard (Eds.), *Prevention of delinquent behavior* Vol. 10, (pp. 75–89). Newbury Park, CA: Sage.
- Loeber, R., Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (1984). Multiple gating: A multistage assessment procedure for identifying youths at risk for delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 21, 7–32.
- McCord, W., McCord, J., & Howard, A. (1960). Familial correlates of aggression in nondelinquent male children. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 79–93.
- McMahon, R. J., & Peters, R. D. (1990). *Behavior disorders of adolescence: Research, intervention, and policy in clinical and school settings*. New York: Plenum.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life course persistent antisocial behavior: Developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674–701.
- Oetting, E. R., & Beauvais, F. (1987). Peer cluster theory, socialization characteristics, and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 205–213.
- Patterson, G. R. (1993). Orderly change in a stable world: The antisocial trait as a chimera. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 911–919.
- Patterson, G. R., Dishion, T. J., & Chamberlain, P. (1993). Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. In T. R. Giles (Ed.), *Effective psychotherapy: A handbook of comparative research* (pp. 43–88). New York: Plenum.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client resistance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846–851.

- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *A social learning approach. Vol. IV: Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Poulin, F., Dishion, T. J., & Burraston, B. (2001). Long-term iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in preventive interventions. *Applied Developmental Science, 5*(4), 214–224.
- Reid, J. B., Eddy, J. M., Fetrow, R. A., & Stoolmiller, M. (1999). Description and immediate impacts of a preventative intervention for conduct problems. *American Journal of Community Psychology, 24*(4), 483–517.
- Robins, L. N., & Przybeck, T. R. (1985). Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. In C. L. Jones & R. J. Battjes (Eds.), *Etiology of drug abuse: Implications for prevention*, Research Monograph No. 56 (pp. 178–193). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Sanders, N. R., & Lawton, J. M. (1993). Discussing assessment findings with families: A guided participation model of information transfer. *Child and Family Behavior Therapy, 15*, 5–33.
- Soberman, L. (1994). *Psychometric validation of a brief teacher screening instrument*. Unpublished doctoral dissertation, University of Oregon. (Teacher Risk Perception [TRISK] instrument available from Child and Family Center, 195 West 12th Avenue, Eugene, OR 97401-3408.)
- Spoth, R., & Redmond, C. (1996). Illustrating a framework for rural prevention research: Project family studies of rural family participation and outcomes. In R. D. Peters & R. J. McMahon (Eds.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency* (pp. 299–328). Newbury Park, CA: Sage.
- Spoth, R., Redmond, C., & Lepper, H. (1999). Alcohol initiation outcomes of universal family-focused preventive interventions: One- and two-year follow-ups of a controlled study. *Journal of Studies on Alcohol, 13*(Suppl.), 103–111.
- Spoth, R. L., Redmond, C., & Shin, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 627–642.

- Stanton, M. D., & Todd, T. C. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford.
- Steinberg, L. (1986). Latchkey children and susceptibility to peer pressure: An ecological analysis. *Developmental Psychology*, *22*, 433–439.
- Steinberg, L. (1988). Reciprocal relation between parent–child distance and pubertal maturation. *Developmental Psychology*, *24*, 122–128.
- Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2002). An ecological approach to child and family clinical and counseling psychology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *5*(3), 197–215.
- Szapocznik, J., & Kurtines, W. M. (1989). *Breakthroughs in family therapy with drug-abusing and problem youth*. New York: Springer.
- Trickett, E. J., & Birman, D. (1989). Taking ecology seriously: A community development approach to individually based preventive interventions in schools. In L.A. Bond & B.E. Compas (Eds.), *Primary prevention and promotion in the schools. Primary prevention of psychopathology* (Vol. 12, pp. 361–390). Newbury Park, CA: Sage.
- Walker, H. M., & Severson, H. H. (1991). *Systematic screening for behavior disorders: Training manual*. Longmont, CO: Sopris West.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1990). Predictors of treatment outcome in parent training for families with conduct problem children. *Behavioral Therapy*, *21*, 319–337.

VARIABLES DE PROTECCIÓN ANTE EL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES EN ALUMNOS DE ESCUELAS TALLER

Humberto Manuel Trujillo Mendoza¹

Universidad de Granada, España

Luis Robles Lozano

José Miguel Martínez González

Centro Provincial de Drogodependencias de Granada, España

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer si las variables estudiadas pueden considerarse de protección ante el consumo de drogas legales e ilegales en una muestra de alumnos de las escuelas taller. La muestra estuvo compuesta por 241 estudiantes de diferentes escuelas taller de la provincia de Granada (España). Se usó una metodología cuasi-experimental con un diseño de grupos no aleatorios, aplicando la prueba de “t-Student” con un nivel de significación de 0.05. Se vio que 18 de las 37 variables estudiadas pueden considerarse de protección ante al menos una de las drogas legales e ilegales, siendo cinco de ellas las que han arrojando diferencias estadísticamente significativas entre consumidores y no consumidores para todas las sustancias ilegales; esto es, miedo a las drogas, realizar actividades satisfactorias con amigos cuando estos no consumen drogas, valorar la autosuperación, cumplir con las normas de la comunidad y percepción de la utilidad de ir al colegio. El cuestionario utilizado puede estar indicado para la evaluación de perfiles de riesgo y protección para el consumo de drogas.

¹ Correspondencia a: Humberto M. Trujillo Mendoza. Facultad de Psicología, Universidad de Granada. Campus Universitario de Cartuja, s/n. 18071 – Granada, España. Correo electrónico: humberto@ugr.es

Palabras clave: Variables de protección, consumo de droga, perfiles de riesgo, perfiles de protección

ABSTRACT

The aim of this paper was to know if the variables studied may be consider protective about consume of legal and ilegal substances in a sample of technical school students. The sample was used up of 241 different technical school students from Granada province (Spain). We used a cuasi-experimental methology with a design of not aleatory groups, applying the “t of Student” test with a significance level of 0.05. 18 out of 37 variables studied could be consider protective in at least, one of the legal and ilegal substances, five of them showed statistically significant differences between drug-users and not drug-users for all ilegals substances, there are, fear to substance, to realice satisfiection activities with friends not drug consumer, to value self-overcoming, to observe the community’s norms and perception the utility of attend to the school. The cuestionarie used can be show with the evaluation of risk and protective profile.

Key words: Protective factors, drug use, risk profiles, protective profiles.

INTRODUCCIÓN

El interés despertado en la última década sobre la prevención de las drogodependencias, desde un modelo que tiene en cuenta las variables de riesgo y protección, ha llevado a la comunidad científica a realizar numerosos trabajos de investigación para conocer con mayor profundidad las características de estas variables. Atendiéndose cuestiones como qué variables podrían realmente considerarse como protectoras o de riesgo, cómo se relacionan entre sí, y el peso que tendrían en determinadas condiciones sociales, familiares y personales. Al parecer, el peso de los factores de protección depende de cómo los factores de riesgo se modulan o desaparecen, de modo que es relevante conocer qué factores se consideran de riesgo para el consumo de drogas, sabiendo que algunos factores de riesgo lo son para las drogas legales pero no para las ilegales (Graña y Muñoz-Rivas, 2000). Por otro lado, se observa que el riesgo global está en función del número de factores de riesgo (Hawkins, Catalano y Miller, 1992), aumentando la vulnerabilidad para el consumo cuando lo hace el número de éstos. Desde este punto de vista, disminuye la importancia de la naturaleza del factor de riesgo,

mientras que el número total de factores de riesgo toma una importancia añadida para el total de la vulnerabilidad (Scheier, Newcomb & Skger, 1994).

Se han ido potenciando cada vez más las aportaciones en programas de prevención de las drogodependencias desde las que se destacan la necesaria presencia de las variables de protección en el diseño de los mismos. Así, consideramos los principios preventivos propuestos por el *National Institute on Drug Abuse* (1997), en los que se especifica claramente la importancia de desarrollar programas de prevención de las drogodependencias que no sólo se dirijan a la reducción o eliminación de los factores de riesgo sino también a la potenciación de los factores de protección. Un modelo en esta línea y que considera igualmente tanto los factores de riesgo como los de protección dentro de la teoría explicativa de las drogodependencias es el formulado por Jessor (1991).

Por otro lado, existen grupos de personas que están en su conjunto más protegidas que otras, acumulando en su repertorio un mayor número de factores de protección (Martínez-González y Robles-Lozano, 2001; Martínez-González, Robles-Lozano & Trujillo, 2003).

Brook, Nomura, y Cohen, (1989a,b) consideran a los factores de protección como factores únicos, entendiendo el factor de protección en sentido “uni-vector”. Newcomb y Felix-Ortiz (1992). Por otro lado, consideran la protección como un índice de factor múltiple, de modo que la protección no sería un efecto que dependa de una sola variable o factor, si no de la conjunción de varios de ellos. Probablemente, no podríamos hablar de protección cuando nos refiramos a una sola variable si no al efecto que en su conjunto ejercen distintas variables a la vez. En esta misma línea, Navarro (2000) encuentra en su estudio lo que viene a ser un índice global de protección, índice que está representado por un conjunto de variables de protección.

Se han propuesto dos mecanismos a través de los que operan los factores de protección “*el mecanismo riesgo – protección*” y el “*mecanismo protección – protección*” (Brook, et al., 1990; citado en Newcomb & Félix-Ortiz, 1992). El mecanismo riesgo-protección hace referencia a la condición en la que los factores de riesgo están modulados por los de protección (Brook, et al., 1989a,b), sabiendo que las personas están expuestas tanto a factores de riesgo como a factores de protección (Kaplan, 1986; Newcomb & Harlon, 1986). Así, la hipótesis de la amortiguación, desde que la que se pronostica que personas expuestas a situaciones

de alto riesgo estarían a su vez expuestas a otros factores protectores que ayudarían a amortiguar los efectos de los factores de riesgo, parece tener más sentido en ambientes en los que el padre es alcohólico (Curran & Chassin, 1996). Por otro lado, tenemos “*el mecanismo protección-protección*”, a través del cual los factores de protección se potenciarían entre sí para en su conjunto proporcionar mayores niveles de protección (Jessor, Van Den Vos, Banderín, Costa & Turbin, 1995).

Los factores de protección no son, para algunos autores, exclusivamente dos polos opuestos de un mismo continuo (NIDA, 1997; de Wit, Silverman, Goodstadt y Stoduto, 1995). Así, los factores de riesgo y protección no se consideran como elementos finales y opuestos de una única dimensión. Serían variables independientes, con capacidad de ejercer efectos independientes en la conducta (Jessor, et al., 1995). Esta característica se constituye en un elemento importante para el entendimiento de los factores de protección, ya que en este sentido la protección no tendría lugar por el solo hecho de evitar la presencia de factores de riesgo, si no que el desarrollo de ésta en las personas estará determinada por el desarrollo de factores con capacidad para hacer mínimo el efecto de los factores de riesgo. Por lo tanto, es importante avanzar en el conocimiento de las variables de protección y en el peso que tienen éstas para así poder proteger (de Wit, et al., 1995; Husson & Chasin, 1997; Hawkins, et al., 1992; Curran & Chassin, 1996; Scheier, et al., 1994; Costa, Jessor & Turbin, 1999; Navarro, 2000; Martínez-González, et al., 2003).

Normalmente, los estudios que han profundizado en el conocimiento de las variables de protección se han centrado en consumidores de sustancias legales, como lo puede ser el alcohol y el tabaco (Husson & Chasin, 1997; Resnick, et al., 1997). Sin embargo, también debemos atender el estudio de variables de protección en situaciones de policonsumo (Clayton & Rutter 1985; Graña & Muñoz-Rivas, 2000), aspecto éste inusualmente tratado en las investigaciones sobre el riesgo y la protección.

Así, el objetivo de este estudio fue analizar las variables de protección en una muestra que, a priori, lleva consigo una importante carga de riesgo para el consumo de drogas debido a la edad, el fracaso escolar, la disponibilidad de dinero y tener amigos que consumen drogas. Creemos que es importante profundizar en el conocimiento de variables de protección en una población de éstas características, toda vez que es en ésta donde estas variables tienen que enfrentarse a una carga de riesgo por encima de lo normal y en condiciones de policonsumo.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 241 alumnos/as de escuelas taller de la provincia de Granada (España), pertenecientes a 17 localidades distintas. Se evaluaron casi la totalidad de alumnos/as. El 75.5 % eran hombres (N = 182) y el 11.6 % mujeres (N = 28) (el 8 % no contestó este ítem). Debemos tener en cuenta que los requisitos para acceder a una escuela taller son tener una edad comprendida entre los 16 y 25 años y estar inscrito en las oficinas destinadas a la demanda de empleo. La edad media era de 19.21 años, con una desviación típica de 2.24, siendo el rango de edad de 16 a 25 años.

Para disponer de un perfil variado de participantes se seleccionaron especialidades como albañilería, con un 34.9 % (N= 84), instalaciones, con un 15.8 % (N= 38) y, carpintería, con un 13.3 % (N= 32). Siendo éstas las especialidades que más aportaron a la muestra de un total de 10 posibles.

Una de las características más destacables de los participantes es que eran personas jóvenes, que habían abandonado el circuito escolar esperable socialmente, que generalmente habían presentado fracaso escolar, que habían experimentado, al menos durante algún tiempo, la condición de parados, (requisito para ingresar en la escuela taller), y que disponían de dinero que obtenían a cambio de su propio trabajo. Por otro lado, cabe decir que en este entorno social existe una incidencia de consumo de drogas ilegales superior al resto de la población. Por lo tanto, podemos considerar a los participantes como representativos de un grupo social de riesgo.

Cuestionario

El cuestionario (ver Anexo I) está compuesto por dos partes. La primera parte contiene información referente a aspectos sociodemográficos como lo son la edad, el sexo y la localidad. A esta información se le añade una serie de ítems que nos servirán posteriormente para la aglutinación de participantes en grupos: especialidad que cursaban en la escuela taller, dinero del que disponían mensualmente, si los padres eran fumadores de tabaco, si fuman los hermanos del encuestado, haber fumado, tener amigos que fuman, así como sobre el consumo

de drogas legales e ilegales por parte de amigos de los encuestados. Se añadieron también preguntas para conocer si existía consumo de drogas ilegales como cocaína, drogas de diseño, heroína u otras, a la vez que se pedía que indicaran la edad a la que consumieron esa sustancia por primera vez.

La segunda parte del cuestionario estaba compuesta por 37 preguntas correspondientes a las diferentes variables de protección que queríamos estudiar, 16 más de las incluidas en un trabajo anterior (Martínez, Robles y Trujillo, 2003). Para la respuesta se utilizó una escala tipo *Likert*, con rango de puntuación de 1 a 5, siendo la interpretación de los valores numéricos la siguiente: 1= nunca / ninguna; 2 = casi nunca / muy pocas; 3 = algunas veces / algo; 4 = casi todas / bastante; 5 = todas / mucho. Todos los ítems se formularon de forma que a una mayor puntuación en la respuesta correspondía una mayor presencia de la variable de protección. No se estableció tiempo límite para que los participantes respondieran al cuestionario.

El cuestionario lo administraron los responsables de los programas de prevención de los distintos municipios incluidos en la muestra, de modo que no pertenecían al entorno inmediato de los participantes. A los encuestados se les decía que tras completar el cuestionario se introduciría en un sobre cerrado al que sólo tendrían acceso las personas encargadas de la investigación. Con esto se pretendió garantizar a los participantes la confidencialidad de las respuestas.

Se realizó el análisis de la consistencia interna del instrumento aplicando la prueba α de Cronbach, obteniéndose un valor de .82, por lo que se puede decir que la fiabilidad del cuestionario es aceptable.

Con respecto al análisis factorial exploratorio los resultados de la rotación varimax, a partir de la matriz de covarianza y para autovalores mayores que 1, fue la extracción de 13 componentes principales, pudiendo observarse una dispersión de la varianza explicada a lo largo de los 13 componentes muy similar. De este modo podemos ver como no existe tendencia a la unidimensionalidad.

Diseño y análisis estadístico

Aplicando una metodología cuasi-experimental, concretada ésta en distintos diseños unifactoriales entre grupos no aleatorios, se compararon para cada una de las 37 variables de protección las medias de los grupos: beber (n= 138) / no beber alcohol habitualmente (n = 102), fumar (n= 130) / no fumar (n = 108), consumo

(n= 35)/ no consumo de estimulantes (n= 205), consumir (n= 78) /no consumir cánnabis (n= 160), consumir (n= 30) / no consumir cocaína (n= 207). Tras igualar aleatoriamente el número de personas en cada grupo, se analizaron las diferencias entre las medias utilizando el estadístico “t-Student”, para un nivel de significación de 0.05.

RESULTADOS

La primera parte del cuestionario nos ha permitido describir ampliamente una serie de variables relevantes para conocer con mayor profundidad las características de los participantes. Era importante conocer el dinero del que disponían habitualmente, por ser ésta una de las variables de riesgo para el consumo de drogas de peso reconocido en la literatura. Para ello, se establecieron sobre las alternativas de respuesta distintos tramos, asignando a cada uno de ellos un intervalo de disponibilidad de dinero. La mayoría de las personas (n = 149, el 61.8 %) disponían de menos de 204 € al mes para gastos personales. Se asignó a cada uno de los intervalos un valor, de forma que a mayor valor, mayor cantidad de dinero disponible, lo que nos sirvió para conocer que la correlación de Pearson entre la cantidad de dinero del que disponen los sujetos y la edad de éstos es de .15, (p= .05) lo que indica que a más edad disponen de más dinero.

Si analizamos como se distribuye el hecho de fumar, beber alcohol, tomar estimulantes, fumar cánnabis o tomar cocaína con el dinero del que disponen los participantes mensualmente, encontramos una correlación positiva (.24, p= .000) entre la disponibilidad de dinero y número de sustancias que se consumen. Esto es, cuanto mayor es la cantidad de dinero de la que disponen los participantes mayor es el número de sustancias que refieren consumir. Este resultado parece indicar que la disponibilidad de dinero podría representar un importante factor de riesgo para el consumo de sustancias, tanto legales como ilegales.

El 75 % de la muestra dice haber fumado alguna vez, siendo la edad media de consumo del primer cigarrillo de 13.14 años. En el momento del estudio fumaba el 53.9 % (n= 130) de los participantes. La edad de inicio en el consumo era menor en los hombres. El 52 % (n = 127) tenía algún hermano fumador, mientras que el 44.4 % (n = 107) no, siendo mayor el número de participantes que fumaban y, a su vez, tenían también algún hermano fumador (n = 63), en comparación con los que fuman sin tener algún hermano fumador (n = 43). El 90 % de los

participantes tienen algún amigo que fuma. Cuando se da esta condición casi todos manifiestan que también lo hacen.

El 57.3 % (n= 138) de la muestra bebe alcohol habitualmente, entendiéndose por ello consumir alcohol bien los fines de semana, bien tres o cuatro veces en semana o hacerlo a diario. Si el participante respondía directamente que no bebía o solamente indicaba un consumo de dos veces al mes, se consideró como no consumidor habitual de alcohol. En esta condición se encontraba el 42.3 % (n = 102). Las bebidas elegidas por orden de preferencia fueron: cubalibres (44.8 %), cerveza (38.3%), licores (20.3 %), vino (13.3. %) y vermut (4.1 %). Respecto al consumo abusivo de alcohol, el 65.5 % de las personas se distribuían entre las opciones de emborracharse una vez al mes, los fines de semana o hacerlo a diario. En la muestra utilizada podemos observar que está presente emborracharse con cierta frecuencia. La edad media de la primera borrachera es de 14.40, con una desviación típica de 5.55. La mayoría de las personas que beben lo hacen en un Bar o Pub, seguido del «botellón» y en casa, tanto en la suya como en la de algún amigo.

De entre los participantes encuestados, el 74.7 % (n= 180) refiere tener amigos que consumen algún tipo de droga ilegal, frente al 24.9 % (n= 60) que dice no tener ningún amigo que las tome. De los que refieren tener amigos que toman drogas ilegales, consumen heroína el 0.4 % de los casos, cocaína el 0.8 %, porros el 33.6 %, drogas de diseño el 0.8 % y varias de estas sustancias el 33.6 % de los casos.

El 14.5 % de la muestra (n= 35) consume drogas de diseño (ver Tabla 1). De éstos, 17 los hacen una vez al mes, y 16 las consumen normalmente los fines de semana. La mitad de éstos informan que cada vez que las consumen toman más de una dosis. La edad media de la primera vez que la tomaron es de 16.89 años.

El 32.4 % (n= 78) de la muestra afirma consumir cánnabis (ver Tabla 1). De éstos, el 10% (n= 24) lo toma una vez al mes, el 7.9 % (n= 19) los fines de semana, 3.7 % (n= 9) entre dos y tres veces en semana, y el 10.8% (n=26) dice fumar a diario. Casi la totalidad de los participantes que consumen son hombres (sólo cuatro mujeres consumían). La edad media de la primera vez que consumen cánnabis en ésta muestra se sitúa en 13.50 años.

El 12.4 % (n = 30) de los participantes consumen cocaína, el 85.9 % (n = 207) no la consumen (ver Tabla 1). La edad media de la primera vez que consumieron es de 16.83 años.

Sólo cuatro personas refieren consumir heroína y 16 alucinógenos (ver Tabla 1).

Tabla 1.
Consumos de sustancias ilegales.

	Estimulantes		Cánnabis		Heroína		Cocaína		Alucinógenos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>No consume</i>	205	85.1	160	66.4	232	96.3	207	85.9	221	91.7
<i>Si consume</i>	35	14.5	78	32.4	4	1.7	30	12.4	16	6.6

Destacar que 36 de los participantes presentaban la condición de policonsumo, consumiendo al menos dos de las drogas ilegales. La mayoría consumía sólo una sustancia. Respecto al análisis de las diferencias de las respuestas de los participantes a los distintos ítems del cuestionario dependiendo de los grupos de comparación establecidos, decir que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de protección (ítems) cuando se realizaron las comparaciones en el grupo de beber alcohol habitualmente frente a los que no beben alcohol.

En cuanto a la comparación del grupo de fumar frente al de no fumar, a través de las 38 variables medidas, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en ocho de las variables, que estarían ejerciendo un efecto protector, ya que en todos los casos en los que se obtienen diferencias significativas las medias en las variables medidas son mayores en el grupo de participantes que no fuman (ver Tabla 2).

Respecto a los grupos de comparación tomar / no tomar drogas de diseño se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en doce variables (ver Tabla 2). También en éste caso, todas las medias del grupo de personas que refieren no consumir estimulantes eran mayores que las obtenidas en personas

consumidoras, lo que puede interpretarse como que son variables de protección para el caso de drogas de diseño.

Con respecto a la comparación realizada entre los grupos fumar / no fumar cánnabis, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en ocho de las variables (ver Tabla 2). En todas las variables en las que se encuentran diferencias estadísticamente significativas, los valores de la media son mayores para el grupo de personas que no consume cánnabis.

En la comparación realizada entre los grupos consumir / no consumir cocaína se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en once variables. Como en comparaciones anteriores, en todas las variables en las que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, las medias eran mayores en el grupo de sujetos que no consume cocaína (ver Tabla 2).

Si tenemos en consideración los resultados de las comparaciones en su conjunto se puede apreciar que hay cinco variables de protección que arrojan diferencias significativas entre consumidores y no consumidores para tres tipos de sustancias ilegales. Esto es, “miedo a las drogas”, “realizar actividades satisfactorias con amigos”, “valor de autosuperación”, “cumplimiento de normas en la comunidad” y “tener la percepción de utilidad de ir al colegio”.

Por otro lado, existen algunas variables de protección que han arrojado diferencias estadísticamente significativas entre consumidores y no, consumidores solamente en una de las sustancias, siendo por tanto variables de protección específica. Así para las drogas de diseño lo son: “el alto rendimiento escolar”, “adquirir y cumplir compromisos”, “las normas claras en la escuela”, “los padres hacen una valoración positiva de los amigos de sus hijos”. Para el cánnabis lo son: “las normas familiares claras” y “la participación en actividades de la iglesia”. Y para el consumo de cocaína lo son: “los rituales en la familia”, “el nivel alto de autoaceptación” y “la participación en ONGs” (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Variables que han mostrado diferencias estadísticamente significativas entre consumidores y no consumidores a través de las distintas sustancias.

Grupos de comparación: fumar / no fumar. (N = 242)					
	Media si fuma	Media no fuma	t	gl	P
Realizar actividades satisfactorias con los amigos	2.98	3.55	3,365	234	,001
Participación en actividades de la iglesia	1.43	1.69	1,978	184	,049
Valor de autosuperación	3.71	4.02	2,324	234	,021
Cumplimiento de las normas de la comunidad	3.65	4.00	2,631	233	,009
Que los padres refuercen los logros de los hijos	3.37	3.79	2,818	235	,005
Estabilidad y cohesión familiar	3.00	3.48	3,182	234	,002
Percepción de utilidad de ir al colegio	3.89	4.16	2,104	234	,036
Tener buen grado de autocontrol	3.65	3.93	2,396	228	,017

Grupos de comparación: consumo /no consumo de drogas de diseño (N= 70)					
	Media si consumen estimulantes	Media no consumen estimulantes	t	gl	p
Mido a las drogas	1.83	2.88	3,418	56	,001
Rituales en la familia	2.94	3.69	2,651	68	,010
Realizar actividades satisfactorias con los amigos	2.94	3.60	2,145	66	,036
Destrezas para trabajar con otros	3.74	4.26	2,071	68	,042
Alto rendimiento escolar	3.41	3.94	2,156	67	,035
Valor de autosuperación	3.40	4.17	3,242	68	,002
Cumplimiento de las normas de la comunidad	3.11	3.94	3,291	68	,002
Adquirir y cumplir los compromisos	3.97	4.41	2,734	66	,008
Normas claras en la escuela	3.18	3.85	2,764	66	,007
Valoración positiva de los padres del grupo de amigos	3.74	4.38	2,696	66	,009
Percepción de utilidad de ir al colegio	3.41	4.06	2,166	62	,034
Hacer frente a la adversidad	3.68	4.11	2,219	67	,030

Grupos de comparación: consumir / no consumir cánnabis. (N= 154)					
	Media si consume cánnabis	Media no consume cánnabis	t	gl	p
Normas familiares claras	2.86	3.27	-2,143	150	,034
Mido a las drogas	2.23	2.71	-2,197	144	,030
Realizar actividades satisfactorias con los amigos	2.89	3.51	-2,976	150	,003
Participación en actividades de la iglesia	1.26	1.80	-3,499	123	,001
Valor de autosuperación	3.51	4.00	-2,911	150	,004
Cumplimiento de las normas de la comunidad	3.23	3.91	-3,984	151	,000
Que los padres refuercen los logros de los hijos	3.26	3.71	-2,396	150	,018
Percepción de utilidad de ir al colegio	3.66	4.15	-2,880	137	,005

Tabla 2. (Continuación)

Grupos de comparación: consumir / no consumir cocaína. (N=62).	Media si consume cocaína	Media no consume cocaína	t	gl	p
Miedo a las drogas	1.90	2.65	-2,234	48	,030
Rituales en la familia	2.87	3.91	-3,729	60	,000
Realizar actividades satisfactorias con los amigos	2.79	3.59	-2,397	58	,020
Destrezas para trabajar con otros	3.50	4.22	-2,524	46	,015
Valor de autosuperación	3.47	4.03	-2,144	60	,036
Cumplimiento de las normas de la comunidad	3.20	3.94	-2,674	60	,010
Nivel alto de autoaceptación	3.97	4.48	-2,097	59	,040
Relaciones con entidades valoradas socialmente (ONG)	1.10	1.66	-2,312	46	,025
Que los padres refuercen los logros de los hijos	3.03	3.91	-3,085	59	,003
Percepción de utilidad de ir al colegio	3.41	4.22	-2,777	47	,008
Hacer frente a la adversidad	3.62	4.22	-2,823	59	,006

Como hemos visto, y atendiendo a la totalidad de las variables medidas, no en todos los grupos de comparación, a través de las distintas sustancias de consumo, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la mismas variables de protección ni en el mismo número de éstas. Las sustancias en las que se encuentran menos número de diferencias significativas a través de las variables medidas son el tabaco y el cánnabis, ocho en cada una. En el caso del consumo de las drogas de diseño se obtienen diferencias significativas en 12 de las 37 variables y en el caso del consumo de cocaína en 11.

DISCUSIÓN

Para empezar diremos que la incidencia del consumo de drogas ilegales es mucho mayor en la muestra estudiada que la obtenida en el último estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Andalucía (España) con personas con un rango de edad similar (Navarro, 2002), habiéndose observado que los participantes en este estudio presentan una edad inferior de inicio en el consumo de cada sustancia que la encontrada en el estudio mencionado. Esa condición es un factor claro de riesgo, porque se sabe que a menor edad de inicio de consumo de sustancias mayor es el riesgo de generar una drogodependencia (APTA, 1989; González, García-Señorán y González, 1996; Becoña, 2002). Estos datos, sumados al hecho de que un número importante de los participantes tienen cierta disponibilidad de dinero y amigos que consumen algún tipo de droga, podrían hacer suponer que se ha trabajado con un grupo de personas con una suficiente carga de riesgo para el consumo de drogas

(Kandel, Kessler & Margulies, 1978). El hecho de haber trabajado con este tipo de población y haber indagado en el consumo de drogas ilegales, hace que este trabajo sea novedoso en el conocimiento de la protección ante el consumo de drogas en entornos de mayor riesgo, al profundizar en el consumo de variables de protección que operan probablemente desde el mecanismo riesgo-protección propuesto por Brook et al. (1990: citado en Félix-Ortiz & Newcomb & Félix-Ortiz, 1992).

Haber hallado significativas un grupo de variables de protección, encontradas también en otras muestras pero sin esta carga de riesgo (Félix-Ortiz & Newcomb, 1992; Muñoz & Graña, 2001; Martínez-González & Robles, 2001), podría indicar que las conclusiones de éste estudio habrá que considerarlas con cautela.

Se ha podido comprobar que una variable puede ser protectora para un grupo determinado de personas y ante el consumo de determinadas sustancias pero no serlo para otras (Hawkins, et al., 1992; Calafat, 1993; Scheier, et al., 1994; Piko y Fitzpatric, 2002, entre otros). Parece evidente que no podemos asociar una variable de protección a una sola sustancia de forma excluyente, ya que se observa que a una misma sustancia se le pueden asociar diferentes variables de protección a la vez, sin que recaiga el peso de la protección en una sola. Esto coincide con lo que indican Clayton (1992) y Moncada (1997), quienes describen de este modo los principios básicos por los que operan los factores de riesgo, y que pueden entenderse como las leyes bajo las que operan los factores de protección.

Las variables pertenecientes al contexto personal que han arrojado diferencias estadísticamente significativas para algún tipo de sustancia han sido 16, lo cual coincide con lo obtenido por otros autores (Hawkins, et al., 1992; Newcomb & Félix-Ortiz, 1992; Dettman, 1994.; Secades, 1996; Gerevich & Bacskai, 1996; Curran & Chassin, 1996; Bry, 1996; FAD, 1996; Rios, Espina & Baratas, 1997; NIDA, 1997; Mathias, 1997; Martín & Lorenzo, 1998; Martínez-González & Robles-Lozano, 1999, 2001; Muñoz & Graña, 2001, entre otros), además de la variable hacer frente a la adversidad, la cual se investiga por primera vez en éste estudio (ver Tabla 2). En el estudio de Piko y Fitzpatric (2002), realizado también sobre una muestra de alto riesgo, se encontró como factor de protección para el consumo de alcohol “la mayor directividad de los padres”, aspecto éste no observado en nuestro estudio.

Cinco variables se pueden considerar de protección para el consumo de todas las sustancias estudiadas: miedo a las drogas, realizar actividades satisfactorias

con amigos cuando estos no toman drogas, valor de autosuperación, cumplimiento de normas de la comunidad y percepción de utilidad de ir al colegio. Esto podría indicar que serían variables de protección más generales en comparación con otras que podrían ser más específicas para cada sustancia.

El análisis del cuestionario, en principio, apoya la operativización de la protección propuesta por Newcomb y Félix-Ortiz (1992), quienes concluían que la protección se debe conceptualizar como un índice de factor múltiple. El cuestionario no tiene una estructura unidimensional, aspecto éste que sería esperable si se tratara de un único factor de protección, aunque el valor de la consistencia interna encontrado indica que es fiable. Es un cuestionario que puede aplicarse a personas con edades entre los 16 y 25 años, y que presenten tanto un nivel alto de protección como una alta carga de riesgo. Por lo tanto, podría ser de ayuda para la determinación del nivel de protección en muestras de adolescentes en situaciones de alto riesgo. Debe tenerse en cuenta que es, además, un instrumento sensible para la medición de la protección ante estimulantes ilegales, sustancia consumida en la actualidad de forma mayoritaria por los jóvenes de nuestro entorno (Navarro, 2002). No se debe olvidar que para implantar programas de prevención es muy importante la determinación de los perfiles de riesgo y protección de la población (Hawkins, Catalano & Arthur, 2002).

Cabe destacar el hecho haber obtenido diferencias estadísticamente significativas para las tres sustancias ilegales en la variable miedo a las drogas, replicándose así los hallazgos de otros estudios anteriores (Martínez-González & Robles, 1999 y 2001), aunque el significado de esta variable puede entenderse desde el concepto analizado por autores como Chatlos (1996); esto es, desde la óptica de la percepción del riesgo como consecuente al consumo de drogas.

Coincidiendo con Becoña (2002), también hemos podido comprobar que algunas variables de riesgo y protección pueden considerarse como polos opuestos de un mismo continuo mientras que otras no. Piénsese que algunas variables de riesgo son variables que indican la ausencia de una determinada condición. Sirva como ejemplo “la falta de normas claras en la vida familiar”, la cual es de protección cuando está presente. El estudio, por tanto, muestra también la necesidad de profundizar en los factores de riesgo y protección como variables que se encuentran en continuos diferentes ya que, al parecer, mientras que algunas variables sí se organizan des esta forma otras no. Esto ocurre con “tener miedo a las drogas”, ya que su ausencia no podría garantizar el inicio de consumo de drogas. Estos datos

contradicen el modelo teórico de Wit et al. (1995) y defendido por NIDA (1997), desde el que los factores de riesgo se entienden, básicamente, como variables que no pueden estar en el mismo continuo del riesgo ocupando el polo opuesto. Tendremos que profundizar en esa cuestión, pero diremos que, según los resultados de éste y otros estudios, algunas variables pueden ser consideradas, dependiendo del caso, como variables de riesgo o bien de protección.

REFERENCIAS

- APTA, (1989). Factores de protección del consumo de drogas en la adolescencia: estudio preliminar. *Adicciones*, 1, 28-36.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Brook, J.S., Nomura, C. Y Cohen, P. (1989a). A network of influences on adolescent drug involvement: Neighborhood, school, peer, and family. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 115, 125-145.
- Brook, J.S., Nomura, C. Y Cohen, P. (1989b). Prenatal, perinatal, and early childhood risk factors and drug involvement in adolescence. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 115, 223-241.
- Bry, B.H. (1996). Psychological approaches to prevention. En Bickel, W.K. y DeGrandpre, R.J. (Eds). *Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse* (pp. 55-76). Nueva York. Plenum Press.
- Calafat, A. (1993). Estrategias de prevención familiar y comunitaria. En J.A. García y J. Ruiz (comp.) *Tratado sobre prevención de las drogodependencias* (pp. 197-218). Madrid: FAD.
- Chatlos, J.C. (1996). Recent trends and a development approach to substance abuse in adolescents. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.

- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, C.D: American Psychological Association.
- Clayton, R.R. y Rutter, C. (1985). The epidemiology of lcohol and drug abuso among adolescents. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4, 69-97.
- Costa, F.M. Jessor, R. Y Turbin, M.S. (1999). Transition into aolescent problem drinking: The role of psychosocial risk adn protective factors. *Journal of American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Curran, P.J. y Chassin, L. (1996). A Longitudinal Study of Parenting as a Protective Factor for Children of Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 305-12.
- Dettman, P.A. (1994). *Nuestra mayor aportación al futuro: una juventud libre de drogas*. En: Seminario Internacional sobre la Prevención de las Drogodependencias y el Papel de la Familia. Plenario, 17,101-18.
- FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción) (1996). *Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar*. Madrid. FAD.
- Gerevich, J. y Bacskai, E. (1996). Protective and risk prefictorrs in the development of drug use. *Journal of Drug Education*, 26, 25-38.
- González, F., García-Señorán M.M. y González, S.G., (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8, 257-267.
- Graña, J.L. y Muñoz-Rivas M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 249-269.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Arthur, M.W. (2002). Promoting science-based prevention in comunities. *Addictive Behaviors*, 27, 951-976.

- Hussong, A.M. y Chassin, L.(1997). Substance use initiation among adolescent children of alcoholics: testing protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 272-9.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of adolescent Health*, 12, 597 –605.
- Jessor, R., Van Den Vos, J., Banderín, J., Costa, F.M. y Turbin, M.s. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effect and developmental change. *Developmental Psychologist*, 31, 923-933.
- Kandel, D.B., Kessler, R.C. y Margulies, R.Z. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis. In D.B. Kandel (Ed.), *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*. Washington, CC, Hemisphere.
- Kaplan, H.B. (1986). *Social psychology self-referent behavior*. New York: Plenum Press.
- Mathias R, NIDA. (1997). *Protective Factors Can Buffer High-Risk Youths from Drug Use*. Vol.11N3. Recuperado el 23 de Mayo de 1998, de <http://165.112.78.61/>.
- Martín, M. y Loenzo, P. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, J.M. Ladero, JC. Leza y I. Lizasoain, *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (pp 3-21) Madrid. Panamericana.
- Martínez-González, J.M. y Robles-Lozano, L. (1999). *Análisis de factores de protección y de riesgo en una muestra de sujetos en tratamiento por su adicción a las drogas y de sujetos no consumidores habituales de drogas*. Comunicación presentada en VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana de la Frontera. Cádiz.
- Martínez-González, J.M. y Robles-Lozano, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13, 222-228.

- Martínez-González, J.M., Robles-Lozano L. y Trujillo H.M. (2003). Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas ilegales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 461-475.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas. Plan Nacional Sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Muñoz, M. y Graña, J.L., (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Navarro J., (2000). *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Plan Municipal contra las drogas. Ayuntamiento de Madrid.
- Navarro, J. (2002). *Los jóvenes andaluces ante las drogas y adicciones*. Sevilla, Consejería de Asuntos Sociales.
- Newcomb, M.D. y Felix-Ortiz M. (1992) Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and protective findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 280-96.
- Newcomb, M.D. y Harlow, L.L. (1986). Life events and substance use among adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 564-577.
- NIDA (National Institute on Drug Abuse), (1997). *Risk and Protective Factors*. Recuperado el 23 de Mayo de 1998, de <http://165.112.78.61/>.
- Piko, B.F. y Fitzpatrick, K.M. (2002). Without protection: substance use among Hungarian adolescents in high-risk settings. *Journal of Adolescent Health*, 30, 463-466.
- Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R.E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L.H. y Sieving, R.E. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *JAMA*, 278, 823-32.

- Rios, J.A., Espina A. Y Barata, M.D., (1997). *La prevención de las drogodependencias en la familia. Actuar es Posible.*(pp. 21). Madrid. Plan Nacional sobre drogas.
- Scheier, L.M., Newcomb, M.D. y Skger, R. (1994). Risk, protection, and vulnerability to adolescent drug use: latent - variable models of three age groups. *Journal Drug Education*, 24, 49 - 82.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento.* Madrid: Pirámide.
- Wit, D.J. De, Silverman, G., Goodstadt, M. y Stoduto, G. (1995). The construction of risk and protective factor indices for adolescent alcohol and other drug use. *Journal of Drug Issues*, 25, 837-63.

¿Fumas Cánnabis? (Porros, Marihuana)

- | | | | |
|------------------------------|----------------------|---|--------------|
| (0) <input type="checkbox"/> | Nunca. | | |
| (1) <input type="checkbox"/> | Una vez al mes. | Cada vez que tomas aproximadamente | |
| (2) <input type="checkbox"/> | Fines de semana. | (1) <input type="checkbox"/> | Uno. |
| (3) <input type="checkbox"/> | 2-6 veces en semana. | (2) <input type="checkbox"/> | Entre 2 y 3. |
| (4) <input type="checkbox"/> | Diario. | (3) <input type="checkbox"/> | Más de 3. |

Edad 1ª vez que fumas.- _____

¿Tomas heroína y otros opiáceos?

- | | | | |
|------------------------------|----------------------|---|-------------------|
| (0) <input type="checkbox"/> | Nunca. | | |
| (1) <input type="checkbox"/> | Una vez al mes. | Cada vez que tomas aproximadamente | |
| (2) <input type="checkbox"/> | Fines de semana. | (1) <input type="checkbox"/> | Una dosis. |
| (3) <input type="checkbox"/> | 2-6 veces en semana. | (2) <input type="checkbox"/> | Más de una dosis. |
| (4) <input type="checkbox"/> | Diario. | | |

Edad 1ª vez .- _____

¿Tomas cocaína?

- | | | | |
|------------------------------|----------------------|---|-------------------|
| (0) <input type="checkbox"/> | Nunca. | | |
| (1) <input type="checkbox"/> | Una vez al mes. | Cada vez que tomas aproximadamente | |
| (2) <input type="checkbox"/> | Fines de semana. | (1) <input type="checkbox"/> | Una dosis. |
| (3) <input type="checkbox"/> | 2-6 veces en semana. | (2) <input type="checkbox"/> | Más de una dosis. |
| (4) <input type="checkbox"/> | Diario. | | |

Edad 1ª vez .- _____

¿Tomas algún tipo de alucinógenos?

- | | | | |
|------------------------------|----------------------|---|-------------------|
| (0) <input type="checkbox"/> | Nunca. | | |
| (1) <input type="checkbox"/> | Una vez al mes. | Cada vez que tomas aproximadamente | |
| (2) <input type="checkbox"/> | Fines de semana. | (1) <input type="checkbox"/> | Una dosis. |
| (3) <input type="checkbox"/> | 2-6 veces en semana. | (2) <input type="checkbox"/> | Más de una dosis. |
| (4) <input type="checkbox"/> | Diario. | | |

Edad 1ª vez .- _____

Marca con una « X » el grado en que te identificas con cada uno de los ítems.

Marca con una " X" el grado en que te identificas con cada uno de los ítems.

1. ¿Te sientes querido, aceptado y comprendido por tus padres?
(1)Nunca (2)Casi nunca (3)Algunas veces (4)Casi siempre (5)Siempre
2. ¿Han existido o existen normas de convivencia claras en tu familia?
(1)Ninguna (2)Muy pocas (3)Algunas (4)Casi todas (5)Todas
3. ¿Tienes miedo a las drogas?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
4. ¿Durante el tiempo en que fuiste al colegio, recuerdas que tus padres tuvieran contacto regular tus padres con tus profesores?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
5. Las decisiones importantes que te afectan directamente ¿son tomadas en su mayor parte por tus padres?
(1)Ninguna (2)Muy pocas (3)Algunas (4)Casi todas (5)Todas
6. ¿Celebráis en familia los cumpleaños, fiestas, aniversarios, etc.?
(1)Nunca(2)Muy pocas veces(3)Algunas veces(4)Casi siempre(5) Siempre
7. ¿Tienes la posibilidad de pedir ayuda a amigos y/o personas cualificadas cuando tienes problemas?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
8. ¿Realizas con tus amigos/as actividades con las que te sientes satisfecho/a como: deportes, actividades culturales, participar en asociaciones, etc.?.
(1)Nunca(2)Muy pocas veces(3)Algunas veces(4)Casi siempre(5) Siempre
9. ¿Asistes a actividades parroquiales o relacionadas con alguna entidad religiosa?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
10. ¿Crees que tus logros personales están en función de tu esfuerzo?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho

11. ¿Realizas conductas que fomenten tu estado general de salud?
(1)Nunca(2)Muy pocas veces(3)Algunas veces(4)Casi siempre(5) Siempre
12. ¿Te consideras con habilidades para realizar actividades o trabajos conjuntamente con otras personas?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
13. En la escuela taller ¿Obtienes un alto rendimiento académico?
(1)Nunca(2)Muy pocas veces(3)Algunas veces(4)Casi siempre(5) Siempre
14. ¿En una norma en tu vida el esforzarte para superarte?
(1)Nunca(2)Muy pocas veces(3)Algunas veces(4)Casi siempre(5) Siempre
15. ¿Cumples las normas o leyes como ciudadano?
(1)Nunca(2)Muy pocas veces(3)Algunas veces(4)Casi siempre(5) Siempre
16. ¿Te sientes satisfecho/a de ti mismo/a?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
17. ¿Crees que tendrás posibilidades de conseguir lo que te propones en el futuro?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
18. ¿Cumples los compromisos que adquieres?
(1)Nunca(2)Muy pocas veces(3)Algunas veces(4)Casi siempre(5) Siempre
19. En tu escuela taller ¿Se comprenden con claridad las normas generales de comportamiento?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
20. ¿Crees que recibes / has recibido una buena formación?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
21. ¿Conoces la normativa legal sobre las drogas y su consumo?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
22. ¿Participas en ONGs, asociaciones culturales, etc.?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho

23. ¿Aceptan tus padres a tus amigos?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
24. ¿Mantienes con tus padres conversaciones sobre las drogas?
(1)Nunca(2)Muy pocas veces(3)Algunas veces(4)Casi siempre(5) Siempre
25. ¿Alaban tus padres tus logros o éxitos?
(1)Nunca(2)Muy pocas veces(3)Algunas veces(4)Casi siempre(5) Siempre
26. ¿ Pides ayuda a tu familia cuando tienes un problema o para decidir sobre alguna cuestión importante?
(1)Nunca(2)Muy pocas veces(3)Algunas veces(4)Casi siempre(5) Siempre
27. ¿ Crees que te sirve de algo (o te servirá) de algo estudiar?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
28. ¿ Crees que eres hábil para solucionar problemas?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
29. ¿Crees que tienes facilidad para tomar decisiones?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
30. ¿ Que grado de autocontrol crees tener?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
31. ¿ Te resulta fácil resistirte a hacer algo que te piden que hagas (como tomar una sustancia, realizar una actividad, etc.)?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
32. ¿Crees tener habilidad para evitar situaciones peligrosas?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
33. ¿ Crees tener oportunidades de futuro en la ciudad/o pueblo en que vives?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
34. ¿ Eres disciplinado?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho

35. ¿Creo que soy autónomo en mis actuaciones no necesitando en exceso el consejo de nadie para tomar decisiones?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
36. ¿Te adaptas con facilidad a las distintas situaciones sociales en las que te encuentras?
(1)Nada (2)Muy poco (3)Algo (4)Bastante (5)Mucho
37. Ante la adversidad. ¿Le haces frente?
(1)Nunca(2)Muy pocas veces(3)Algunas veces(4)Casi siempre(5) Siempre

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL EN EL BAJO NIVEL DE AUTOCONCEPTO Y EN LOS ESTADIOS DE CAMBIO EN PACIENTES DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Edgar Wilfredo Rodríguez Vílchez

Instituto Peruano de Psicoterapia Cognitiva Comportamental
Programa de Psicoterapia en Conductas Adictivas "ALERTA"

RESUMEN

Se evaluó los efectos de un Programa de Psicoterapia Cognitivo – Conductual en el bajo nivel del Autoconcepto y en los estadios de cambio en un grupo de 62 pacientes dependientes a sustancias psicoactivas que acudieron en búsqueda de ayuda profesional a un Programa Terapéutico ambulatorio de Lima Metropolitana. La investigación es de tipo “cuasi experimental”, con un diseño intrasujeto con medición pre y post test. Las variables trabajadas fueron: Programa Terapéutico Cognitivo Conductual, nivel del autoconcepto y estadios de cambio. Las variables controladas fueron ocupación, sexo, grado de instrucción, estado civil. Se aplicaron dos instrumentos: Escala de Autoconcepto de Tennessee y el Inventario de Procesos de cambio. Los resultados muestran un impacto positivo y altamente significativo en el grupo de pacientes que recibieron el Programa Terapéutico. En la variable Autoconcepto global como en sus dimensiones se dieron diferencias altamente significativas ($p < 0.001$), ocurriendo lo mismo en la variable estadios de cambio.

Palabras claves: Autoconcepto, estadios de cambio, procesos de cambio, programa cognitivo conductual.

ABSTRACT

The effects of a Behavioral-Cognitive Psychotherapy Program were evaluated on patients with low level of Esteem and during the changing stages in a group of 62 patients with dependency on psychoactive substances. The patients were seeking professional help in an ambulatory Therapeutic Program in Metropolitan Lima. The research is of a “semi experimental” type, intrasubject-designed, with pre and post research testing. The working variables were: Behavioral-Cognitive Psychotherapy Program; level of self-esteem and stages of change. The controlled variables were: work status, gender, level of education and marital status. Two instruments were applied: Tennessee Self-Esteem Scale and the Processes of Change Inventory. The results show a highly significant positive impact in the group of patients that received the Therapeutic Program. In the global self-esteem variable as well as in its dimensions there were highly significant differences ($p < 0.001$), which were also found in the stages of change variable.

Key words: Self esteem, changing stages, changing processes, cognitive-behavioral program.

INTRODUCCION

Como es de conocimiento, dentro de la Psicología, las Terapias Comportamentales y Cognitivas representan la aplicación de la Psicología científica a la Psicoterapia, poniendo énfasis en el uso de una metodología experimental con el fin de comprender y modificar los trastornos psicológicos que perturban la vida del individuo y demandan del apoyo especializado en lo que concierne a la salud mental.

Dichas terapias hacen referencia a los modelos surgidos a partir de las teorías del aprendizaje: condicionamiento clásico, operante, social y cognitivo, los cuales destacan la importancia de la modificación de los comportamientos observables y no observables en sus cuatro niveles integrados: cognitivo, fisiológico, motor y afectivo con la finalidad de lograr el bienestar de la persona que acude al Psicólogo clínico por un comportamiento disfuncional.

En los últimos años las aplicaciones de los procedimientos mencionados, en los diferentes cuadros psicopatológicos, han demostrado su creciente efectividad

promoviendo en los profesionales de la salud mental, en especial los psicólogos que laboran en el campo clínico, el interés en formarse terapéuticamente en este enfoque psicológico.

En la aplicación clínica de los procedimientos terapéuticos mencionados no puede dejarse de lado las experiencias que demuestran la efectividad en el campo de las conductas adictivas, en especial a las sustancias psicoactivas.

Creemos que la sistematización e integración de las diferentes estrategias cognitivo conductuales pueden ser una adecuada alternativa a aplicarse en la reestructuración del autoconcepto y compromiso de abandono de la conducta adictiva de personas dependientes a sustancias psicoactivas que se inician en un proceso de recuperación bajo la modalidad ambulatoria, sobre todo debido a que el consumo de sustancias generan un debilitamiento gradual del autocontrol, del grado de conciencia de la gravedad del problema y un desbastamiento de las diferentes áreas de la vida del adicto.

El presente estudio cobra relevancia por el hecho de que en nuestra realidad son pocas las investigaciones que se han efectuado al respecto, sobre todo con muestras ambulatorias en un proceso de rehabilitación, que demuestren la efectividad de un Programa terapéutico, lo cuál podría ser una referencia objetiva a aplicar de manera más amplia, teniendo en cuenta la creciente demanda asistencial de los cuadros clínicos en mención.

Para lograr dicha meta se utilizó la muestra de pacientes que recibieron apoyo del Programa Terapéutico ambulatorio A.L.E.R.T.A. (Alternativa en la Recuperación y Tratamiento de las Adicciones) de Lima, programa basado en el enfoque cognitivo conductual.

Cuando se evalúa a un dependiente a sustancias psicoactivas que acude a una Institución o a la consulta privada, usualmente evidencian algunas características comunes como: un deseo compulsivo de buscar y consumir la droga con pérdida gradual del autocontrol. Este comportamiento se va tornando cada vez más generalizado, provocando un deterioro en diversas áreas del comportamiento. De esta manera, el paciente debilita gradualmente sus valores, se torna cínico, deshonesto, pudiendo emitir un comportamiento delincual. Su vida se va desorganizando ya que su interés y expectativa se orientan hacia el consumo de sustancias. Sus Habilidades de comunicación se distorsionan

aislándose o tornándose agresivo, por lo que surgen conflictos en sus relaciones familiares, en el trabajo o con los demás. Los hábitos de trabajo se debilitan llegando a rechazar actividades que demandan de esfuerzo o sacrificio, buscando actividades que lo lleven a obtener gratificaciones inmediatas y fáciles. Evitara afrontar las responsabilidades y problemas cotidianos, primando en sus decisiones la impulsividad antes que la racionalidad. A su vez se irá generando a través de la experiencia una serie de esquemas o creencias irracionales que justificarán su permanencia en el consumo, postergando su decisión de cambio y abandono de la conducta adictiva.

Así, podemos apreciar que los pacientes que llegan a una Institución evidencian en primer lugar una serie de mecanismos y procesos psicológicos que funcionan como barreras que impiden temporalmente la decisión de cambio y en segundo lugar una serie de deficiencias en las diferentes áreas de su desarrollo personal, lo que influye significativamente en el deterioro de la imagen y valor que tiene la persona de sí mismo. Por lo tanto creemos importante evaluar la revalorización de esta percepción, sobre todo en pacientes ambulatorios, en función a un estudio serio, luego que las personas han efectuado un proceso inicial de recuperación.

En nuestra realidad son escasas las investigaciones relacionadas al tema que se pretende realizar, por lo que consideramos que cobra relevancia en nuestro medio ya que podría permitir la gradual generalización de los resultados para la aplicación en las diversas instituciones que ofrecen trabajo terapéutico ambulatorio en el campo de las adicciones, de tal manera que se logre un mejor índice en la recuperación y reinserción social del paciente.

AUTOCONCEPTO

Fitts (1992) luego de una serie de estudios ha conceptualizado y sistematizado la variable Autoconcepto. En sus aportes ha señalado de manera precisa y operacional que cuando el hombre se percibe a sí mismo, reacciona, asigna significaciones y valores formando abstracciones acerca de sí mismo como lo hace con los demás.

El autor agrega en su conceptualización dos aspectos del sí mismo, aquel que refiere a lo que el sujeto es a sí mismo como proceso, y lo que el sujeto

percibe que es a sí mismo como objeto de la observación, evaluación o juicio; concluirá que ambos “sí mismos” constituyen el sí mismo total, que el sujeto vivencia, observa y juzga. Es a la suma de todas las percepciones con respecto a este sí mismo total que denominará “Autoconcepto” (Fitts, 1992).

Agrega que aún cuando el autoconcepto sea un todo así definido, como propósito del análisis, es posible considerar sus dimensiones intrapersonal e interpersonal, para evaluar sus implicancias internas y externas. Agrega que al considerar la dimensión interna o *intrapersonal*, podemos hacer distinción entre “el sí mismo de Identidad”, “el sí mismo del comportamiento” y el “sí mismo de juicio o valorativo”. En cuanto a la dimensión *extrapersonal*, podrían considerarse tanto aspectos como roles pueda desempeñar el individuo, sin embargo considera cinco: Sí mismo físico, moral-ético, personal, familiar y social, no excluyendo que pueden haber otros igualmente importantes. La razón del autor en la elección de estos cinco es de orden práctico, ya que son los que parecen tener en general mayor aplicabilidad en la mayoría de las personas.

Bandura (1986) aporta el constructo de Autoeficacia que se puede relacionar con la variable Autoconcepto. Dicho autor señala que la Autoeficacia es el juicio que un individuo emite respecto a su propia capacidad de realizar una determinada conducta necesaria para alcanzar unos resultados determinados. Dicha cualidad, de acuerdo a las observaciones realizadas en los casos de adicción, se debilita puesto que las personas que consumen sustancias psicoactivas van dejando de lado una serie de repertorios conductuales y cognitivos de tal manera que su afronte ante las diferentes obligaciones y responsabilidades será muy limitado o nulo. Esto en función a que sus expectativas de manejo de situaciones que demanden esfuerzo o sacrificio serán percibidas como tediosas, aversivas, asumiendo a su vez el no contar con las habilidades para poder manejar dichas experiencias. Esto redundará en el juicio relacionado a sus capacidades para poder superar o alcanzar ciertas metas adaptativas o funcionales generándole malestar llevándolo nuevamente a consumir. Asimismo, en uno de sus últimos escritos señala la importancia de la autoeficacia de acción, de manejo y de recuperación en el cambio de la conducta adictiva, caracterizándose la primera por creer en el cambio de la conducta adictiva, la segunda por el manejo de los estímulos de alto riesgo a partir de la incorporación de habilidades creando y promoviendo la confianza de mantener la abstinencia en un programa de recuperación y la tercera por confiar en la recuperación luego de un fallo en la abstinencia evaluando dicha experiencia como

un evento para aprender y no interpretarlo como un fracaso personal (Bandura, A. 1999).

EL MODELO TRANSTEORICO: ESTADIOS Y PROCESOS DE CAMBIO

El presente modelo fue elaborado por dos psicólogos: Prochaska y Diclemente (1984). Estos investigadores han intentado comprender cómo y por qué cambian las personas, ya sea por sí mismas o a partir de la ayuda terapéutica. El modelo describe una serie de etapas por las que transcurre una persona en el proceso de cambio de un problema como en el caso del consumo de una sustancia psicoactiva. Dentro de este enfoque, la motivación se puede entender como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio. Es un estado interno influido por varios factores externos.

La “rueda del cambio” que proponen los autores mencionados admite hasta cinco etapas en dicho proceso, etapas que irán superándose en función a la percepción que tenga el paciente de las consecuencias de su conducta problema. Dicha percepción puede estar influenciada por la reatotalimentación que recibe la persona de su entorno o en el trabajo terapéutico.

Así, los estadios de cambio representan puntos a lo largo de todo el curso del cambio. Se utilizan para marcar un estado individual al realizar una variación de la conducta. Cada estadio es predecible así como definible, toma lugar en un periodo de tiempo y supone un conjunto asociado de conocimientos o conductas. Como se mencionó, existen cinco estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. En esta parte, describiremos dichas etapas.

Precontemplación

Es el primer estadio de cambio. Las personas en esta etapa ignoran su problema de conducta o no están dispuestas o motivadas a cambiarlo. Se someten a pequeñas actividades que podrían cambiar su perspectiva del problema de conducta y pueden estar un poco a la defensiva sobre el problema conductual fijado. Los precontempladores no están convencidos de que los aspectos negativos del

problema de conducta superan los positivos. No consideran el cambio en un futuro inmediato.

Contemplación

En la etapa de contemplación, la persona reconoce que él tiene un problema y empieza a pensar seriamente en resolverlo. Los contempladores luchan para entender su problema, para ver sus causas y piensan en las posibles soluciones. Sin embargo, los contempladores pueden estar lejos de hacer realmente un compromiso para actuar.

Preparación

En la etapa de preparación, las personas están listas para cambiar integralmente en un futuro cercano. En ella, las personas posiblemente hayan tratado y fallado de cambiar antes, aprendiendo de ello valiosas lecciones de los intentos pasados. En esta etapa de cambio necesitan desarrollar un plan que trabaje de acuerdo con ellos. Luego, necesitan realizar firmes compromisos para seguir con el cometido que eligieron.

Acción

En esta etapa, las personas modifican más abiertamente sus conductas. Dejan la sustancia y evidencian una mejor disposición para ingresar a un programa de tratamiento. En resumidas cuentas, dan un paso y ponen en marcha el plan para el cual se han estado preparando.

Mantenimiento

Es la etapa final en el proceso de cambio. El cambio conductual sostenido es difícil. En esta etapa, la persona trabaja para consolidar los logros obtenidos durante la etapa de acción y lucha contra la recaída. Pese a que la terapia tradicional ve el mantenimiento como una etapa estática, el Modelo Transteórico lo ve como una continuación realmente importante que puede durar desde un corto periodo de 6 meses hasta para toda la vida.

Este modelo reconoce que la recaída es posible cuando se atraviesan las etapas de cambio. Las personas generalmente vuelven a través de las etapas

repetidas veces antes de alcanzar el éxito; por lo tanto un retroceso no debe ser considerado un total fracaso sino simplemente un retroceso. A pesar de que muchas personas progresan de la contemplación a la acción y de ésta al mantenimiento, algunos recaerán. Tras la recaída, los individuos frecuentemente regresan a una etapa anterior para luego iniciar nuevamente su camino. A menudo, las personas que recaen tienen una mejor oportunidad de éxito durante el próximo ciclo. Siempre aprenden nuevas formas para tratar con sus antiguas conductas y ahora ellos tienen un historial de éxitos en los cuales construir. Es importante ayudar a los pacientes a ver un desliz como un tropezón antes que como un fracaso, y darse cuenta que muchas personas pasan por las etapas muchas veces antes de ser capaces de mantener un cambio conductual exitoso.

En relación a *los procesos de cambio*, son considerados como actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo. Dichos procesos se irán presentando gradualmente en los estadios descritos anteriormente. A continuación presentamos brevemente los 10 procesos de cambio identificados por Prochaska y Diclemente a partir de análisis teóricos y empíricos de las principales escuelas psicoterapéuticas (Prochaska & Diclemente, 1984).

Aumento de la concienciación: Consiste en una intensificación, por parte del adicto, del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Se trata, pues, de un proceso esencialmente cognitivo.

Autorrevaluación: Consiste en una valoración afectiva y cognitiva por parte del adicto, del impacto de la conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser, como en un reconocimiento, también afectivo y cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar la conducta adictiva.

Reevaluación ambiental: Es la valoración que hace el adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales, es decir del impacto de la conducta adictiva sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas más allegadas, como en un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto a dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad, derivadas de la modificación del hábito adictivo.

Relieve dramático: Consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos –esencialmente las consecuencias sobre la salud- asociados a la conducta adictiva.

Autoliberación: Representa el compromiso personal, el aumento de la capacidad para decidir y elegir, y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva ya que se poseen o se pueden adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para cambiar.

Liberación social: Es la capacidad para decidir y escoger, propiciado, este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles.

Manejo de contingencias: Es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta relativa al cambio ocurra. Consiste en el auto y/o heteroreforzo de dicha conducta.

Relaciones de ayuda: Es la decisión de utilizar el apoyo social (familiares, amistades, etc.) que puede facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva.

Contracondicionamiento: Es concretamente el modificar la respuesta elicítada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas.

Control de estímulos: Consiste en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir.

Prochaska y Diclemente (1984) señalan que estos diez procesos de cambio irán sumándose en la experiencia promoviendo el avance en los estadios de cambio. Todo programa de tratamiento va a tener como objetivo el facilitar dicho proceso con la finalidad de optimizar una recuperación integral y prevenir la recaída. En el siguiente cuadro se puede apreciar la relación existente entre los procesos de cambio y los estadios, evidenciado los avances en cada uno de ellos en función al trabajo gradual de dichos procesos conductuales y cognitivos.

Estadios de cambio	De la precontemplación a la contemplación	De la contemplación a la preparación	De la preparación a la acción	De la acción al mantenimiento	Permaneciendo en la etapa de mantenimiento
Los procesos de cambio más relevantes	Aumento de la concienciación Relieve dramático	Autoreevaluación Reevaluación ambiental			
	Autorreevaluación Reevaluación ambiental		AutoliberaciónControl del Estímulo Contracondicionamiento Relaciones de ayuda	AutoliberaciónControl del Estímulo Contracondicionamiento Manejo de contingencias Relaciones de ayudaLiberación Social	AutoliberaciónControl del Estímulo Contracondicionamiento Manejo de contingencias Relaciones de ayuda Liberación social

MÉTODOS

Diseño

La Investigación es de tipo “Cuasi experimental”, con un grupo experimental que tiene control de variables del tipo diseño intrasujeto, es decir, a pesar que se trabaja con un grupo, dada la naturaleza del estudio, se procede a efectuar un control de los efectos de la variable tratamiento siguiendo la metodología del diseño Intrasujeto que en este caso implicará mediciones pre - post test.

Participantes

El total de la muestra esta constituida por 62 pacientes varones dependientes a sustancias psicoactivas, cocaína, y/o pasta básica de cocaína, que fueron derivados al programa terapéutico ambulatorio A.L.E.R.T.A. (Alternativa en el Tratamiento y Recuperación de las Adicciones). La mayor parte de la muestra estuvo compuesta por personas que en el momento del tratamiento se encontraban laborando (63%), se ubicaban en un nivel socioeconómico medio (87%), estaban casados (48%), poseían grado de instrucción superior (77%), y se encontraban en el intervalo de edad entre 26 y 40 años (69%).

Modelo de Intervención

El Programa terapéutico consta de las siguientes fases:

PRE-NUCLEAR: El objetivo fundamental en esta primera fase es la construcción de la motivación de cambio del paciente dependiente a la cocaína, es decir que vaya percibiendo que realmente tiene un problema delicado a abordar. Dicho trabajo se hace a través de la terapia individual y grupal, así como con el respaldo de la familia orientada a través de la terapia familiar que recibe semanalmente. En esta fase mayormente se aborda a aquellos pacientes que se ubican en los estadios precontemplativo contemplativo y de preparación.

Asimismo en dicha fase como en la siguiente se hace uso de la Entrevista Motivacional (Miller, 1999), con la finalidad de optimizar el proceso de cambio que promueva el abandono de la conducta adictiva. Dicha entrevista contempla cinco principios específicos y cuatro estrategias cognitivas básicas

NUCLEAR: El objetivo fundamental es abordar la conducta adictiva de forma directa con la aceptación más conciente del paciente. Es una fase que coincide con la ubicación de los pacientes en los estadios de acción y mantenimiento. Dicha fase se divide en cuatro:

- 1.- Reconocer que el Problema es un problema delicado
- 2.- Sobreponerse a la abstinencia
- 3.- Cambio en la Filosofía de vida
- 4.- Reinserción-consolidación y seguimiento.

Dichas fases tienen sus propios objetivos terapéuticos que son trabajados casi en su totalidad en aproximadamente ocho meses como mínimo. Asimismo dichos objetivos apuntan a una revalorización gradual del paciente, en las diferentes áreas desbastadas por el consumo, lo cual repercutirá finalmente en su nivel de autoestima y en la consolidación de la motivación de cambio.

Instrumentos

Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS): Elaborado por William Fitts (1965). Dicha Escala fue Estandarizada en U.S.A. con un grupo de 626 personas de ambos sexos y de diferentes lugares de dicho país, cuyas edades fluctuaban

entre 12 y 68 años. La Escala consta de 100 ítems autodescriptivos a los cuales el sujeto puede responder seleccionando una de las cinco posibles alternativas, que va desde totalmente verdadero hasta totalmente falso. Puede ser administrado en forma individual o colectiva y no tiene un tiempo límite.

En el presente estudio, la validez del Instrumento se determinó por la técnica de correlación ítem total (Anastasi, 1998) encontrándose coeficientes entre 0,35 y 0,73 siendo estos indicadores significativos en el sustento de la validez de constructo. En cuanto a la confiabilidad se utilizó el estadístico Alpha de Cronbach encontrándose un valor de 0,95 siendo altamente significativo y consistente para el uso del Instrumento.

Inventario de Procesos de cambio para adictos a sustancias psicoactivas (IPC-APSA) de Prochaska y Diclemente: Para realizar un mejor estudio de cómo y cuando suceden los cambios Prochaska y Diclemente en 1984 construyeron el inventario de procesos de cambio para adictos al tabaco, instrumento que consta de 40 ítems con una escala de calificación tipo likert de 4 puntos. La administración del Instrumento se efectúa a través de la Entrevista Individual lo que permite clarificar cualquier duda del entrevistado. Los resultados de dicha evaluación permiten intervenir de manera sistemática en los procesos de cambio que necesita desarrollar el paciente para progresar al próximo estadio y en definitiva lograr el mantenimiento de la abstinencia. En nuestro medio, Lizarraga (1999) adapta el inventario en cuanto a vocabulario y la redacción de cada ítem, modificando todos los ítems en relación a la palabra heroína reemplazándolo por Drogas y/o alcohol en algunos y en otros por el término consumir respectivamente.

Después de realizar la validez de contenido a través de jueces especializados, Lizarraga, procedió al estudio piloto. La finalidad era verificar la operatividad, duración, fidelidad y validez del instrumento. El criterio metodológico de validez del Instrumento reportó índices de correlación entre 0,32 y 0,43. En cuanto a la confiabilidad se encontró un Alpha de Cronbach de 0,78. Estos resultados dieron los argumentos técnicos para el uso del instrumento para la presente investigación.

RESULTADOS

AUTOCONCEPTO GLOBAL

TABLA 1

PUNTAJES EN EL NIVEL DE AUTOCONCEPTO ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA

AUTOCONCEPTO	Media	Sx
ANTES	382.58	41.95
DESPUÉS	726.68	53.66
$t = 48,98$		
$g.l. = 61$		
$p < 0.001$		

En la tabla 1, gráfico 6, se aprecia que el nivel de *autoconcepto global* evidencia diferencias significativas antes y después de la aplicación del Programa Conductual Cognitivo, traducido en el estadístico $p < 0.001$ (*altamente significativo*) aceptándose la hipótesis general y específica HA 1. Dicha mejora en la percepción de sí mismo se explica por el efecto del programa Cognitivo Conductual, sobre todo al mejorar su nivel de eficacia de las consecuencias negativas del consumo de sustancias.

AUTOCONCEPTO : DIMENSION INTRAPERSONAL

TABLA 2

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL SI MISMO DE IDENTIDAD ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

EL SÍ MISMO DE IDENTIDAD	Media	Sx
ANTES	64,03	7,82
DESPUES	121,80	9,71
$t = 43,27$		
$g.l. = 61$		
$p < 0.001$		

En la tabla 2, gráfico 7, la confrontación de los resultados del antes y después de la aplicación del programa de tratamiento, en lo concerniente al “sí mismo de Identidad”, evidencia una mejor visión del sí mismo como objeto, en su esencia personal, en la aceptación del nombre y símbolos que lo identifican.

TABLA 3

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL SI MISMO DEL COMPORTAMIENTO ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

EL SÍ MISMO DEL COMPORTAMIENTO	Media	Sx
ANTES	63,59	7,49
DESPUES	120,23	9,30
$t = 45,708$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

En la Tabla 3, gráfico 8, referido al “sí mismo del comportamiento” los resultados reflejan una mejoría significativa en cuanto al grado de satisfacción que el paciente tiene consigo mismo. Esto constituye la base para el sentimiento de autoestima que la persona va generando en su desarrollo personal.

TABLA 4

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL SI MISMO DE JUICIO ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA

SÍ MISMO DE JUICIO O VALORATIVO	Media	Sx
ANTES	63,66	6,64
DESPUÉS	121,31	8,59
$t = 51,12$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

Finalmente, la Tabla 4, gráfico 9, en la evaluación ulterior del “sí mismo de juicio o valorativo” los datos reflejan una mejoría significativa en la percepción que tiene el individuo en cuanto a sus logros y eficacia en los pasos que implican el proceso de recuperación. Esto evidencia el impacto del Programa en el grado de satisfacción del paciente, a lo largo del tratamiento, al ir concretando sus logros a través de los repertorios cognitivos y conductuales aprendidos en su recuperación.

Estos resultados altamente significativos en las diferentes áreas de la

Dimensión Intrapersonal del Autoconcepto demuestran la aceptación de la hipótesis específica HA 2.

AUTONCEPTO : DIMENSION INTERPERSONAL

TABLA 5

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL SI MISMO FISICO ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

SÍ MISMO FÍSICO	Media	Sx
ANTES	37,33	7,35
DESPUES	74,98	6,71
$t = 36,57$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

En relación al “Sí mismo Físico” los resultados que se observan en la Tabla 5, gráfico 10, confirman una mejora significativa en la percepción que los pacientes tienen de ser objetos de evaluación por los demás en esta área, sobre todo en lo que respecta a sus atributos físicos y su estado de salud en general. Esta mejora evidencia el efecto del Programa al reestructurar sus hábitos de cuidado físico y alimenticio así como de la retroalimentación de la familia y el personal al reconocer dichos cambios.

TABLA 6

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL SI MISMO MORAL ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

SI MISMO MORAL-ÉTICO	Media	Sx
ANTES	39,73	4,92
DESPUÉS	70,69	6,29
$t = 34,50$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

En él *Si mismo moral-ético* (Tabla 6, gráfico 11) apreciamos que los pacientes evidencian una mejora significativa en la percepción que ellos tienen de ser evaluados por su entorno en cuanto a sus comportamientos vinculados al cumplimiento de principios y valores que demanda la sociedad. Esto refleja la influencia del Programa terapéutico caracterizado por su normatividad y sistematización y la incorporación de valores funcionales acordes a lo esperado por la sociedad.

TABLA 7

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL SI MISMO PERSONAL ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

SI MISMO PERSONAL	Media	Sx
ANTES	39,68	4,76
DESPUÉS	70,39	6,14
$t = 35,53$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

La Tabla 7, gráfico 12, referente al *Si mismo personal* se evidencia una mejora significativa que refleja la percepción que tienen los pacientes en cuanto objeto de observación por los demás en la consecución de logros y habilidades de afrontamiento ante situaciones críticas en su proceso de recuperación. La contribución del programa en esta área se evidencia en función a la periódica retroalimentación a los pacientes acerca de sus logros en las diferentes etapas del proceso, generando en ellos una mayor confianza en sí mismo e incrementando su nivel de autoeficacia.

TABLA 8

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL SI MISMO FAMILIAR ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

SÍ MISMO FAMILIAR	Media	Sx
ANTES	33,90	5,66
DESPUES	75,06	7,52
$t = 36,58$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

En la Tabla 8, gráfico 13, referida al *Sí mismo familiar* se aprecia un incremento significativo en cuanto al sentimiento de adecuación y pertenencia familiar que los pacientes perciben tener por parte de sus parientes cercanos. Esto refleja el efecto del trabajo paralelo con los miembros del hogar que acompañan durante el proceso de recuperación al adicto, recibiendo orientación en cuanto a la forma de apoyar psicológicamente al paciente e incorporar estrategias de manejo de su ansiedad generada por el consumo de su familiar.

TABLA 9

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL SI MISMO SOCIAL ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

SÍ MISMO SOCIAL	Media	Sx
ANTES	40,65	5,47
DESPUES	72,21	5,88
$t = 32,21$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

Respecto al *Sí mismo social* (Tabla 9, gráfico 14) los pacientes manifiestan una mejora significativa en cuanto a la percepción que creen tener por parte de los que le rodean en su funcionalidad e integración social. Esta mejora evidencia el efecto del Programa Terapéutico al reforzar al paciente a través de todo el equipo profesional y compañeros de tratamiento por los logros en la incorporación de normas que le permiten una convivencia funcional con los demás.

Los resultados obtenidos en las diferentes áreas de la Dimensión Interpersonal nos lleva a concluir la aceptación de la hipótesis específica HA 3.

PROCESOS DE CAMBIO

PROCESOS COGNITIVOS

TABLA 10

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL PROCESO DE AUTOCONCIENCIACION ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

AUTOCONCIENCIACION	Media	Sx
ANTES	4,84	1,19
DESPUÉS	10,19	1,07
$t = 29,09$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

Los resultados de la Tabla 10, gráfico 15, reflejan una diferencia significativa en el grado de autoconcienciación lo que sugiere un avance en el procesamiento de la información acerca de las consecuencias negativas de la conducta adictiva y

los beneficios del cambio, lo que favorece su avance progresivo en los estadios de motivación.

TABLA 11
PUNTAJES EN EL NIVEL DEL PROCESO DE RELIEVE DRAMATICO ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

RELIEVE DRAMATICO	Media	Sx
ANTES	5,36	1,06
DESPUÉS	10,68	1,25
$t = 30,72$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

La evaluación del impacto de la conducta adictiva en la salud física y emocional (Tabla 11, gráfico 16) también refleja una mejora significativa, recordando que dicho proceso tiene una influencia trascendente en el avance de los primeros estadios hacia la acción para abandonar la conducta adictiva. Estos resultados reflejan el efecto del Programa al analizar con el paciente las consecuencias nefastas del consumo en lo que respecta su salud física y estabilidad emocional.

TABLA 12
PUNTAJES EN EL NIVEL DEL PROCESO DE AUTORREEVALUACION ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

AUTORREEVALUACION	Media	Sx
ANTES	4,69	1,22
DESPUES	10,57	1,21
$t = 29,78$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

En la Tabla 12, la autorrevaluación, proceso caracterizado por la evaluación de los conflictos de la conducta actual y sus objetivos de vida, también evidencia una mejora significativa lo que será de influencia determinante en la evolución de los estadios de cambio de la conducta adictiva, sobre todo para ingresar en el estadio de acción. La contribución del Programa Cognitivo Conductual en esta área se explica por el análisis de las consecuencias de su conducta adictiva en sus metas generales y objetivos motivando al paciente a la decisión auténtica del cambio.

TABLA 13

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL PROCESO DE REEVALUACIÓN AMBIENTAL ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

REEVALUACIÓN AMBIENTAL	Media	Sx
ANTES	4,98	1,27
DESPUÉS	10,26	1,24
$t = 27,78$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

En cuanto al proceso que implica la evaluación del impacto de la conducta adictiva en su relación familiar y social (Tabla 13, gráfica 18) se observan diferencias significativas que reflejan la influencia del Programa Terapéutico en el avance del compromiso del abandono de la conducta adictiva. El efecto del Tratamiento en este concepto se evidencia en la toma de conciencia del impacto negativo de la conducta adictiva en sus relaciones afectivas con los miembros de su familia o de su entorno social.

TABLA 14

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL PROCESO DE LIBERACIÓN SOCIAL ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

LIBERACIÓN SOCIAL	Media	Sx
ANTES	5,02	1,05
DESPUES	10,40	1,15
$t = 28,98$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

El proceso de liberación social (Tabla 14, gráfico 19) también se verá diferenciado con la aplicación del programa terapéutico evidenciando un avance significativo en el reconocimiento y creación de alternativas para el cambio de la conducta adictiva y su consolidación, siendo consciente de las oportunidades existentes para el cambio.

PROCESOS CONDUCTUALES

TABLA 15
PUNTAJES EN EL NIVEL DEL PROCESO DE CONTROL DE ESTIMULOS ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

CONTROL DE ESTIMULOS	Media	Sx
ANTES	4,76	1,11
DESPUÉS	10,89	1,36
$t = 35,78$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

En cuanto a la identificación de los estímulos de alto riesgo y planteamiento de alternativas (Tabla 15, gráfico 20) los pacientes reflejan, por los resultados, una mejora significativa en dicha habilidad lo que irá consolidando el estadio de mantenimiento. El efecto del Programa en este proceso radica en la incorporación de estrategias para poder distinguir las diferentes situaciones o eventos que generan el deseo de consumo, discriminando su potencial de riesgo para el manejo pertinente.

TABLA 16
PUNTAJES EN EL NIVEL DEL PROCESO DE AUTOLIBERACION ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

AUTOLIBERACION	Media	Sx
ANTES	4,74	0,92
DESPUÉS	10,82	1,21
$t = 36,56$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$		

En el proceso de autoliberación (Tabla 16, gráfico 21) los datos reflejan una diferencia significativa en el antes y después de la aplicación del programa terapéutico, evidenciando una mayor conciencia en la capacidad y compromiso de cambio en la conducta adictiva. Dicho proceso evidencia mejora por el efecto del Programa al promover en el adicto en recuperación la capacidad de protagonismo en el cambio de la conducta adictiva.

TABLA 17

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL PROCESO DE CONTRACONDICIONAMIENTO ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

CONTRACONDICIONAMIENTO	Media	Sx
ANTES	4,58	1,19
DESPUES	10,52	1,30

$t = 29,63$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$

Los resultados obtenidos en la evaluación de este proceso (Tabla 17, gráfico 22) reflejan una mejora significativa en la sustitución de las conductas adictivas por conductas funcionales que señalan consistencia y progresos del estadio de acción al de mantenimiento. Esta mejora refleja la incorporación de repertorios conductuales y cognitivos para la consecución de sus metas y objetivos en su vida actual y futura.

TABLA 18

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL PROCESO DE MANEJO DE CONTINGENCIAS ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

MANEJO DE CONTINGENCIAS	Media	Sx
ANTES	4,79	1,03
DESPUES	10,98	1,17

$t = 36,37$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$

En la Tabla 18, gráfico 23, se aprecia que los reconocimientos dados por el entorno y la satisfacción de sí mismo frente a ellos se verán significativamente diferenciados lo que refuerza la motivación de cambio del paciente.

TABLA 19

PUNTAJES EN EL NIVEL DEL PROCESO DE RELACIONES DE AYUDA ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA

RELACIONES DE AYUDA	Media	Sx
ANTES	4,82	1,08
DESPUÉS	10,74	1,06

$t = 37,43$ $g.l. = 61$ $p < 0.001$

En cuanto al reconocimiento del apoyo de la red familiar o amical (Tabla 19, gráfico 24) para el proceso de recuperación y abandono de la conducta adictiva, los puntajes evidencian diferencias significativas lo que sugiere el avance sólido en la toma de conciencia de la importancia que da el paciente al aporte del apoyo familiar y social en este proceso.

Los resultados evidenciados en los diferentes procesos de cambio confirman la Hipótesis General y específica HA 4 de la investigación.

DISCUSIÓN

De acuerdo al objetivo general relacionado a la variable *autoconcepto global*, los resultados obtenidos en la evaluación del nivel de autoconcepto global, antes y después de la aplicación del Programa Terapéutico, evidencian diferencias altamente significativas lo que refleja la mejora en el cambio de la percepción del sí mismo ya evidenciadas en el estudio de Rodríguez (1997) en el que encontró resultados similares. Asimismo eso confirma lo planteado por Bandura(1999) al señalar que en función a la incorporación de habilidades de manejo de situaciones de riesgo y la progresiva convicción de cambio, la percepción que tenga el adicto en lo que respecta a su autoeficacia y de sí mismo tendrá una influencia positiva en el proceso de recuperación.

Estos resultados también pueden explicarse en función a que los objetivos y estrategias del Programa aplicado estuvieron dirigidos a que el paciente revalorice y tenga una lectura diferente, funcional de la experiencia vivida la cual le permitió tener una lectura diferente no sólo de su pasado sino de su presente y futuro. Como señala Beck(1996) el objetivo nuclear es que la persona en recuperación reestructure la percepción de las áreas desbastadas por el consumo de sustancias y a su vez se plantee metas objetivas que le permitan reintegrarse funcionalmente en la sociedad.

La creencia que fue incorporando el paciente es la de prescindir de las drogas de manera permanente y disfrutar de los placeres naturales que fueron debilitados por el placer químico de la sustancia. Esta percepción, una vez más, se vio favorecido al incorporar una serie de repertorios conductuales que le permitieron ir logrando sus objetivos en las diversas áreas de su desarrollo.

Luego de la aplicación del programa, observamos cambios relevantes lo cual puede entenderse en función a que el programa terapéutico, de acuerdo a lo sugerido por Wasthon (1996), fue estructurado, sistematizado y con normas claramente establecidas. Dichas normas se reflejaron en el programa de actividades del paciente, la puntualidad en las terapias, las pautas en la evitación de los estímulos de alto riesgo, etc. Estos parecen haberse incorporando en los pacientes, lo cual fue base para la reestructuración del autocontrol.

En conclusión podemos apreciar, por los resultados obtenidos en la Evaluación de la Dimensión Intrapersonal e Interpersonal, antes y después de la aplicación del Programa Terapéutico, cambios altamente significativos no sólo en lo cuantitativo sino en lo cualitativo en cada uno de los sí mismos de dicha Dimensión del Autoconcepto.

Estos resultados no hacen más que confirmar las investigaciones realizadas por Oliver y Llerena (1979), Jerí (1984), Rodríguez (1986), Coderch (1987) y Sultker (1994) quienes señalan que a medida que el consumo se va incrementando el sujeto va perdiendo interés en su cuidado físico, apariencia y salud. Es por está razón que irá predominando el desaliño y la posible aparición de algunas enfermedades físicas.

Como resultado de la aplicación del programa podemos apreciar cambios significativos que pueden argumentarse por la gradual incorporación de normas que implicó el tratamiento, esto permitió al paciente discriminar lo adecuado de lo inadecuado. Asimismo, la solidaridad y el apoyo a través de la terapia de grupo de sus acciones fueron reforzando esta área. La Familia y amigos a su vez cumplieron un rol importante en este sí mismo al expresar su reconocimiento no sólo en la abstinencia sino por los cambios en otros aspectos de su personalidad.

En un segundo momento, luego del Programa Terapéutico, los cambios reflejados se argumentan por que en dicho Programa las metas implicaron cambios integrales en las áreas desbastadas por el consumo: física, familiar, laboral, etc.; esto generó en el paciente la revalorización de su capacidad de control y de adecuación, percibiéndose productivo y útil para sí mismo y para los demás.

Cabe señalar, que si bien los cambios resultan significativos en ambas dimensiones, en la Dimensión Intrapersonal los sí mismos del comportamiento y

de juicio evidenciaron un cambio mayor. En la Dimensión Interpersonal se aprecia algo similar en los sí mismos Familiar, físico y personal.

En relación al objetivo *estadios de cambio*, como mencionamos, Prochaska y Diclemente (1984), señalan que la evolución en la motivación de cambio de la conducta adictiva se va a ver reflejada en la evolución y cambio de los procesos cognitivos y conductuales inmersos en este proceso. Es por esta razón que a continuación discutiremos los resultados considerando por separado los Procesos cognitivos y los Conductuales.

Se considera dentro de los *procesos cognitivos*: autoconcienciación, relieve dramático, autorrevaluación, reevaluación ambiental, liberación social.

Por los resultados obtenidos en cada una de estos procesos, antes de la aplicación del programa, apreciamos puntajes que evidencian serias limitaciones en la acción de los mismos, de tal manera que pueden haber influenciado en la demora de la decisión de cambio en el abandono de la conducta adictiva. Esto refleja inicialmente poca conciencia de enfermedad y de visualización de la conducta adictiva como un problema a tratar, primando en la persona mecanismos psicológicos que protegen su consumo tales como la racionalización, negación, minimización y manipulación entre los más relevantes.

Luego de la aplicación de la Fase Pre - Nuclear del programa, en la cual se hace uso de la Entrevista motivacional sugerida por Miller y Rollnick (1999), podemos apreciar cambios altamente significativos que evidencian la evolución en los estadios de cambio dándose un cambio consciente de la conducta adictiva.

Esto puede explicarse en función a las estrategias utilizadas en las reuniones individuales y grupales en las cuales inicialmente se tuvo como objetivo la construcción de la motivación de cambio a través de reflexiones que permitieron evaluar las ventajas y desventajas del consumo de sustancias, debilitando la ambivalencia del paciente asumiendo una decisión clara en la aceptación del proceso de recuperación. Esta decisión se vio reforzada por la evaluación objetiva de las consecuencias del consumo en cada una de las áreas del comportamiento y por la actitud consistente de la familia y del equipo profesional al valorar su gradual conciencia de enfermedad.

Cómo **procesos conductuales** se considera la autoliberación, relaciones de ayuda, control de estímulo, contracondicionamiento y manejo del refuerzo. En dichos procesos se observan diferencias altamente significativas, evidenciándose al inicio en el grupo de pacientes poca confianza en el cambio y escasas destrezas para manejar situaciones de alto riesgo así como las conductas abiertas y encubiertas como consecuencia del consumo de sustancias. Como señala Prochaska y Diclemente (1984), aún el paciente en los estadios iniciales de cambio: precontemplativo y contemplativo, no cuenta con repertorios que le permitan manejar su ansiedad por consumir lo cual se ve reforzado por la idea errada de saber manejar los estímulos de alto riesgo.

Luego de la aplicación del programa se observaron cambios significativos que evidenciaron no sólo la gradual conciencia de enfermedad sino a su vez el hacer uso de recursos de apoyo como los familiares, amigos u otros para sobrellevar el proceso. Asimismo la incorporación gradual de habilidades de autocontrol para el manejo de los estímulos de alto riesgo mejoró en ellos su autoeficacia obteniendo el reconocimiento de los familiares y personas allegadas a su tratamiento. Recordemos que al evolucionar en estos procesos los pacientes fueron comprometiéndose de forma práctica con el mantenimiento de la abstinencia.

En función al análisis general de los procesos de cambio podemos concluir que se dio la evolución en los estadios, reflejados en los puntajes obtenidos en la media antes y después de la aplicación del programa de tratamiento.

REFERENCIAS

- Anastasi, A. (1982). *Psychological testing*. Nueva York: MacMillan
- Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martinez Roca.
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T. (1996). *Cognitive therapy and cocaine abuse*. New York: The Guilford Press.

- Cordech, J. (1987). *Psiquiatría*. Barcelona: Siglo XXI.
- Fits, W. (1992). *Manual for the Tenesse Self Concept Scale*. Tenesse: Pergamon.
- Jerí, R. (1984). *Rasgos disociales en el consumidor de cocaína*. *Revista Peruana de la Sanidad de las Fuerzas Policiales*, 23, 23-32.
- Lizarraga, I. (1999). Adaptación del inventario de procesos de cambio. *Revista Peruana Adicciones*, 2, 16-20.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Oliver, E., & Llerena, S. (1979). *Estudio epidemiológico de los farmacodependientes al alcohol y pasta básica de cocaína en trabajadores hospitalizados en la seguridad social*. Lima: Inedito.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boudaries of treatment*. New York: The Guilford Press.
- Rodríguez, E. (1986). *Autoconcepto en pacientes farmacodependientes*. Lima: Tesis para optar el grado de bachiller en psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Rodríguez, E. (1997). *Influencia de la terapia comportamental cognitiva en el autoconcepto en residentes dependientes a sustancias psicoactivas de la C.T.P. de Ñaña*. Lima: Tesis para optar el grado de magister en psicología de la Universidad Inca Garcilazo de la Vega.
- Sultker, R. (1984). Self esteem theory of drug abuse. *Research of Monograph Series Theories on Drug Abuse*, 45(2), 167-177.
- Washton, A. (1996). *Psicoterapia en el abuso de sustancias*. Buenos Aires: Paidós.

ANÁLISIS DE LOS COMPORTAMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL CONSUMO DE DROGAS EN NICARAGUA¹

Rafael Ballester Arnal
Universitat Jaume I de Castelló, España

M^a Dolores Gil Llario
Universitat de València. Estudi General, España

RESUMEN

Este artículo analiza el problema del consumo de drogas en Nicaragua ofreciendo los resultados de una investigación epidemiológica en la que se analiza la prevalencia de los comportamientos y actitudes relacionadas con el consumo de drogas en niños, adolescentes y jóvenes (3 a 22 años) en el Norte de Nicaragua. El total de población encuestada fue de 670 personas. Se les administró el Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS) de Ballester y Gil (1999). Algunos resultados muestran que ya a los 11-12 años un 5,8% de los niños/as reconocen haber probado drogas, sin incluir el alcohol ni el tabaco. A los 15-16 años el porcentaje se sitúa en el 8,5%. La mayor prevalencia se da a los 17-18 años en el que un 36,5% de los jóvenes manifiesta haber consumido drogas. En todas las edades se observa un bajo grado de información y actitudes poco saludables por lo que respecta al consumo de drogas.

Palabras clave: Comportamientos, actitudes, consumo, drogas, Nicaragua

¹ Este trabajo ha sido posible en parte gracias a una subvención de la Universitat Jaume I de Castelló-Fundació Bancaixa al proyecto de investigación P1-1B2002-19 y de la Presidencia de la Generalitat Valenciana al Proyecto de Cooperación Internacional 2001/3018.

Correspondencia a: Rafael Ballester Arnal, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universitat Jaume I de Castellón, Avda. Sos Baynat, s/n 12071 – Castellón. E-mail: rballest@psb.uji.es

ABSTRACT

This paper examines the problem of drug consumption in Nicaragua presenting the results of an epidemiologic research about the prevalence of behaviours and attitudes related to drugs consumption in children, adolescents and young people (3 to 22 years old) in North Nicaragua. The sample was composed by 670 subjects. Health Related Information, Attitudes and Behaviours Questionnaire (CIACS) (Ballester & Gil, 1999) was administered to sample. Some results evidence that 5,8% of children 11-12 years old admit to have consumed drugs, not including alcohol and tobacco. The percentage in adolescents 15-16 years old is 8,5%. The most prevalence appears in young people 17-18 years old where 36,5% report to have consumed drugs. A low level of information and unhealthy attitudes towards drugs consumption are identified.

Key words: Behaviours, attitudes, consumption, drugs, Nicaragua

INTRODUCCIÓN

A pesar de que las diferencias metodológicas entre los estudios realizados sobre la prevalencia del consumo de drogas en distintos países hacen difícil establecer comparaciones, una conclusión general parece bastante evidente: el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo muestra una tendencia hacia el aumento, especialmente en los países en vías de desarrollo, llegando a cifrarse en 184 millones las personas que consumirían con cierta frecuencia estas sustancias, excluyendo el alcohol y el tabaco (Pérez, 2004).

Más específicamente, el hecho de que Nicaragua constituya una región de tránsito de drogas hacia el norte de América, unido a sus condiciones tanto económicas como político-sociales, han hecho que en estos últimos años aumente de manera preocupante el consumo de diferentes sustancias psicotrópicas en este país.

Como siempre ocurre, el consumo de determinadas drogas en este país, está unido a factores sociales que evolucionan con el tiempo. Por ejemplo, llama la atención el consumo de marihuana en los años previos a la revolución sandinista. La marihuana era bastante común en determinadas zonas rurales del país, si bien

su consumo solía ser puntual sin llegar a representar en ningún momento un problema relevante. Tras la revolución en la década de los ochenta se remarcaría el aumento en el consumo de alcohol. La situación de posguerra, el clima de desesperanza así como las consecuencias psicológicas de la guerra pudieron influir para que aumentara notablemente este consumo. Por otro lado, al problema de la ingesta abusiva de alcohol hay que unir el precario estado en el que quedó el tejido asistencial tras la guerra en Nicaragua, que se perpetúa hasta día de hoy y que hace que no exista cobertura sanitaria para este tipo de patologías. Sin embargo la mayor gravedad en el consumo de drogas se detecta en los noventa. En estos años se observa un mayor incremento del consumo de diferentes drogas en Nicaragua. A principios de esta década, al tiempo que continúan los problemas socio-económicos del país, el clima social se desmilitariza existiendo un menor control social, militar y policial, lo que facilita el tráfico de drogas y a su vez el consumo de las mismas (Ballester, Baquero, Arrufat & Guirado, 2004).

Según datos del Departamento de Prevención del Consumo de Drogas (INEC/MINSA, 2002), unos 17.000 nicaragüenses consumen algún tipo de sustancia psicotrópica. La distribución según esta fuente sería la siguiente: 12.000 consumirían marihuana, crack o cocaína y cerca de 5.000 consumirían inhalantes. Cabe comentar, no obstante, la baja fiabilidad y validez de estos datos, ya que la gran mayoría de estudios epidemiológicos obvian a los menores (en el caso de incluirlos se limitan a menores escolarizados, cuando los índices de desescolarización son en algunas zonas del país son cercanos al 50%) y se realizan entre los usuarios de diferentes servicios asistenciales para drogodependientes, a los que no acceden de ninguna manera la mayor parte de este colectivo por diversos motivos como la escasez de recursos, la baja accesibilidad geográfica, etc. (Ballester, Gil, Baquero & Villanueva, 2004).

Quizás uno de los factores que más influye en la situación en que se encuentra la sociedad nicaragüense actualmente frente al problema del consumo y tráfico de drogas, es la precariedad económica. Nicaragua se sitúa entre los primeros países del mundo en cuanto a pobreza. Además, no existe a día de hoy ningún programa del gobierno nicaragüense orientado al tratamiento de las drogodependencias, por lo que son diferentes ONG'S las que suplen en la medida de lo posible estas necesidades, así como tantas otras.

Según el Informe Nacional de Seguimiento a la Cumbre Mundial de la Niñez, realizado por el gobierno de Nicaragua en el 2002, tan sólo en el distrito de Managua

se detectaron 1.300 casos de niños consumidores de inhalantes. En 1990 se habían detectado 200 niños, en 1993 fueron 300 y en 1994, 980 niños (Save the Children, 2002). Datos como éstos informan acerca de la verdadera gravedad y progresión de esta problemática.

La enorme disponibilidad de estas sustancias, en especial de los inhalantes (principalmente colas y pegamentos), unido a su bajo coste (4-5 córdobas, esto es, 0,5 US \$ el bote de cola y unos 10 córdobas, esto es, 1 US \$ para dos o tres piedras de crack) y a otros aspectos como la escasez de recursos, la corrupción policial, el nulo control sociosanitario, etc., hace que este problema alcance día a día mayor magnitud en la sociedad nicaragüense. La mayoría de consumidores son jóvenes de barrios y zonas marginales.

Además de estos factores, existen otros que podrían guardar relación con el consumo de sustancias en Nicaragua. La precariedad social existente conlleva un enorme número de menores en situación de riesgo: huérfanos, niños abandonados por su familia, prostitución infantil, etc. Esto hace que los niños y los adultos jóvenes sean los principales afectados por estos problemas constituyendo el principal grupo consumidor de sustancias psicotrópicas, especialmente inhalantes y el crack (Ballester, Baquero, Arrufat & Guirado, 2004).

Finalmente no hay que olvidar factores concomitantes al consumo de drogas, entre los que se encuentran problemas como el ingreso en prisión de menores por delitos cometidos por/para su adicción (robos, peleas, asesinatos) o el número creciente de casos de tuberculosis, afecciones cardiopulmonares y trastornos mentales asociados al uso/abuso de estas sustancias con un enorme potencial psicopatológico y neurodegenerativo. Las investigaciones detectan que hasta un 40% de los ingresos en hospitales psiquiátricos son debidos al consumo de sustancias psicotrópicas. Y desafortunadamente el problema de las drogas es sólo uno más de los que azotan a esta sociedad: desnutrición, analfabetismo, violencia, abusos sexuales y VIH-SIDA, son otros problemas que además de tener entidad en sí mismos, se relacionan con el consumo de drogas.

MÉTODO

Diseño

Nuestra investigación sigue un diseño de estudio descriptivo de tipo transversal en el que se analiza la prevalencia de los comportamientos relacionados con el consumo de drogas en grupos de sujetos de diferentes edades, desde la infancia hasta la juventud. Por lo tanto, comprende un amplio segmento de edades que va desde los 3 años hasta los 22 años.

Muestreo realizado: sujetos

Nuestro estudio epidemiológico ha sido llevado a cabo en los Departamentos de Estelí (con capital departamental en la ciudad de Estelí) y Nueva Segovia (con capital departamental en la ciudad de Ocotal) en el Norte de Nicaragua. Una de las características de esta región de Nicaragua es la alta dispersión de la población residente, la cual se sitúa no sólo en las zonas urbanas, sino de forma muy importante en poblados y comunidades rurales, a veces de muy reducido tamaño. Siguiendo los últimos estudios municipales realizados sobre ordenamiento urbano en el año 1995, consideraremos como población urbana aquellos asentamientos de más de 25.000 habitantes y como población rural los asentamientos de menos de 25.000 personas.

Según los estudios mencionados, el número de población en ambos departamentos sería en el momento en que se realizó el muestreo aproximadamente el siguiente:

1. Departamento de Estelí:
 - Zona rural: 11.237 habitantes
 - Zona urbana: 31.209 habitantes
2. Departamento de Nueva Segovia:
 - Zona rural: 406 habitantes.
 - Zona urbana: 12.309 habitantes.

Teniendo en cuenta esto, para el estudio epidemiológico realizamos un muestreo estratificado por edades encuestando al 1% de la población que quedaba dentro del rango entre 3 y 22 años. Las variables consideradas en la elección de la

muestra de población fueron las siguientes: sexo (hombre/mujer), edad (desde los 3 a 22 años) y zona de residencia (rural o urbana).

De este modo la muestra utilizada en nuestro estudio queda reflejada de la siguiente forma:

Departamento de Estelí:

-Zona rural:

De 3 a 9 años: 17 hombres y 5 mujeres.

De 10 a 14 años: 17 hombres y 6 mujeres.

De 15 a 22 años: 25 hombres y 22 mujeres.

-Zona urbana:

De 3 a 9 años: 54 hombres y 56 mujeres.

De 10 a 14 años: 59 hombres y 62 mujeres.

De 15 a 22 años: 83 hombres y 103 mujeres.

Departamento de Nueva Segovia:

-Zona rural:

De 3 a 9 años: 5 hombres y 6 mujeres.

De 10 a 14 años: 6 hombres y 5 mujeres.

De 15 a 22 años: 11 hombres y 6 mujeres.

-Zona urbana:

De 3 a 9 años: 17 hombres y 15 mujeres.

De 10 a 14 años: 18 hombres y 18 mujeres.

De 15 a 22 años: 24 hombres y 30 mujeres.

El total de población encuestada fue pues de 670 personas. En la tabla 1 presentamos la estratificación de la muestra en función del Departamento, entorno rural o urbano, sexo y edad.

Tabla 1.

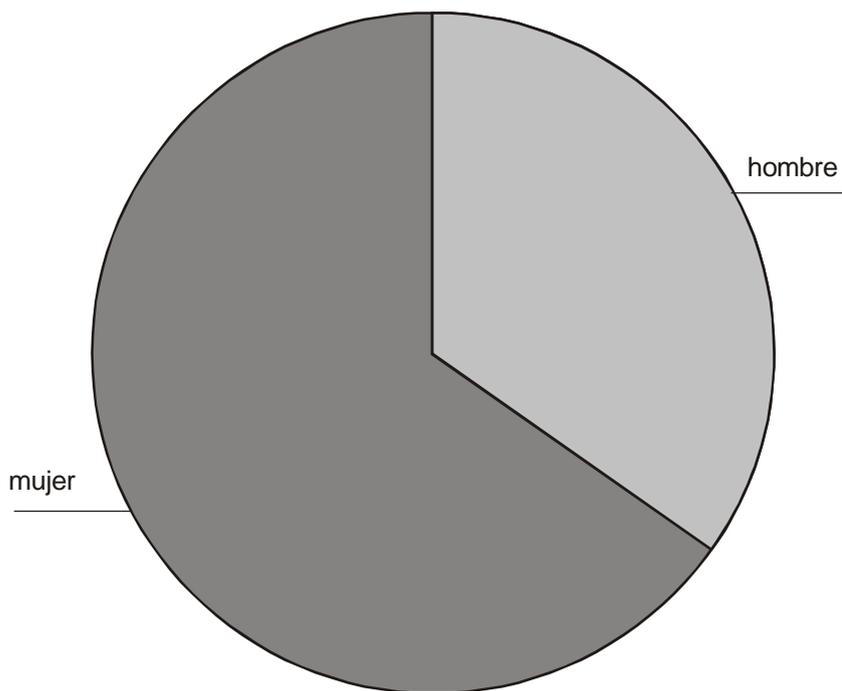
Distribución de la muestra en función del sexo, edad y lugar de residencia.

Edad	Estelí (N= 509)				Nueva Segovia (N=161)			
	Rural (N=92)		Urbana (N= 417)		Rural (N=39)		Urbana (N= 122)	
	Hombres (N=59)	Mujeres (N=33)	Hombres (N=196)	Mujeres (N=221)	Hombres (N=22)	Mujeres (N=17)	Hombres (N=59)	Mujeres (N=63)
3-9 (N=175)	17	5	54	56	5	6	17	15
10-14 (N= 191)	17	6	59	62	6	5	18	18
15-22 (N= 304)	25	22	83	103	11	6	24	30

En la figura 1 es posible observar la distribución de la muestra total en función del sexo de los encuestados.

Gráfica 1.

Distribución de la muestra por sexo



Instrumento

El instrumento de evaluación utilizado para la realización de este estudio epidemiológico fue el Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS), desarrollado por Ballester y Gil (1999). Este cuestionario fue desarrollado para su aplicación en España con un fin similar al que pretendimos con esta investigación. Se trataba de realizar un estudio epidemiológico en la Comunidad Valenciana (España), en el período de edad comprendido entre los 3 y los 22 años, para evaluar los hábitos de salud de la población general en aspectos muy diversos. El cuestionario tiene tres versiones distintas en función de las edades de aplicación:

CIACS 1: Destinado a padres y madres de niños/as de entre 3 y 8 años. Consta de 55 ítems.

CIACS 2: Destinado a niños/as de entre 9 y 14 años. Consta de 139 ítems.

CIACS 3: Destinado a adolescentes/jóvenes entre 15 y 24 años. Consta de 188 ítems.

Las tres versiones incluyen ítems relacionados con hábitos muy diversos de salud y conducta social entre los que se encuentran: higiene, sueño, ejercicio físico, alimentación, sexualidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y de otras drogas, comportamientos violentos, roles sexuales y otros temas. En este artículo ofrecemos los resultados relativos a los ítems que tienen que ver con el consumo de drogas y que aparecen en las tablas de resultados.

El formato de respuesta del CIACS es variado según los ítems. Así, la respuesta a los primeros ítems se da en una escala tipo Likert con las categorías de respuesta “Nunca, Algunas Veces, Bastantes veces, Siempre/Habitualmente y No Procede”. Para un segundo bloque de ítems las categorías de respuesta dentro de una escala tipo Likert son: “Nada de acuerdo, Algo de acuerdo, Bastante de acuerdo, Totalmente de acuerdo y No Procede”. Y para un tercer bloque de ítems la respuesta es abierta o de elección cerrada entre distintas alternativas.

Finalmente hay que decir que para desarrollar el presente estudio, se realizaron algunas adaptaciones de este cuestionario, tanto lingüísticas como de contenido con el fin de ajustarlo a la idiosincrasia cultural del país en el que se iba a aplicar. Un equipo de profesores de la Universidad del Norte de Nicaragua colaboraron generosamente en esta adaptación.

La fiabilidad del CIACS-I, CIACS-II y CIACS-III medida a través de su consistencia interna (alfa de Cronbach) es de 0,90, 0,85 y 0,93 respectivamente.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron administrados a la muestra comentada anteriormente de forma individual o colectiva por los becarios del proyecto de cooperación entre la Universitat Jaume I de Castellón y la Universidad del Norte de Nicaragua con la ayuda de algunos estudiantes del Curso de Posgrado en Intervención Familiar que profesores de de la mencionada Universidad impartieron en la Universidad del Norte de Nicaragua (UNN).

RESULTADOS

En este artículo expondremos los resultados relativos a los ítems cuyo contenido se refiere tanto a las drogas en general como a otras específicas como la marihuana o la cocaína, excluyendo al mismo tiempo el tabaco y el alcohol. Sí que hemos incluido, sin embargo, la adicción a fármacos de prescripción y la automedicación. En la exposición hemos agrupado los ítems referidos al comportamiento de la persona encuestada, sus actitudes y creencias, el comportamiento del grupo de amigos y el de su entorno familiar.

En las tablas 2 y 3 se presentan los porcentajes de respuesta a los diferentes ítems dados en los diferentes segmentos de edad, comenzando por el informe de los padres de niños entre 3 y 8 años y siguiendo por el autoinforme de niños, adolescentes y jóvenes entre 9 y 22 años.

Tabla 2.

Comportamientos y actitudes asociados al consumo de drogas (%)

ITEMS	3-5	6-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22
¿Has probado alguna vez una droga? (Si)			0	5,8	3,5	8,5	36,5	28,8	9,1
He tomado las siguientes drogas:									
- Hachis						40,9	33,3	31,8	31,8
- Marihuana						33,3	43,2	31	22,7
- Heroína						31,8	20,3	14,1	18,2
- Cocaína						31,8	20,3	25,3	22,7
- Anfetaminas						31,8	27	12,6	18,2
- Alucinógenos (LSD)						33,3	27	14,1	18,2
- Drogas de diseño (crack)						36,4	20,3	19,7	18,2
Cuando tomo drogas, lo que busco es:									
- Sentirme eufórico y divertirme			18,1	17,5	30,7	50,1	54	40	16,7
- Tener alucinaciones			5,3	59,2	52,7	26,7	49,9	11,1	33,3
- Subir mi autoestima			5,3	48,1	35,3	33,3	51,8	40	50
- Relacionarme con los demás			5,3	49,9	36,4	31,3	48,5	33,4	50
- Evadirme de los problemas			66,7	42,2	42,1	26,6	55,5	42,9	50
Consumir drogas es propio de la juventud						45,9	42,4	42,4	50
Estoy en contra del consumo de drogas						73,4	75	90,5	90
Tengo suficiente información sobre las drogas y sus efectos			7,9	55,8	57,1	71,4	64,4	71,2	79
Es mejor probar las drogas para poder hablar de ellas con conocimiento			40,5	31,4	38,9	21,6	42,9	38,4	22,3
Es muy difícil llegar a ser adicto a una droga			51,3	71,1	58	52,4	64,1	45,4	33,3
Las drogas son perjudiciales para la salud									
- Siempre			48,5	78,5	84,8	98,3	90,2	92,3	79
- Cuando las mezclas con alcohol			10,5	82,7	80	93	92,2	94,7	79
- Si mezclas muchas drogas			42,1	75,1	82,4	87,5	93,8	97,2	76,9
- Si consumes con frecuencia			5,6	73,4	84	89,5	97,4	93,8	75

Tabla 2. (Continuación)

- Si la calidad de la droga es mala	11,2	70	85,7	70,6	97,9	89,7	72,7		
- Si tienes baja resistencia	5,6	74	78,2	75	95,6	84,3	72,7		
- Si es demasiado pura	15,8	76	75,1	86,8	97,8	91,2	77		
No consumiría ningún tipo de drogas por miedo a sus efectos	49,9	51	76,8	79	75,9	66	80		
Las drogas generan violencia				98,4	88,4	98,3	100		
La presión de mis amigos me lleva a consumir drogas involuntariamente	2,6	9,1	7	8,1	18,7	13	5,6		
Si eres de una pandilla es normal tomar lo mismo que los demás	5,2	8,5	20,5	26,6	32,6	15,4	0		
¿Consumes drogas alguien de tu casa? (Si)	0	4,3	4,6	7,6	10,8	8,5	9,1		
En mi familia hay una actitud tolerante ante el consumo de drogas	5,9	44	40,9	50	60,9	54,2	20		
En casa se consumen con frecuencia psicofármacos	34,8	60,9							
En casa se consumen medicamentos sin prescripción médica	24,3	23,4	3	5,6	12,9	3,2	10,1	16,1	33,3
Si te han ofrecido drogas, ¿quién lo hizo?									
- Hermanos			1,7	0,9	4,5	14	28	0	
- Otros familiares			1,7	0,9	1,5	0	0	0	
- Amigos			1,7	1,9	6,1	16,2	12,6	4,5	

Tabla 3.

Consecuencias asociadas al consumo de distintas drogas (%)

ITEMS	3-5	6-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22
Consumir extasis puede llevar a:									
- Volverse loco						19,6	24,3	19,7	4,5
- Entrar en coma						7,5	4,1	1,4	18,1
- La muerte						18,1	9,5	7,0	13,6

Tabla 3. (Continuación)

Consumir speed puede				
llevar a:				
- Volverse loco	9,1	4,1	2,8	9,1
- Entrar en coma	4,5	9,5	1,4	4,5
- La muerte	18,1	14,8	11,2	22,7
Consumir cocaína puede				
llevar a:				
- Volverse loco	15,1	10,8	22,5	13,6
- Entrar en coma	6,1	2,7	4,2	4,5
- La muerte	18,1	28,4	8,4	18,1
Consumir LSD puede				
llevar a:				
- Volverse loco	4,5	1,3	1,4	4,5
- Entrar en coma	1,5	2,7	2,8	13,6
- La muerte	25,7	19,9	12,6	18,1
Consumir cannabis puede				
llevar a:				
- Volverse loco	3	16,2	4,2	9,1
- Entrar en coma	1,5	8,1	1,4	0
- La muerte	22,7	6,7	11,2	22,7

Comenzando por el comportamiento propio de los sujetos encuestados en relación con el consumo de drogas, hay que destacar que ya a los 11-12 años un 5,8% de los niños/as reconocen haber probado alguna vez una droga. A los 15-16 años el porcentaje es mucho mayor situándose en el 8,5% de los adolescentes. Pero el incremento en la prevalencia es sorprendente en el segmento de edad de 17-18 años en el que un 36,5% de los jóvenes, esto es, más de un tercio de la población de esta edad, manifiesta haber consumido alguna droga. Entre los jóvenes de 19-20 años el porcentaje aún se sitúa en el 28,8% y parece que a partir de esta edad disminuye la prevalencia del consumo de drogas, siendo del 9,1% entre los jóvenes de 21-22 años. Por si fuera poco, recordemos que en estos resultados estamos excluyendo el consumo de alcohol que ya se da en un 6,8% de los niños de 11-12 años y un 9,3% de los adolescentes de 13-14 años (Bravo, Edo y Ballester, 2004).

Al realizar análisis diferenciales en función del género (prueba chi cuadrado), no se observan diferencias significativas en el grupo de sujetos de 11-12 años (chicos=5,3%, chicas=6,1%, chi cuadrado=0,608), 13-14 años (chicos=3,3%, chicas=3,7%, chi cuadrado=2,031) ni 19-20 años (chicos=29,4%, chicas=28,6%,

chi cuadrado=0,004), pero sí en el grupo de 17-18 años en el que el 82% de los chicos afirmó haber consumido en alguna ocasión drogas, frente a tan sólo el 10% de las chicas (chi cuadrado=37,792, $p<0,000$). También en el grupo de 15-16 años las diferencias son notables (chicos=15,8%, chicas=3,6%, chi cuadrado=2,170), aún sin alcanzar significación estadística.

Con independencia del alcohol, si analizamos el tipo de drogas consumida, no sólo encontramos variaciones en función de la edad, sino que en el consumo de determinadas sustancias observamos algunos porcentajes mayores que los indicados anteriormente. Así, si obtuvimos que un 8,5% de los adolescentes de 15-16 años decían haber probado alguna vez alguna droga (dato que ya nos parecía preocupante), en la respuesta de estos mismos adolescentes ante el tipo de droga consumida encontramos que un 41% dijo haber consumido hachis en el pasado o estar haciéndolo en el momento de administración del cuestionario. Y los datos no son mucho más bajos en el consumo de otras drogas como el crack (36%), la marihuana y drogas alucinógenas (33%) y heroína, cocaína y anfetaminas con el 32% cada una de ellas. Tal vez la diferencia entre unos resultados y otros se deba a una cuestión de deseabilidad social ya que en este último ítem aparecía la posibilidad de contestar si se había consumido las distintas sustancias tóxicas en el pasado, algo que parece más fácil de reconocer que si simplemente se pregunta por si se ha probado alguna droga sin especificar si se sigue haciendo actualmente. En cualquier caso parece claro que los datos son alarmantes, especialmente si consideramos la edad de los sujetos.

En el siguiente sector de edad, entre los 17-18 años, es cuando parece darse una verdadera eclosión en el consumo de drogas. La droga más consumida es la marihuana (43%), seguida del hachis (28%) y las anfetaminas y alucinógenos (27%), sin dejar de lado las restantes que son consumidas por el 20% de los jóvenes de esta edad. A los 19-20 años, la primera sustancia de consumo es de nuevo la marihuana (31%), seguida esta vez por la cocaína (25%). Y finalmente, entre los jóvenes de 21-22 años, el hachis (32%), la marihuana (23%) y la cocaína (23%) son las tres drogas más consumidas. En resumen, a pesar de las diferencias entre los distintos grupos de edad, podemos concluir que la marihuana, el hachis, la cocaína y el crack son las sustancias tóxicas más consumidas por los adolescentes y jóvenes nicaragüenses, con índices de prevalencia muy elevados, especialmente en la adolescencia y primera juventud. Este hecho puede deberse a varias razones. Una de ellas podemos encontrarla con toda seguridad en la necesidad de pertenencia a un grupo que se da en los adolescentes, que utilizan las drogas como marca de unión o de vínculo con su grupo de referencia, es decir los amigos, pandilla, etc.

Por otra parte, es en estas edades cuando surge una mayor curiosidad por aquellas cosas prohibidas y el afán por descubrir nuevas sensaciones.

Al preguntar por las motivaciones que llevan a las personas encuestadas a consumir drogas nos encontramos con que entre los consumidores más pequeños de 9-10 años (segmento de edad en el que ningún niño había admitido haber probado ninguna droga) el motivo predominante, a mucha distancia de los restantes, es el de evadirse de los problemas, señalado por el 67% de quienes contestaron a este ítem. Entre los niños de 11-12 años, junto con esta motivación, ya aparece con fuerza otras como el intentar subir la autoestima o relacionarse con los demás (48%-49%), pero destaca como primera motivación la búsqueda intencionada de experimentar alucinaciones. Entre los adolescentes de 15-16 años se produce un cambio, ya que el sentirse eufórico y divertirse pasa a ser la primera motivación para consumir drogas. A partir de esta edad, la vivencia de nuevas sensaciones (en especial, alucinaciones) parece ser menos importante y por ejemplo, entre los jóvenes de 17 a 20 años, las tres motivaciones más importantes son la diversión, subir la autoestima y evadirse de los problemas. Finalmente, entre los más mayores (21-22 años) la búsqueda de sensaciones y la diversión parecen motivar menos para el consumo de drogas, siendo más importantes los motivos relacionados con la autoestima, la evasión de los problemas y la relación con los demás.

Sabemos que las actitudes y las creencias de los sujetos respecto a las conductas de salud tienen un papel fundamental en la génesis y mantenimiento de esas conductas. A este respecto hemos detectado algunas actitudes que podríamos etiquetar como de negativas o indeseables en los distintos segmentos de edad. Por ejemplo, entre un 42% y un 50% de los adolescentes y jóvenes de todas las edades consideran que consumir drogas es propio de la juventud, lo que denota una visión del consumo como algo completamente normal que forma parte del espectro de actividades natural de un joven.

En lo que se refiere a la percepción de estar informados respecto a los efectos del consumo de drogas, tan sólo un 7,9% de los niños de 9-10 años dicen estar bastante o muy informados. El porcentaje aumenta bruscamente a los 11 años, probablemente porque en la escuela se transmite cierta información al respecto, pero aún así entre los 11 y 14 años, casi el 50% de los sujetos indican no tener suficiente información respecto a las drogas. En las restantes edades los porcentajes de quienes se consideran bien informados se incrementan situándose entre el 64% y el 79%. Por tanto, parece que sigue quedando un importante porcentaje de jóvenes que necesitan mayor información a unas edades en las que el consumo de drogas

resulta muy frecuente como se ha visto anteriormente. En resumen, todos estos datos nos hablan de la necesidad expresada por los nicaragüenses de mayor información a través de campañas sanitarias o del mismo curriculum escolar.

Otro dato preocupante es que un porcentaje elevado de sujetos consideran que es mejor probar las drogas para después poder hablar de ellas con mayor conocimiento de causa. Así lo afirman ya el 40,5% de niños de 9-10 años y los porcentajes se sitúan entre el 22% y el 39% en las restantes edades. Esta idea justificaría un consumo exploratorio de las drogas para conocer sus efectos y podría iniciar el camino hacia una posible posterior adicción a las mismas. De hecho, en un rango que oscila entre el 45% de jóvenes de 19-20 años y el 71% de los niños de 11-12 años, la percepción de la amenaza de una posible adicción a las drogas es muy baja, al considerar que “es muy difícil llegar a ser adicto a una droga”. La escasa información de los adolescentes y jóvenes nicaragüenses y la escasa percepción de amenaza por lo que respecta a la posibilidad de llegar a desarrollar adicción a una droga, se ven complementadas y expresadas por la percepción de una baja gravedad de las consecuencias de tomar drogas en muchos sectores de edad. Así, entre los niños de 9-10 años, sólo el 48% consideran que las drogas son perjudiciales “siempre”. A los 11-12 años el porcentaje es del 78% y en las edades posteriores, la gravedad percibida va aumentando, aunque sigue encontrándose entre un 15-20% de sujetos que no consideran que las drogas perjudiquen la salud “siempre”. Elevados porcentajes en todas las edades condicionan ese carácter perjudicial para la salud a aspectos como “si la mezclas con alcohol”, “si consumes muchos años”, “si mezclas distintas drogas”, “si consumes con frecuencia”, “si tienes poca resistencia”, “si la droga es demasiado pura” o “si es de baja calidad”.

Además, en la tabla 2 se observa cómo cuando se pregunta acerca de si los encuestados consideran que drogas como el extasis, speed, cocaína, LSD y cannabis pueden tener como consecuencia “la locura”, “entrar en coma” o la propia “muerte”, muy pocos sujetos conocen que la mayor parte de estas drogas pueden tener estos efectos. En general, las drogas que se considera que pueden conducir a la “locura” con mayor probabilidad son el extasis y la cocaína. Las restantes se asocian en mayor medida a una posible muerte, mientras que la posibilidad de entrar en coma como consecuencia del consumo de las distintas drogas es muy poco percibida. Quizás como consecuencia de estos factores, en nuestro estudio hemos encontrado un bajo porcentaje de sujetos en todas las edades que aseguran que no consumirían ningún tipo de drogas por miedo a sus efectos. Tan sólo afirman esto entre el 50% de los niños de 9-10 años y el 80% de los jóvenes de 21-22 años, observándose

con la edad un incremento paulatino de la conciencia de peligrosidad en el consumo de drogas. Todas las creencias y actitudes comentadas anteriormente denotan la enorme falta de información objetiva y el nulo abordaje del problema de las drogas que se realiza desde los diferentes responsables de salud (gobierno, escuela, ministerio de educación, etc.) en Nicaragua.

En la introducción a este capítulo señalábamos que entre los efectos más peligrosos de las drogas no sólo se encontraban los referentes a la salud física. El consumo abusivo de drogas genera otro tipo de problemáticas como por ejemplo, la violencia. Afortunadamente, son una gran mayoría de los nicaragüenses entrevistados los que asocian el consumo de drogas a la violencia, con porcentajes que se sitúan entre el 88% y el 100% ente los sujetos de 15 a 22 años.

El comportamiento y las actitudes relacionados con la salud de quienes nos rodean nos influyen enormemente. Quizás en las primeras edades sean los padres los que ejercen un mayor poder de referencia sobre nosotros, para pasar después a ser los mismos amigos o individuos de nuestra edad. Por ello, preguntamos en nuestro estudio acerca de la posible influencia de este entorno sobre el comportamiento de los jóvenes. Sorprende encontrar que ya un 2,6% de niños de 9-10 años y un 9,1% de chicos de 11-12 años, manifiestan que la presión de sus amigos les lleva a consumir drogas involuntariamente y el porcentaje llega a ser del 18,7% entre los jóvenes de 17-18 años. De hecho, cuando preguntamos en el último ítem de la tabla, en el caso de que alguien les haya ofrecido drogas quién ha sido ese alguien, los mayores porcentajes corresponden a los amigos en casi todos los segmentos de edad. En concreto, esto es informado por el 1,7%-2% de los niños de 11 a 14 años, el 6% de los adolescentes de 15-16 años y el 13%-16% de los jóvenes de 17 a 20 años.

Un problema con el que se encuentra la sociedad nicaragüense es el de las “pandillas”: jóvenes sin recursos que se agrupan creando una identidad propia que en la mayoría de ocasiones gira en torno a robos, consumo de alcohol, inhalantes etc. y en los que el joven se crea un espacio de referencia. Pues bien, de acuerdo con los datos anteriores, entre un 5% y un 8% de los niños de 9 y 12 años ya consideran que “si eres de una pandilla es normal tomar lo mismo que los demás”. El porcentaje es mucho mayor en el segmento de 13-18 años, situándose entre el 20% y el 33%, por lo que se evidencia que en la adolescencia y primera juventud las pandillas parecen ejercer una mayor presión sobre los chicos y chicas en lo que a consumo de drogas se refiere.

Por lo que respecta al hogar, al preguntar a los sujetos que participaron en nuestro estudio si alguien de la casa consumía drogas, se obtienen porcentajes que oscilan entre el 4,3% de los niños de 11-12 años y el 11% de los jóvenes de 17-18 años. Por si este dato fuera poco, ya el 6% de los niños de 9-10 años manifiesta que en su familia hay una actitud tolerante ante el consumo de drogas y el porcentaje aumenta bruscamente al 44% entre los niños de 11-12 años, llegando a ser del 61% entre los jóvenes de 17-18 años. Estos datos se ven de nuevo confirmados por el hecho, de que cuando preguntamos acerca de quién les había ofrecido drogas, los propios hermanos suponían un porcentaje entre el 1%-2% en los adolescentes de 11 a 14 años, del 4,5% entre los adolescentes de 15-16 años y del 14%-28% entre los jóvenes de 17 a 20 años.

Para finalizar, quisimos explorar otro tipo de comportamiento que puede ejercer un efecto negativo en las familias nicaragüenses no sólo por sus propios efectos perjudiciales sobre la salud, sino también por su posible influencia en el consumo de otro tipo de sustancias. Nos estamos refiriendo al consumo de psicofármacos de prescripción y a la automedicación. Respecto a lo primero, hay que decir que entre un 35% y un 61% de los padres de niños entre 3 y 8 años informan que en el hogar se consumen psicofármacos con frecuencia. Los datos de que disponemos nos llevan a intuir que en la mayoría de los casos este consumo sería autoprescrito, esto es, no indicado por un médico especialista. En cualquier caso, nos están hablando de una gran prevalencia de problemas de salud mental entre los nicaragüenses, que les lleva a tomar sustancias fundamentalmente para intentar mejorar su estado de ánimo ante la dura realidad que les toca vivir. Por lo que se refiere a la automedicación, es decir, al consumo de fármacos sin prescripción médica, los porcentajes que se obtienen son, una vez más, alarmantes. Un 24% de padres de niños de 3 a 8 años afirman que este tipo de consumo es frecuente y este hecho ya es percibido por un 3% de los niños de 9-10 años o un 13% de los de 13-14 años.

CONCLUSIÓN

Como conclusión podemos decir que los resultados mostrados ponen de manifiesto una parte de la realidad a la que se ve sometida gran parte de la población de Nicaragua: el alarmante consumo de drogas, el desconocimiento de los efectos y consecuencias del consumo de sustancias psicotrópicas y una enorme facilidad y “tolerancia” hacia el consumo, lo que unido a la práctica inexistencia de ningún tipo de recurso encaminado a paliar las anteriores situaciones hace de esta situación

una realidad preocupante. A los datos que hemos expuesto en este trabajo habría que añadir el alto grado de consumo de otras sustancias como el alcohol con efectos no menos devastadores (Ballester, Bravo, Guirado y Villanueva, 2004). El hecho de que los individuos más jóvenes de una sociedad, sin diferencias de género, ya desde una edad tan temprana como los 9 años en la que el individuo está en pleno desarrollo desde el punto de vista biológico, psicológico y social, consuman sustancias tóxicas que con el tiempo acabarán con su salud y sus vidas, con la motivación de subir su autoestima y evadirse de los problemas, sin duda, constituye el reflejo de una sociedad poco atractiva para los que comienzan a integrarse en ella. No es difícil comprender que ante una realidad tan poco halagüeña como la nicaragüense en muy distintos ámbitos, un individuo decida recurrir al consumo de sustancias psicotrópicas, un consumo que, a riesgo de dañar su salud, puede ayudar a obnubilar lo suficiente la conciencia como para disminuir y hacer más soportable el sufrimiento causado por innumerables y graves problemas.

La información, educación y prevención es el primer nivel que se debe trabajar para frenar y actuar ante el problema de las drogas, sin descuidar nunca el tratamiento y las políticas de reducción de daños en los ya afectados. La sociedad nicaragüense dista mucho de poseer la red asistencial necesaria para actuar ante el problema del consumo de drogas. Coincidimos con Pérez (2004), al considerar que en América Latina es necesario mejorar la capacitación de las instituciones y personas encargadas de llevar a cabo los programas de prevención de drogas, dar continuidad a estos programas, generar sistemas de evaluación de la eficacia de las intervenciones, tener siempre en consideración las peculiaridades culturales evitando importar programas que no tienen en cuenta la realidad de un país concreto y por último, hacer compatible la urgencia de las actuaciones con la fundamentación y el respaldo teórico de los programas. Todos estos puntos serían aplicables en el caso de Nicaragua donde las escasas intervenciones que se realizan en el ámbito de la prevención del consumo de drogas recaen completamente en manos de unas pocas ONG's con más voluntad que recursos y sin ninguna coordinación entre las distintas organizaciones que además, se ven obligadas a actuar sin el tiempo necesario para evaluar suficientemente la eficacia de lo que están haciendo.

En esta línea, pensamos que un trabajo previo y necesario a cualquier actuación es investigar y detectar las carencias manifiestas para poder establecer las líneas de actuación y desarrollarlas, aspecto en el que esperamos haber arrojado algo de luz con nuestro estudio.

REFERENCIAS

- Ballester R. y Gil, M.D. (1999). *Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la salud (CIACS)*. Manuscrito no publicado.
- Ballester, R., Baquero, A., Arrufat, M. y Guirado, M.C. (2004). Consumo de drogas en Nicaragua: ¿adicción/abuso condicionado a una realidad social?. En R. Ballester (dir), *Niños y jóvenes en el Norte de Nicaragua: análisis epidemiológico de las prioridades psico-socio-sanitarias para una intervención comunitaria* (pp 133-147). Castellón: Universitat Jaume I de Castelló.
- Ballester, R., Bravo, J.M, Guirado, M.C. y Villanueva, V. (2004). Consumo de alcohol entre niños nicaragüenses de 9 a 14 años. *I Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos*. Santiago de Compostela: 26-28 de febrero.
- Ballester, R., Gil, M.D., Baquero, A. y Villanueva, V. (2004). Nicaragua: Consumo de drogas entre niños de 9 a 14 años. *I Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos*. Santiago de Compostela: 26-28 de febrero.
- Bravo, J.M., Edo, M.T. y Ballester, R. (2004). Consumo de alcohol. En R. Ballester (dir), *Niños y jóvenes en el Norte de Nicaragua: análisis epidemiológico de las prioridades psico-socio-sanitarias para una intervención comunitaria* (pp 111-132). Castellón: Universitat Jaume I de Castelló.
- INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) y MINSA (Ministerio de la Salud) (2002). *Informe de desarrollo humano en Nicaragua: Población, salud y familia*. Managua: INEC/MINSA
- Pérez, A. (2003). El impacto del consumo de drogas en el mundo y en América Latina: ¿qué funciona en el ámbito preventivo?. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 1, 195-208.
- SAVE THE CHILDREN (2002). *Diagnóstico sobre la situación de niñas, niños y adolescentes en 21 países de América Latina*. Disponible en: <http://www.savethechildren.org>.

PRÁCTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS POR VÍA INYECTABLE

Ana Lía Kornblit¹
Inmaculada Martínez Couto
&
Jorge Raúl Jorrat

Investigadores del CONICET con sede en Instituto Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Argentina.

RESUMEN

Se presentan los resultados de una reciente investigación acerca de las prácticas de consumo en usuarios de drogas por vía inyectable, realizada en cinco ciudades de la Argentina (353 casos) y se comparan con los resultados de una investigación que se llevó a cabo en el año 1999 (200 casos). Se observó que la edad de inicio en el consumo de drogas ilegales y por vía inyectable es cada vez más precoz; que algo más de un cuarto de los consumidores comparte el equipo de inyección y que sólo un tercio de estos limpia siempre las agujas y jeringas previamente usadas. Con respecto a los cambios en las prácticas de consumo observados en los últimos años, se ha incorporado la heroína al consumo de drogas por vía inyectable. Han habido cambios favorables en relación con el riesgo de transmisión del VIH: disminuyó la frecuencia y el número de personas con las que se comparte el equipo de inyección y aumentó el porcentaje de los que lo limpian siempre. De acuerdo a las diferencias encontradas entre los usuarios en contacto con Programas de Reducción de Daños y los que no lo están, puede pensarse que la presencia de

¹ Correspondencia a: Ana María Kornblit. E-mail: kornblit@mail.retina.ar

estos programas influye en los cambios que los usuarios de drogas por vía inyectable han incorporado.

Palabras Clave: Consumo de drogas por vía inyectable, Riesgo de transmisión del VIH/sida, Reducción de daños.

ABSTRACT

This paper presents the results of a recent research about the consumption practices of injectable drugs users, carried out in five cities of Argentina (353 cases). These results has been compared with former ones (200 cases of a similar investigation of 1999). It was observed that the age in which injectable drugs consumption begins has dropped significantly; that about the 25 % of the consumers shares the injection devices, and that only a third of these clean the previously used needles and syringes. With regard to the changes in the onsumption practicecs observed in the last years, heroine has been incorporated to the consumption of injectable drugs. There have been favorable changes in relation to the risk of HIV transmission: the frequency and the total number of people which share the injection devices has dropped, while the percentage of those that always clean them has increased. According to the differences among the users thar are in contact with Damage Reduction Programs and those who are not, it can be thought that the presence of these programs has an influence in the changes that the users of injectable drugs have incorporated.

Key words : Injecting drug use, HIV/Aids risk transmision, Harm reduction

INTRODUCCIÓN

La agudización de las diferencias sociales a la que condujo el modelo liberal en muchos países occidentales fue uno de los principales factores estructurales que incidió en la multiplicación de jóvenes urbanos con altos niveles de fracaso escolar y dificultades de inserción familiar y social, en los que el consumo de drogas por vía endovenosa se difundió rápidamente como alternativa posible que garantizaba de algún modo fugaces momentos de placer.

En la última década se han producido dos acontecimientos que marcaron importantes diferencias en el escenario del consumo de drogas: la irrupción del sida y el deterioro del modelo terapéutico psicológico ofrecido como única alternativa a los usuarios de drogas, a partir de la aceptación cada vez mayor de la políticas de reducción de daños que implican la imposición de metas menos ambiciosas que el cese del consumo y el reconocimiento de necesidades y derechos de los consumidores, no siempre tenidos en cuenta previamente.

La epidemia de sida en la Argentina presenta una de las tasas más altas del mundo de infectados por VIH en los que la vía de transmisión fue el consumo de drogas; esta tasa tiene un alto peso en la infección de las mujeres –transmisión heterosexual- y de los niños – transmisión de madre a hijo-.

Según datos del Proyecto Lusida (2000) obtenidos a partir de la información sobre enfermos de sida notificados al Programa Nacional entre 1982 y junio de 2000, los usuarios de drogas por vía inyectable representan el 43.3% del total de enfermos de sida en mayores de doce años (46% entre los hombres y 32% entre las mujeres).

El objetivo del trabajo es presentar los resultados obtenidos en una reciente investigación acerca de las prácticas de consumo en usuarios de drogas por vía inyectable, realizada en cinco ciudades del país (Jorrat, 2004). Estos resultados serán comparados con los obtenidos en una investigación que se llevó a cabo en la ciudad de Buenos Aires en el año 1999 con usuarios de drogas por vía endovenosa (Kornblit et al., 2002).

METODOLOGÍA

En este tipo de población es imprescindible para poder acceder a los informantes, contar con el conocimiento de líderes locales que pongan en contacto a los entrevistadores con los posibles encuestados para establecer así un mínimo de garantías de seguridad en el trabajo.

A partir de esta realidad se decidió realizar las encuestas en los lugares donde el equipo de investigación tenía referentes precisos, debido a trabajos previos realizados. En el estudio realizado en el 2003 se seleccionaron las ciudades de Buenos Aires, Mendoza, Córdoba, Rosario y Neuquén. Aunque en el estudio anterior se trabajó sólo en la Ciudad de Buenos Aires, en el nuevo estudio no se

encontraron diferencias relevantes en las características del consumo de drogas ni en el perfil de los usuarios en las diferentes ciudades, por lo que estimamos que los datos de ambos estudios pueden compararse.

Asimismo, debe señalarse que si bien los relevamientos no se basaron en cuotas fijas de sexo, edad y nivel de instrucción, los encuestadores tenían la indicación de tratar de incluir aquellos segmentos de población que son menos encontrables entre los usuarios, especialmente mujeres y personas con niveles de instrucción altos.

La población encuestada quedó constituida por dos tercios de varones y un tercio de mujeres. La composición por edad y nivel de instrucción se observa en la siguiente distribución de frecuencias:

Tabla 1.
Composición de las muestras (en %).

	Estudio 2003	Estudio 1999
Composición por edad		
Menos de 20 años	9,0	12,5
De 20 a 34 años	68,0	69,5
35 años y más	23,0	18,0
Nivel de instrucción		
Estudios primarios/ secundarios incompletos	76,0	89,5
Estudios secundarios completos/terciarios	24,0	10,5
Total (N)	(353)	(200)

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS

Edad de inicio en el consumo de drogas

En el estudio del 2003 se observó (resultados no presentados en cuadro) que dos tercios del total de encuestados llevaban *consumiendo por vía no inyectable* diez años o más. Por supuesto, ello es variable según el grupo de edad al que pertenecen: mientras los más jóvenes exhiben el valor de mediana más bajo, 6 años, para la edad intermedia la mediana es de once años y para los mayores la misma es de veinte años. No hay variaciones significativas por sexo ni por nivel de instrucción.

Con respecto al tiempo que llevan *consumiendo drogas por vía inyectable*, puede verse que existe un lapso de alrededor de cinco años, en promedio, entre el comienzo del consumo por vías no inyectables y el comienzo del consumo por vía inyectable, lo que se mantiene para todos los grupos analizados.

Tabla 2.

Edad de inicio en el consumo de drogas por vía inyectable, según sexo, edad y nivel de instrucción (estudio 2003).

	Total	masc	fem	15-24 a.	25-34 a.	35 a.y más	s/ins .- p. inc.	p.co m.- sec.i nc.	sec. comp	t.inc.- t.com.
Total N	353	234	119	102	170	81	55	219	46	33
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
12 a 17 a.	20	19	22	46	11	7	40	19	6	12
18 a 19 a.	16	20	10	21	17	10	9	18	22	12
20 a 22 a.	21	20	23	26	32	22	27	29	26	24
23 a 26 a.	22	22	23	7	28	28	18	23	20	27
27 y más a.	13	13	13	0	12	33	5	11	26	24
Media	21,6	21,6	21,7	18,2	21,8	25,5	19,5	21,5	23,4	23,7
Mediana	21	21	21	18	21	24	20	20	22	23

Base: Total de entrevistados

Teniendo en cuenta que la edad de comienzo en el consumo por vía no inyectable es aproximadamente cinco años anterior al consumo por vía inyectable, puede decirse que la edad más frecuente de inicio en el consumo de drogas son los 16 años y que el paso al consumo por vía inyectable se realiza más frecuentemente entre los 20 y los 22 años. El hecho de que los más jóvenes expresen que han comenzado este último tipo de consumo a los 18 años habla de un probable adelantamiento en la edad de inicio, que se habría dado en las últimas décadas (Kornblit, 2004). Téngase presente que en el intervalo de 25 a 34 años la mediana de edad de inicio es 21 años y en el intervalo de 35 años y más, 24 años.

Esta misma tendencia se observó en el estudio anterior, en el que los jóvenes de menor edad comenzaban a consumir por vía inyectable a edades más tempranas.

No hay diferencias atendibles en la edad de inicio de varones y mujeres. En cuanto al nivel de instrucción, se observa un inicio más precoz entre los encuestados de menor nivel de instrucción.

Drogas consumidas

La droga más consumida según el estudio del 2003 es por lejos la cocaína (93%); este porcentaje es algo mayor entre los varones. Entre las otras sustancias consumidas por porcentajes considerables de encuestados está el alcohol (11%), más utilizado por los más jóvenes y las personas con menor nivel de instrucción y las anfetaminas y tranquilizantes (11%), más consumidas también por las personas de menor nivel de instrucción.

Si bien, como es sabido, la heroína no es una droga que haya penetrado en la Argentina, hay un 6% de personas del nivel más alto de instrucción que afirma consumirla sola por vía endovenosa, y hay otro 6% que la consume junto con cocaína.

Esta es una diferencia importante hallada en relación con el estudio anterior, en el que no apareció ningún caso que se inyectara heroína.

Por otra parte, entre las drogas no inyectables hay que destacar que casi la mitad de la población encuestada consume marihuana, y este porcentaje es aún mayor entre los varones y los más jóvenes (SEDRONAR, 1999). Este resultado es coincidente con los resultados obtenidos en el estudio anterior.

Aspectos relacionados con el compartir equipos de inyección

Como es sabido, en relación con la transmisión del VIH la situación de riesgo no está vinculada con el hecho de consumir drogas, ni siquiera con el hecho de consumirlas por vía endovenosa, sino con el hecho de compartir agujas, jeringas y/o otros elementos del equipo de inyección.

Tabla 3.

Uso de agujas o jeringas usadas antes por otra persona, la última vez que consumieron, según sexo, edad y nivel de instrucción (estudio 2003).

	Total	masc	fem	15-24 a.	25-34 a.	35 a.y más	s/ins .- p. inc.	p.co m.- sec.i nc.	sec. comp	t.inc.- t.com.
Total N	353	234	119	102	170	81	55	219	46	33
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sí	27	29	22	28	27	25	47	25	28	0
No	67	65	71	60	68	74	34	70	72	97
Ns/nc	6	6	7	12	5	1	18	5	0	3

Algo más de un cuarto de las personas encuestadas afirma que compartieron el equipo de inyección la última vez que consumieron drogas por esta vía. El porcentaje es algo mayor entre los hombres, los de menor edad y alcanza casi al doble entre las personas con el menor nivel de instrucción. Las personas con mayor nivel de instrucción, en cambio, afirman que no han mantenido esta práctica la última vez que consumieron.

Este es otro hallazgo importante en comparación con los resultados del estudio anterior, en el que un 42,5% admitió haber compartido la última vez que se inyectó, siendo este porcentaje mayor entre los de mayor edad. Se puede pensar entonces en una disminución de esta práctica.

Frecuencia con que compartieron equipos de consumo

Algo más de la mitad de los encuestados del estudio de 2003 afirma que *nunca* compartió y un 28% dice que lo hizo ocasionalmente. Las personas con menor nivel de instrucción adoptan esta práctica con frecuencias mayores (11% lo hace siempre y 11% la mayoría de las veces), mientras que el 91% de los de

mayor nivel de instrucción *nunca* compartieron el equipo de consumo.

Otro hallazgo importante en relación con el cuidado de la salud es que el porcentaje de encuestados que compartía diariamente o algunas veces por semana en el estudio anterior (47%) tiende a disminuir (38% en el estudio actual).

Tabla 4.

Frecuencia de uso de agujas o jeringas usadas antes por otra persona, según sexo, edad y nivel de instrucción (estudio 2003).

	Total	masc	fem	15-24 a.	25-34 a.	35 a.y más	s/ins .- p. inc.	p.co m.- sec.i nc.	sec. comp	t.inc.- t.com.
Total N	353	234	119	102	170	81	55	219	46	33
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Mayoría de veces	6	6	5	8	5	5	11	5	9	3
La mitad de veces	5	5	7	10	4	5	9	6	2	3
Ocasionalmente	28	28	28	26	30	25	36	30	24	3
Nunca	53	54	52	43	56	59	27	53	59	91
Ns/inc	3	3	3	8	1	1	5	3	2	0

Base: Total de entrevistados

Personas con quienes compartieron el equipo de inyección

En cuanto al tipo de relaciones sociales que los encuestados mantienen con las personas con quienes comparten agujas o jeringas, ellas son en primer lugar los amigos, en segundo lugar la pareja habitual y en tercer lugar los conocidos del lugar de consumo. El porcentaje de mujeres que contesta que comparte el equipo de inyección con su pareja habitual es casi el doble que el de los varones.

Los hombres lo hacen en mayor proporción con amigos o conocidos del lugar de consumo.

Las personas de menor nivel de instrucción mencionan en mayor proporción los conocidos en el lugar de consumo y los amigos como las personas con quienes comparten agujas y/o jeringas. Los que tienen estudios secundarios completos y más mencionan en mayor proporción compartir estos elementos con la pareja habitual y los amigos.

Tabla 5.

Cantidad de personas diferentes con las que compartió agujas o jeringas, según sexo, edad y nivel de instrucción (estudio 2003).

	Total	masc	fem	15-24 a.	25-34	35 a.y más	s/ins .- p. inc.	p.co m.- sec. inc.	sec. comp .y más
Total N	154	101	54	50	72	32	37	96	21
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Una	33	26	47	44	25	35	35	29	48
Dos	25	27	23	22	32	16	14	32	14
Tres	13	16	8	10	18	6	13	15	5
Cuatro y más	22	22	18	16	21	31	27	19	24
Ns/nc	7	9	4	8	4	12	7	5	10

Base: Personas que compartieron equipo de inyección durante el mes anterior, recibéndolo.

Nota: por la poca cantidad de casos, en este cuadro se agrupan las categorías secundaria completa y estudios superiores

Un 33% de los encuestados que compartieron equipo de inyección afirma haberlo recibido de una única persona, siendo más alto el porcentaje entre las mujeres y los más jóvenes. En cuanto al nivel de educación, casi la mitad de los de secundaria completa y más comparten sólo con una persona, mientras que los de menor educación tienden a compartir con más personas.

Alrededor de un 25% afirma haber recibido el equipo de consumo de dos personas diferentes, lo que implica que dos tercios de los encuestados comparten equipos de inyección con una o dos personas. Tal proporción es más baja entre los varones, entre los de mayor edad y, particularmente, entre aquellos de bajo nivel de instrucción.

Observamos que los que comparten con 4 personas o más son una quinta parte (22%) en el estudio actual, mientras que en el estudio anterior este porcentaje ascendía al 30%. También en este caso hubo una evolución favorable a la prevención de la transmisión del VIH por vía endovenosa como vimos en los apartados anteriores.

Limpieza de agujas y jeringas

En cuanto a la frecuencia con que limpiaron el equipo de inyección usado, el 35% afirma hacerlo siempre, un 25% dice hacerlo ocasionalmente y existe un 30% que no lo hace nunca.

Las personas que limpian los equipos de inyección *siempre* tienen una presencia algo mayor entre las mujeres.

En el estudio anterior sólo un 27% limpió *siempre* el equipo de consumo previamente utilizado por otra persona, o sea que el porcentaje es menor al encontrado en el estudio actual.

Un tercio de las personas relevadas en 2003 contesta que limpia el equipo con agua fría; sumando a este porcentaje el de las personas que utilizan agua caliente (en ambos casos procedimientos ineficaces) alcanzan el 53%. Sólo un 18% afirma hacerlo con lavandina (único procedimiento eficaz), si bien entre los de mayor educación (33%) y los encuestados más jóvenes (28%) este porcentaje es mayor.

En el estudio anterior ninguno de los entrevistados había utilizado lavandina en el lavado de los equipos de consumo compartidos.

Diferencias encontradas entre los usuarios en contacto con programas de reducción de daños y los que no lo están

Del total de entrevistados, 73 personas (21%) expresaron que obtienen las jeringas y otros elementos de consumo en programas de reducción de daños.

Los cuadros que siguen muestran algunas diferencias relevantes entre estas personas y las que no están en contacto con dichos programas.

Tabla 6.

Frecuencia con que comparten agujas y jeringas, según usuarios en contacto con programas de reducción de daños y usuarios que no están en contacto (estudio 2003).

	Total	Usuarios en contacto con PRD	Usuarios no en contacto con PRD
Total N	353	73	280
Total %	100	100	100
Comparte siempre	4	3	5
Comparte a veces	96	97	95

Base: Total de entrevistados

Si bien se trata de valores bajos y muy pequeñas diferencias, entre los usuarios de drogas que están en contacto con programas de reducción de daños parece existir un porcentaje algo menor que comparte *siempre* sus equipos de inyección con otros. Esto requiere exploraciones más detalladas.

Tabla 7.

Frecuencia con que usan preservativo en parejas ocasionales, según usuarios en contacto con programas de reducción de daños y usuarios que no están en contacto (estudio 2003).

	Total	Usuarios en contacto con PRD	Usuarios no en contacto con PRD
Total N	226	50	176
Total %	100	100	100
Usa siempre	26	32	24
Usa a veces	74	68	76

Base: Entrevistados que mantuvieron relaciones con parejas ocasionales durante el último año

Como se ve en el cuadro precedente, existe un porcentaje mayor de personas que usa *siempre* preservativos en sus relaciones con parejas ocasionales entre los usuarios de drogas que están en contacto con programas de reducción de daños (Kornblit, 2002).

Para conocer el grado de información sobre el VIH/sida se elaboró un índice que resume los datos recogidos sobre este tema, tomando en cuenta las respuestas correctas e incorrectas a las siguientes preguntas:

- ¿Pueden los mosquitos transmitir el VIH?
- ¿Puede el VIH transmitirse por compartir el inodoro?
- ¿Puede una mujer transmitir el VIH al hijo durante el embarazo o el parto?
- ¿Puede una madre transmitir el VIH al hijo durante la lactancia?
- ¿Puede una mujer que vive con el VIH hacer algo para evitar la transmisión del virus a su bebé?
- ¿Puede una persona tener el VIH y parecer sana?

En la construcción del índice se tomó en cuenta la cantidad de respuestas correctas a las seis preguntas anteriores, según la siguiente categorización:

- 0 a 3 respuestas correctas: ninguna/baja información.
- 4 respuestas correctas: poca información.
- 5 o 6 respuestas correctas: alta información.

Tabla 8.

Grado de información sobre VIH/sida, según usuarios en contacto con programas de reducción de daños y usuarios que no están en contacto (estudio 2003).

	Total	Usuarios en contacto con PRD	Usuarios no en contacto con PRD
Total N	353	73	280
Total %	100	100	100
Ninguno	36	25	39
Bajo	26	22	27
Medio/alto	38	53	34

Base: Total de entrevistados

Tomando en cuenta el índice de información, como se observa en el cuadro anterior, existe una diferencia considerable entre los usuarios de drogas que están en contacto con programas de reducción de daños y los que no lo están: el porcentaje de los primeros que tiene un nivel de información “medio/alto” es mayor, así como es menor el porcentaje que no tiene ningún grado de información al respecto.

CONCLUSIONES

Puntos críticos a considerar

- La edad de inicio en el consumo de drogas ilegales y por vía inyectable es cada vez más precoz.
- Algo más de un cuarto de los consumidores comparte el equipo de inyección y de éstos un 60% lo hace con más de una persona.
- Sólo un tercio de los que compartieron el equipo de inyección limpia siempre las agujas y jeringas previamente usadas. A su vez, de los que alguna vez limpiaron los implementos el mes anterior, sólo un 18% lo hizo con lavandina.
- Las personas con menor nivel de instrucción comparten el equipo de inyección con más personas y tienen menor relación con ellas que las personas de nivel educativo más alto.

Con respecto a los cambios en las prácticas de consumo observados en los últimos años, hemos encontrado que se incorporó la heroína al consumo de drogas por vía inyectable. Por otro lado se observaron cambios favorables en relación con el riesgo de transmisión del VIH. Efectivamente, el porcentaje que comparte el equipo de consumo ha disminuido en los últimos cuatro años y la frecuencia con que comparten disminuyó, del mismo modo que el número de personas con las que comparten. Aumentó el porcentaje de los que limpian siempre el equipo compartido y aumentó el porcentaje de los que lo hacen con lavandina.

De acuerdo a las diferencias encontradas entre los usuarios en contacto con Programas de Reducción de Daños y los que no lo están, puede pensarse que la presencia de estos programas influye en los cambios que los usuarios de drogas por vía inyectable han incorporado en sus prácticas a favor del cuidado con respecto a la transmisión del VIH (Inchaurreaga, 2002; Rossi, 2000).

De un modo general puede concluirse que si bien el conjunto de los encuestados constituía un grupo de riesgo preocupante en relación con la transmisión del VIH, ya que se trata de consumidores de drogas por vía endovenosa, se encontraron diferencias importantes en cuanto a la adopción de conductas de riesgo dentro de esta población. De acuerdo con los indicadores utilizados en el presente estudio, los sectores que presentaron un grado más alto de exposición a la transmisión del VIH fueron: los hombres, los más jóvenes (entre 15 y 24 años) y los de menor nivel de instrucción.

Asimismo, si bien es cierto que estas generalizaciones eran esperables, constituyen la conclusión de una exploración que permitió especificaciones que esperamos coadyuven a acumular información para generar políticas socio-sanitarias que ayuden a encarar esta problemática.

Por último, los programas de reducción de daños ejercen una influencia positiva sobre los usuarios de drogas, en la medida en que los que están en contacto con ellos usan en mayor proporción “siempre” preservativo en sus relaciones sexuales con parejas ocasionales, comparten “siempre” jeringas en un porcentaje levemente menor y tienen un grado mayor de información sobre el VIH/sida.

REFERENCIAS

- Inchaurraga, S. (2002). *Drogas: haciendo posible lo imposible. Experiencias de reducción de daños en Argentina*. Rosario: Amalevi.
- Jorrat, J.R. (2004). *Informe para el establecimiento de la línea de base en usuarios de drogas por vía endovenosa. Proyecto “Actividades de apoyo a la prevención y el control del VIH/sida en la Argentina”*. Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria(mimeo).
- Kornblit, A. (2002). *Sida: entre el cuidado y el riesgo*. Buenos Aires: Alianza.
- Kornblit, A., Mendes Diz, A., Camarotti, A., & Federico, A. (2002). Consumo de drogas y conductas sexuales en una muestra de adictos por vía endovenosa de Buenos Aires. *Adicciones*, 14, 1.
- Kornblit, A. (coord.) (2004). *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e Identidad*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

LUSIDA (2000). *Perfil epidemiológico de los usuarios de drogas inyectables enfermos de sida en la Argentina*. Informe presentado en el Primer Foro Latinoamericano de ONGs con Trabajo en Sida. Río de Janeiro.

Rossi, D. (comp.) (2000). *Sida y drogas. Reducción de daños en el Cono Sur*. Buenos Aires: publicación en conjunto del Ministerio de Salud de la Nación (LUSIDA), Asociación Civil Intercambios y ONUSIDA.

SEDRONAR (1999). *Estudio Nacional sobre sustancias adictivas*. Buenos Aires: Autor.

Ensayos

EL MODELO SECUENCIAL DE ATENCIÓN A FAMILIAS EN DROGODEPENDENCIAS: UNA PROPUESTA METODOLÓGICA

Juan Luis González Pérez¹

Unidad de Día de Pontevedra, Plan de Galicia sobre Drogas. España

Inmaculada Martínez Couto

Proyecto Compás de la Mancomunidad de Vigo. Iniciativa Comunitaria
EQUAL. España

RESUMEN

Este artículo presenta las características más relevantes del Modelo Secuencial y sus implicaciones en los Programas de Atención Grupal a Familias. No se limita únicamente a familias de drogodependientes, sino que también aporta reflexiones para la intervención familiar preventiva.

El modelo sugiere prestar especial atención a la demanda explícita y reformularla sin apartarse de ella, centrando el cometido clínico en el afrontamiento de situaciones ligadas a la etapa del proceso de adicción que esté atravesando el individuo, en lugar de centrarlo en la adquisición de un conjunto de habilidades dirigidas a la mejora general de competencias.

Cada una de estas situaciones, denominadas secuenciales, se asocia a una serie de episodios de alta probabilidad característicos de esa etapa, y por lo tanto a unos objetivos, unas resistencias al cambio y unas estrategias de ayuda diferentes.

¹ Correspondencia a: Juan Luis González. Unidad de Día. Rúa Sor Lucía, 2, 2ª planta, 36001 Pontevedra, España. E-mail: jlgonzalez@concellopontevedra.es

ABSTRACT

This article presents the most relevant characteristics of the Sequential Model and its implications in the family group programs. Its not limited solely to the families of drug abusers, but also offers reflexions for the preventive family intervention.

The model suggests paying special attention to the explicit demand and reformulate it without straying from it, focusing the clinical task in coping the situations linked to the specific stage of the addiction process the individual is undergoing, instead of in the adquisition of a group of skills directed towards the general improvement of competencies.

Each one of these situations, termed sequential, is associated with a series of high probability episodes characteristic of that stage, and therefore to a series of objectives, resistances to change, and different help strategies.

INTRODUCCIÓN

El constructo teórico-práctico que aquí se presenta se aplicó durante el período 1990-97 en el Centro de Atención Integral al Drogodependiente de la zona sur de Madrid, perteneciente a la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (España), dentro del Programa de Atención a Familias. Constituye una propuesta de trabajo basada en la experiencia empírica y, aunque ha sido ensayada con seiscientas familias con resultados aparentemente notables, no se ha efectuado aún un estudio controlado que permita estimar su eficacia relativa en comparación con otras propuestas metodológicas.

Cuando se desarrolló la presente propuesta, los Programas Libres de Drogas se hallaban en pleno apogeo en la Comunidad de Madrid, lo que unido a la alta demanda asistencial conferían una especial relevancia a los formatos grupales de tratamiento; entre ellos, los Programas de Intervención Familiar (PIF). Los PIF se aplicaban en los diversos centros asistenciales públicos y presentaban marcadas semejanzas (PRDCM, 1995). En su gran mayoría, se basan en el modelo cognitivo-conductual y estructuran el contenido de las sesiones en torno al aprendizaje de habilidades organizadas en varios bloques: diseño ambiental, control de estímulos, manejo de contingencias, control emocional (reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y autoinstrucciones), habilidades

de comunicación y medidas tendentes a la modificación del estilo de vida. Los PIF se consolidaron como un instrumento complementario a la terapia familiar llevada a cabo en cada caso y se han mostrado particularmente útiles en términos de eficiencia, ya que permiten transmitir una serie de pautas importantes a muchas personas en un período de tiempo relativamente corto.

LA IMPORTANCIA DE AJUSTARSE A LA DEMANDA

En la actualidad se siguen desarrollando Programas de Intervención Grupal con Familias de diversa naturaleza, muchos de los cuales siguen el formato expuesto más arriba. Sin entrar a discutir la bondad -por otra parte incuestionable- del conjunto de técnicas comentado anteriormente, quisiéramos hacer una reflexión sobre el denominado “principio de oportunidad”: una cosa es reconocer que las familias necesiten mejorar su competencia en esas áreas y otra preguntarnos si esas competencias son las más apropiadas, o las más necesarias, para esa población en ese momento concreto que están atravesando y teniendo en cuenta las expectativas y los motivos por los que han decidido incorporarse al grupo. En cierta medida el contenido de los PIF es intemporal; no se da una coincidencia estrecha entre la situación del afectado y lo que se imparte en las sesiones. ¿Qué pedimos que refuerce una familia cuyo hijo no emite apenas comportamientos dignos de elogio? ¿Qué efecto puede tener una sesión dedicada a la promoción de la escucha activa en una familia cuyo hijo se encuentra en plena recaída? Algunas habilidades, aunque resultan críticas, tienen pocas oportunidades de ponerse en práctica por la escasez de ocasiones que se presentan (o en las que es pertinente hacerlo) en determinados momentos del proceso de adicción. Es más, aunque se presenten oportunidades para ejercitar las nuevas destrezas aprendidas es probable que pasen de largo dado que el foco de atención de la familia está centrado en la preocupación principal, que es otra.

De hecho, los principales problemas en el trabajo con grupos de familias se concretan en la falta de atención a los contenidos de la sesión tras incidentes recientes, la exposición de situaciones que requieren un tratamiento diferente del propuesto, la aparición de “demandas calientes” alejadas del contenido, las oscilaciones en la capacidad de recepción y en el estado emocional cuando se produce un empeoramiento eventual en la evolución del hijo, la acaparación de la atención del grupo por parte de las familias cuyos hijos presentan peor pronóstico,

y las discrepancias con el terapeuta cuando éste presenta sugerencias de cambio disonantes con el criterio familiar. Este cúmulo de circunstancias, lógicamente, repercute en el seguimiento de las pautas de tratamiento y en la adherencia general al programa. Hay que procurar evitar la percepción, por parte de los familiares, de un alejamiento entre la demanda que presentan y los contenidos que se les pretende transmitir.

Es cierto que la demanda explícita puede entrar en contradicción con el esquema habitual de funcionamiento familiar, y que en muchas ocasiones existe una demanda oculta que interfiere con el cambio, aunque no lo es menos el hecho de que la demanda explícita constituye el mejor frente de entrada a la familia, al menos en un primer momento. En un grupo de familiares podemos encontrar algunas familias que presentan patrones disfuncionales para abordar el cambio que se pretende; sin embargo, todas suelen coincidir en la demanda explícita. En consecuencia, parece razonable utilizar ésta como punto de partida para abordar una tarea grupal, en lugar de comenzar a impartir contenidos basados en una demanda reformulada por el terapeuta (Stanton & Todd, 1990).

Este es precisamente el razonamiento central del **Modelo Secuencial (MS)**: *para preparar el cambio es preciso adaptar el contenido a la demanda explícita y a la circunstancia actual, y esta puede definirse a priori analizando los episodios de alta probabilidad que van a tener lugar en esa etapa concreta que está atravesando el drogodependiente en su proceso de adicción.*

BASES CONCEPTUALES DEL MODELO

El MS sostiene la tesis de que las etapas del proceso de adicción se corresponden con una serie de situaciones que definen el punto de partida de la familia para aplicar un cambio hacia la resolución del problema. Y estas situaciones, a su vez, se corresponden con unas resistencias particulares al cambio que se desea ejercer, definidas a través de diferentes tipos de codependencia.

¿En qué situación se encuentra la familia de un drogodependiente que se halla a la espera de desintoxicación ambulatoria? ¿Qué necesitan aprender? ¿Y los padres de alguien que ha finalizado el proceso de desintoxicación con éxito y comienza la deshabituación? ¿Qué necesitan aprender? Desde el punto de vista del MS, preguntas de esa naturaleza permiten elaborar un programa coherente de intervención grupal con familias. Por ejemplo, son suficientemente conocidas

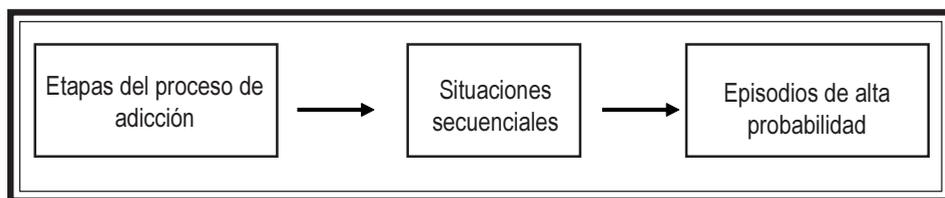
algunas particularidades de los estadios tempranos de un período de deshabituación, y la situación en que se encuentra la mayoría de las familias en esa etapa: el drogodependiente tiene dificultades para llenar su tiempo, muestra pocas iniciativas de actividad espontánea, puede experimentar riesgos si no se adoptan medidas preventivas, le cuesta asumir responsabilidades domésticas, tiende a aislarse, se comunica poco y apenas expresa sus sentimientos, y la mayoría de los cambios están por venir, de manera que la familia se mantiene a la expectativa, desconfiada por una parte y esperanzada por otra.

En el MS, situaciones como esta se denominan **situaciones secuenciales**. Cada una se corresponde con una etapa o un grupo de etapas del proceso de adicción (en la situación secuencial “ausencia de indicios”, como se verá más adelante, se hallan implicadas varias etapas). En el caso mencionado más arriba podríamos definir la situación secuencial como “familia de un sujeto en período de deshabituación en un centro de tratamiento ambulatorio”. Otra muy distinta sería, por ejemplo, “familia de un sujeto que va a iniciar la desintoxicación ambulatoria”.

¿Qué nos aporta esta categorización? En primer lugar estas situaciones, desde el punto de vista clínico, dan lugar a una serie de episodios de alta probabilidad para esa etapa (sospecha de consumo, certeza de consumo, intento de incumplimiento de pautas, incumplimientos consumados, etc.). En segundo lugar, cada situación secuencial nos permite deducir qué tipo de cambio se precisa y qué tipo de resistencias al cambio podemos encontrarlos. En tercer lugar, las situaciones secuenciales nos proporcionan, en definitiva, el factor común de los miembros del grupo.

Figura 1.

Identificación de objetivos clínicos acordes con la demanda explícita.



EL PROCESO DE ADICCIÓN

Dado que la identificación de las situaciones secuenciales depende de la etapa del proceso de adicción por la que está atravesando el sujeto, y que estas etapas pueden diferir de unos modelos a otros, es importante detallar cuáles son éstas para el MS, así como los mecanismos explicativos del paso de una etapa a otra.

Una drogodependencia se desarrolla a través de una serie de etapas más o menos comunes. Aunque la mayoría de las personas, o bien no inician la secuencia o bien la abandonan en etapas tempranas, lo cierto es que una persona sin problemas particulares puede llegar a ser adicta a una sustancia si se producen determinadas circunstancias en cada etapa. La siguiente descripción de un trayecto hacia la adicción, aunque no pretende ser exhaustiva, presenta rasgos relativamente comunes.

Etapa 1. Exposición

Depende del medio de contacto y del tipo de interacción que el sujeto establece con él. En el círculo social hay alguna persona consumidora, generalmente importante para el individuo, y algunos escenarios sociales en los que se establece la interacción. Estos escenarios determinan situaciones propicias para consumir pero ninguna es lo suficientemente intensa como para hacerlo. Recibe ofrecimientos esporádicos y observa los efectos que la sustancia produce en los demás. Por tanto, en la vida del sujeto se establecen ocasiones que facilitan el consumo y se favorece una ubicación motivacional propicia para iniciarlo, entrando en lo que Werch y DiClemente (1994) denominan etapa de preparación para el comienzo del uso de sustancias adictivas.

Etapa 2. Inicio

Entre esas situaciones se produce alguna que contiene los ingredientes necesarios para que *ese individuo* ceda ante el consumo. Suele haber alguien al lado, alguien relevante que invita, ofrece o presiona para consumir, y la persona anticipa algún tipo de beneficio en caso de hacerlo, entrando así en el estadio de acción para el inicio del uso. Frente a las consecuencias físicas desagradables de este primer consumo (como ocurre con el tabaco o el alcohol la primera vez que se introducen en el organismo) existen otras que compiten con las anteriores y que

favorecen la aparición de nuevos consumos. Se trata de consecuencias sociales ventajosas que han hecho su aparición precisamente por el hecho de haber consumido (desaparición brusca de la presión social y sensación de pertenencia, aprobación e integración en el grupo, especialmente), así como consecuencias conductuales (haber hecho o dicho cosas gratificantes al usar la sustancia). Estas contingencias, si son experimentadas, influyen poderosamente en la conducta futura. Se adquieren señales que anuncian consecuencias favorables en situaciones parecidas.

Etapa 3. Uso ocasional

A partir de ahí esa situación queda estrechamente ligada al acto de consumir, con lo cual la persona tiende a hacerlo cada vez que se repite una situación similar a la original (estadio de mantenimiento para la continuación del uso). Estos consumos ya no van acompañados de malestar físico y la sustancia en cuestión despliega todo su efecto.

El impacto sobre la velocidad de la escalada dependerá en gran medida del grado en que esa situación original forme parte del medio de contacto habitual del sujeto (no es lo mismo que esta situación inicial se produzca en las fiestas anuales de un pueblo al que el sujeto sólo va en fiestas o que esté presente todos los días con los amigos del barrio).

Etapa 4. Uso habitual

Las situaciones en las que se produce el consumo cada vez son más variadas. El sujeto se moviliza en la búsqueda de nuevas situaciones y el abanico de similitudes situacionales se incrementa. Por tanto, el rigor de la situación propicia inicial va disipándose y el universo de situaciones idóneas para consumir se expande.

Etapa 5. Uso indebido o abuso

Determinados fenómenos orgánicos potencian el efecto placentero de la ejecución del comportamiento hasta el punto de convertirlo en una necesidad imperiosa por el mecanismo del refuerzo negativo (dependencia), a la vez que requiere cada vez dosis mayores para obtener el mismo efecto (tolerancia). El poder de este mecanismo de empuje compite con otros reforzadores adquiridos y

consolidados, y es capaz de reducir a la mínima expresión los repertorios conductuales no relacionados con la obtención de la sustancia, con lo que el cerco de variedad conductual se estrecha.

Con respecto a las sustancias sujetas a un patrón de uso episódico, al sujeto le cuesta manejarse con soltura en las situaciones que ha asociado con el efecto de la sustancia, y si no consume no se desenvuelve con normalidad en ellas. Esto da lugar a dos circunstancias: a) hay situaciones que han quedado ligadas al acto de consumir, y b) cada vez que consume tiende a hacerlo en grandes cantidades.

En cuanto a las sustancias de patrón continuado, esta búsqueda del efecto comienza a convertirse en una necesidad frenética, ya que la falta de droga se acompaña de una serie de molestias físicas y sensación de vacío que se incrementan a medida que pasan las horas. Lo que en un principio era un individuo que funcionaba normalmente y que en ocasiones experimentaba sensaciones placenteras con ayuda de una sustancia, ahora se trata ya de una persona que hace uso de ella simplemente para funcionar cada día. Toda su vida gira en torno a la obtención de la droga, se distancia de las amistades no consumidoras, abandona actividades, evita responsabilidades y concentra su ingenio en no ser detectado, especialmente por su familia.

Etapa 6. Costes

Una vez consolidado el compromiso del individuo con ese comportamiento comienzan a hacer su aparición determinadas repercusiones desfavorables que, sin embargo, la persona no puede resolver sin renunciar a la conducta que las provoca. Estos costes compiten con las gratificaciones derivadas del consumo y en un futuro cercano pueden acabar adquiriendo el suficiente peso como para forzar la decisión de interrumpirlo, aunque de momento el individuo se halla en estadio de contemplación (Prochaska y Prochaska, 1993), caracterizado por una progresiva toma de conciencia de los perjuicios que le está causando su hábito y la ambivalencia resultante propia de los conflictos de aproximación-evitación.

Etapa 7. Determinación

Esta etapa se caracteriza por entradas incipientes y puntuales en el estadio de acción. Es relativamente probable que se produzca algún episodio adverso acompañado de la percepción subjetiva de repetirse en caso de persistir en el

consumo (ingreso en urgencias o acto delictivo, por ejemplo), o puede enterarse la familia del problema. La familia puede tomar cartas en el asunto, incrementando su control, empeorando la situación y viéndose desbordado por ello, o él inicia algún intento por su cuenta, llevándole a tomar conciencia de la dificultad para controlar el hábito y de la dimensión real del problema, pidiendo, en su caso, ayuda profesional para interrumpir el consumo.

Etapa 8. Abstinencia o mantenimiento con agonistas

Una vez finalizado el período de desintoxicación, si es que ha sido necesario, el individuo comienza a reorganizarse: llena su tiempo con actividades diversas, deja de ver a personas consumidoras, retoma metas a corto, medio y largo plazo, evita exponerse a situaciones que puedan suscitar deseo de consumo, se enfrenta a éste exitosamente cuando aparece, restablece la comunicación con su familia, ciñe su círculo social a personas no consumidoras, rediseña su ambiente y sus rutinas diarias, frecuenta lugares de bajo o nulo riesgo y, en suma, toma distancia en relación a su reciente estilo de vida consumidor. A su vez, la intervención terapéutica no presenta grietas relevantes, la familia sigue instrucciones y el sujeto anticipa costes relevantes a corto plazo en caso de reanudar el consumo.

Etapa 9. Recaída

El individuo experimenta episodios de deseo que no se ve capaz de manejar. Anticipa los beneficios de encontrarse bajo los efectos de la sustancia, se cuestiona la abstinencia y las rutinas diarias pierden efectividad en su capacidad de proveer refuerzos. Reorienta sus objetivos hacia la no detección y busca grietas en los mecanismos externos que supervisan su abstinencia. Prevé capacidad de manejo de las contingencias en juego y planifica la recaída.

LAS RESISTENCIAS AL CAMBIO POR PARTE DE LA FAMILIA

Conseguir los objetivos terapéuticos con la familia no resulta tarea fácil. Aparte de las resistencias al cambio propias de todo sistema familiar, debe añadirse un fenómeno típico de las familias de drogodependientes: la codependencia.

La codependencia consiste, básicamente, en un bloqueo emocional que interfiere con la claridad de ideas y la resolución de problemas, y que se ha producido como resultado del problema del hijo (para más definiciones véase Vacca, 2003, pp. 236-237). El hijo depende de la droga y la familia depende del problema del hijo, y esto a la larga contribuye a perpetuar el problema (alianzas, encubrimientos, caza de brujas, reproches, desatención a otros miembros de la familia, sobreprotección, sentimientos de culpa, etc.).

La sintonía en el tiempo entre la codependencia y la situación del hijo no debe confundirse con una sintonía en los estadios de cambio. Desde esta perspectiva, conviene tener presentes dos principios:

Principio de Relatividad. Sólo una vez definido el tipo de cambio al que nos referimos, sabremos el estadio que le corresponde. Un mismo individuo puede estar en diferentes estadios para distintos tipos de cambio.

Principio de Incertidumbre. El individuo y su familia no tienen por qué coincidir en el estadio para el mismo tipo de cambio en un momento determinado del proceso.

De ello se deduce, en primer lugar, que el estadio de cambio de un sujeto es relativo, y que carece de sentido si no se vincula a un objetivo de cambio concreto. No existe una persona precontemplativa, depende de para qué. En segundo lugar, es posible encontrar objetivos de cambio para la familia en aspectos para los que el individuo no está dispuesto a cambiar, independientemente de la etapa en que éste se encuentre.

Así pues, reducir la codependencia debe convertirse en uno de los objetivos principales de nuestra labor asistencial. No obstante, en ocasiones no es suficiente mostrarnos sensibles a las resistencias, ni asegurarnos de que los mensajes han sido atendidos y han quedado comprendidos, recordados y acordados, y tampoco elogiar y animar a la familia cada vez que da un paso hacia el objetivo propuesto. Si bien es cierto que en un medio que no ofrece resistencias resulta difícil introducir un cambio duradero, no lo es menos el hecho de que la codependencia nos va a suponer un fuerte obstáculo en nuestra labor de ayuda y vamos a encontrar serias resistencias al cambio.

A veces las resistencias no lo son tanto por los objetivos que se persiguen como por la forma en que se pretenden conseguir (Martínez & Trujillo, 2003). Como señalan Miller y Rollnick (1999), hasta cierto punto la resistencia es un problema del terapeuta, y si lo que se recibe es resistencia hay que cambiar de estrategia. Nuestra propuesta, como ya se argumentó más arriba, consiste en ***partir de la demanda explícita y reformularla sin apartarse de ella***. Resulta esencial ponerse de acuerdo primero en lo que se desea lograr, y después explicar cómo lograrlo. Aquí precisamente, en el cómo, está nuestra posibilidad de reformular la demanda.

SITUACIONES SECUENCIALES FAMILIARES

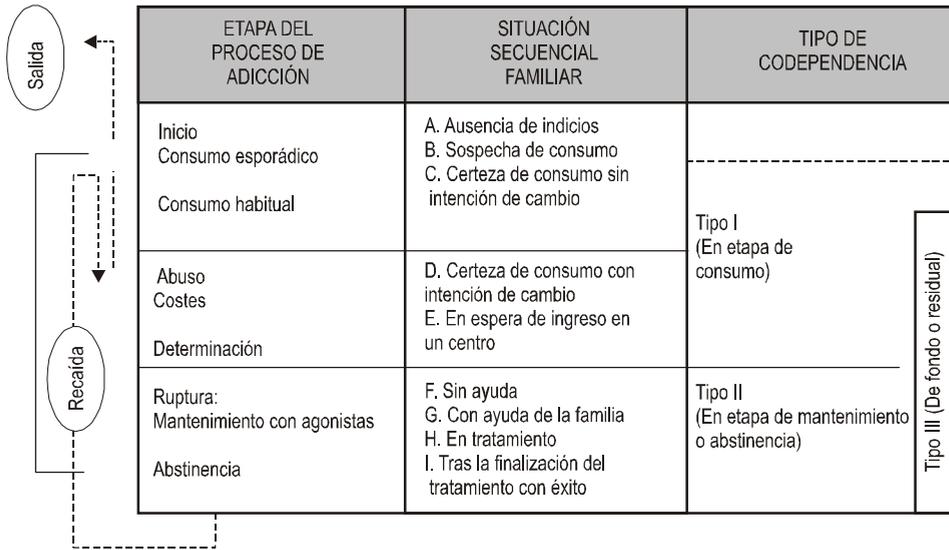
Dados dos elementos, A (individuo) y B (familia), se define una situación secuencial de B como la circunstancia que se deriva para B del conjunto de conductas de A cuando éstas están ligadas a una misma etapa de un proceso de adicción en curso. Identificar las situaciones secuenciales equivale a preguntarse en qué situación se encuentra la familia en función de la etapa en la que se encuentra el hijo.

Desde el punto de vista de la familia, aunque nos podemos encontrar diversas situaciones secuenciales (véase la figura 2), nos centraremos en tres de ellas por su especial relevancia:

1. Ausencia de indicios.
2. Certeza de consumo sin intención de cambio.
3. Período de abstinencia o mantenimiento con agonistas en tratamiento ambulatorio.

Figura 2.

Etapas, situaciones secuenciales y tipos de codependencia.



Cada situación secuencial requiere un tratamiento diferente. Cada una contiene una combinación única de objetivos de cambio, resistencias, tipo de codependencia asociada y estrategias de ayuda. Existen, además, dos características particularmente relevantes que aconsejan el uso de este criterio para la diferenciación de los grupos de trabajo con familias:

- En cada situación secuencial la familia presenta una disposición favorable para ejercer determinados cambios.
- Las competencias familiares requeridas para impulsar el proceso de cambio de un drogodependiente son diferentes dependiendo de cada situación secuencial concreta. Las habilidades específicas implicadas en el manejo de una situación secuencial pueden resultar contraproducentes en otra.

Para abordar una situación secuencial son necesarias cuatro preguntas:

1. ¿Cuáles son los riesgos principales en esa etapa?
2. ¿Cuáles son los objetivos (acordes con la demanda explícita) a trabajar con las familias?
3. ¿Qué acciones pueden llevarse a cabo?
4. ¿Qué tipo de resistencias nos vamos a encontrar?

Situación Secuencial 1: Ausencia de indicios

Obsérvese que el sujeto puede estar consumiendo drogas o no. En cualquier caso, desde la perspectiva familiar, lo que cuenta es la ausencia de indicios.

1.A. Riesgos

Para que el proceso de adicción se desarrolle son necesarias al menos tres circunstancias:

- a) Alta exposición
- b) Baja resistencia a la exposición
- c) Alto impacto de la sustancia

Todo aquello que favorezca la presencia de alguno de estos tres elementos se denomina Factor de Riesgo. Algunos son de naturaleza específicamente familiar:

- **Estilo rígido, negligente o visceral por parte de los padres para marcar directrices y normas:** Las normas familiares que el adolescente ha de acatar sin estar de acuerdo, sin haberlas comprendido o sin haber tenido la posibilidad de discutir tienden a ser transgredidas a la menor oportunidad en escenarios interpersonales en los que los padres no se encuentran presentes. Se produce una progresiva pérdida de información sobre las opiniones, actitudes, intereses y costumbres del hijo y por tanto se reduce

la capacidad de influencia sobre él (precisamente a costa de perseguir implacablemente lo contrario).

Por otra parte, el exceso de tolerancia puede constituir un obstáculo para el aprendizaje del joven respecto de lo que está bien y lo que está mal. En un estudio sobre los hábitos de consumo de sustancias por parte de los adolescentes españoles (Comas, 1995), éstos reconocen el hecho de que sus familias apenas marcan límites a su comportamiento, consideran esta tolerancia familiar como excesiva pero a su vez aprovechan la circunstancia para sacar el mayor partido posible de ella.

Tan perjudicial como la rigidez y la tolerancia extremas se muestra la tendencia a soportar el comportamiento del hijo hasta que resulta molesto (estilo visceral), de manera que los mismos actos pueden ser sancionados, permitidos o incluso elogiados dependiendo del estado de ánimo de los padres o de factores relativamente azarosos, difíciles de identificar y por tanto sin ofrecer indicios claros que le permitan al joven saber a qué atenerse en una situación determinada.

- **Exceso de protección:** Hacer por los hijos lo que saben hacer por sí mismos o lo que pueden aprender a hacer si se les enseña constituye una de las mayores barreras para el crecimiento y desarrollo personal. Además, la sobreprotección basada en aconsejar lo que debe y no debe hacer a fin de que no sufra las consecuencias de ciertos actos le impedirá experimentar esas consecuencias y atenerse a ellas, corrigiendo y autorregulando su propio comportamiento a través de la experiencia personal.
- **Falta de reconocimiento:** La búsqueda de reconocimiento es uno de los grandes motores de la conducta humana. Cada vez que un comportamiento nuevo de los hijos en la dirección deseada pasa desapercibido tiende a extinguirse, se apaga.
- **Escaso nivel de comunicación:** Con esto se quiere hacer referencia a cuando apenas fluye la información gratuita en la interacción familiar. La información gratuita es aquella que se ofrece sin que nadie la pida; constituye la base de las conversaciones, estrecha la confianza mutua entre los interlocutores y se puede aprovechar con eficacia para intercambiar opiniones, recibir información de difícil acceso, etc.

- **Escaso repertorio de actividades compartidas:** No compartir actividades con los hijos supone perder la oportunidad de inculcar aficiones desde muy temprano y promueve la dispersión conductual.
- **Dificultad para disfrutar dentro de casa:** La presencia de conflictos en el hogar tiende a aumentar el tiempo que los hijos adolescentes permanecen en la calle.
- **Actitud de evitación y comportamiento familiar incoherente en relación con el uso de drogas:** Un gran número de familias no desea sacar el tema con sus hijos por temor a estimular su curiosidad. Con ello no se logra evitar lo que se pretende, ya que la información acaba llegando al adolescente por otras vías. Por otra parte, desaprobado con contundencia todo lo que tenga que ver con el consumo de drogas puede producir un efecto similar al anterior pero más acentuado, ya que al expresar rotundamente su postura los padres fomentan el silencio del hijo al respecto si éste discrepa de su opinión.

Más frecuente es, sin embargo, mantener una actitud incoherente entre lo que se dice y lo que se hace. Por ejemplo, si los padres dejan por una parte claro al hijo que tiene que saber negarse a ofrecimientos, pero por otra insisten a sus invitados en probar el exquisito licor del pueblo cada vez que van a casa no aceptando un *no* por respuesta, le están transmitiendo inadvertidamente que negarse a un ofrecimiento es inútil en ciertas ocasiones, y que en estas circunstancias especiales el alcohol no sólo es aprobado sino que constituye una obligación social.

1.B. Objetivos (acordes con la demanda explícita)

Promover un estilo educativo que facilite:

- Reducir la exposición.
- **Aumentar la resistencia a la exposición** (si el joven está expuesto, que no pruebe la sustancia).
- **Reducir el impacto de la sustancia** (si el joven prueba la sustancia, que no le resulte útil).

1.C. Acciones

Fundamentalmente, la **intervención familiar preventiva** hay que dirigirla al abordaje de los factores de riesgo propios del proceso de entrada (PNSD, 2002; PPD, 1996):

- **Promover la autonomía:** Enseñar a los hijos a valerse por sí mismos en lo que respecta a tareas, actividades y competencias acordes con su edad y con sus posibilidades constituye una labor compleja. El estilo propugnado por el Modelo de Competencia (Albee, 1980; Costa y López, 1987), según el cual la mejor ayuda es aquella que implica la posibilidad de prescindir de ella, no sólo abarca los escenarios propios de la relación de ayuda, sino que puede ser promovido desde el sistema familiar. Lo importante es conseguir suscitar el deseo del hijo por aprender y guiarle en nuevas competencias, reduciendo la supervisión poco a poco hasta que deje de ser necesaria.
- **Mostrarse recompensante:** El primer paso para potenciar la autoestima de los hijos consiste en saber elogiarlos y mostrar reconocimiento y atención cada vez que hacen algo bien o cada vez que intentan hacer algo, aunque aún no lo hayan aprendido a hacer correctamente. Una sonrisa, un beso, dar las gracias, mostrar interés o expresar reconocimiento son ejemplos de comportamientos paternos que, aplicados oportunamente, impactarán más en la conducta futura de los hijos que los consejos, advertencias y castigos.
- **Adoptar un estilo de educación participativo:** Siempre que sea posible conviene estimular en los hijos su propia toma de decisiones sobre los asuntos que les conciernen. Las imposiciones se acatan, pero no se internalizan, no se hacen propias. El motor de la conducta se traduce en el temor a las consecuencias de desobedecer, pero se mantiene el deseo persistente de transgresión.

En la misma línea se sitúa la actitud de permitir que los hijos expresen su punto de vista a pesar de que entre en conflicto con el propio, o el esfuerzo por entender cómo se sienten y hacérselo saber. Entender a los hijos no significa estar de acuerdo con ellos; es más, los intentos de empatizar con el malestar de los hijos son compatibles con la persistencia de la postura propia y no promueven el deterioro de las relaciones.

1.D. Resistencias

Ninguna en particular salvo las propias de cada sistema familiar, dado que no han hecho su aparición fenómenos de codependencia.

Situación Secuencial 2: Certeza de consumo sin intención de cambio

Esta situación se corresponde con un proceso de recaída en estadio precontemplativo.

2.A. Riesgos

- Sobredosis, accidentabilidad, cronicidad, conductas violentas, actos delictivos, infecciones, problemas de salud, psicopatologías, deterioro de las relaciones entre los padres, de los padres con los hermanos y de los hermanos entre sí, y desarrollo de mecanismos homeostáticos dentro de la familia en torno al problema, perpetuándolo inadvertidamente (incremento de la codependencia Tipo I).

2.B. Objetivos (acordes con la demanda explícita)

Facilitar la decisión de abandonar el consumo:

- Que solicite tratamiento para interrumpir el consumo.
- Si no lo interrumpe, procurar que afecte lo menos posible a la familia.

2.C. Acciones

Incrementar los costes a fin de facilitar la determinación de interrumpir el consumo. Intentar concienciarle de que lo deje, o ayudarlo incondicionalmente, no suele ser eficaz para lograr el cese del consumo. Lo que moviliza a un drogodependiente a abandonar el consumo de drogas es experimentar repercusiones seriamente desfavorables. Si una familia desea que su hijo interrumpa el consumo y la concienciación no ha servido, tendrá que ayudarlo aumentando los costes para facilitar la determinación.

En cuanto al segundo objetivo lo que se plantea lograr es, al menos, que el consumo no interfiera gravemente con el funcionamiento familiar. La aplicación de una serie de condiciones de convivencia pueden servir a este propósito (no consumir en casa, no llegar bajo los efectos de la sustancia, etc.).

En cualquier caso, resulta más efectivo preparar a la familia para afrontar las etapas de consumo cuando el hijo se halla en período de deshabitación.

2.D. Resistencias

Como ya se mencionó más arriba, es probable que haya hecho su aparición en alguna medida la Codependencia Tipo I (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Codependencia Tipo I: En etapa de consumo

Características	Efectos en las resistencias al cambio
Vergüenza y discreción. Indefensión.	Restricción de las fuentes potenciales de ayuda. Bajas expectativas de autoeficacia. Percepción de que los resultados son independientes de sus esfuerzos.
Reproches y amenazas que no se cumplen.	Convicción de que algunas pautas no funcionan porque «ya lo han hecho».
Agotamiento físico y trastornos psicosomáticos.	Problemas añadidos que requieren atención y tiempo.
Ocupan mucho tiempo en la exposición detallada de incidentes.	Escasas oportunidades para centrarse en pautas de acción.
Ganas de «tirar la toalla» y no poder hacerlo para evitar sentirse culpables.	Ambivalencia. Dificultad para poner límites importantes.
Prisas y urgencia.	Sólo atienden a pautas de efecto inmediato sobre su demanda.

Asimismo, la codependencia residual o acumulativa (Tipo III) también puede estar presente en esta situación secuencial (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Codependencia Tipo III: Residual o de fondo

Características	Efectos en las resistencias al cambio
Adaptación: Habitación progresiva a la situación, pudiendo llegar a darse una reorganización familiar completa y homeostática en torno al problema hasta el punto de que la dependencia del hijo cumpla una función dentro de la familia.	Facilitación: Promoción inadvertida del avance del proceso adictivo.
Discurso centrado en el problema: Intenso malestar emocional, decepción, autorreproches, búsqueda de culpables y rastreo de errores cometidos en el pasado.	Malestar emocional que interfiere con la búsqueda fría de soluciones.
Estado de ánimo y nivel de energía en función de la evolución del hijo.	Inestabilidad dependiente de sucesos poco controlables, riesgo de abandono terapéutico.
Demanda rígida y no siempre explícita.	Riesgo de que las propuestas no se ajusten a las demandas.
Reducción de la atención a los demás miembros de la familia por parte del miembro más implicado.	Rencor y deterioro de la comunicación dentro de la familia.
Anulación de las esperanzas de «curación».	Bajas expectativas de resultados, escepticismo y desánimo.
Diferentes criterios de actuación entre los padres, culpabilización y acusaciones mutuas.	Alianzas. Complicidad. Encubrimientos.

Situación Secuencial 3: Deshabitación en tratamiento ambulatorio

Esta situación se corresponde con los familiares de un individuo que está en proceso de deshabitación en un tratamiento de carácter ambulatorio y mantiene una abstinencia sostenida o, al menos, no se encuentra en proceso de recaída.

3.A. Riesgos

- Tiempo desocupado y sin actividad.
- Exposición a situaciones de riesgo (personas, lugares y, en general, estímulos desencadenantes de deseo).
- Experimentación de episodios de deseo en ausencia de antecedentes externos.
- Cuestionamiento de la abstinencia y pérdida de efectividad de las rutinas diarias en su capacidad de proveer refuerzos.
- Reorientación de sus objetivos hacia la no detección y búsqueda de grietas en los mecanismos externos que supervisan la abstinencia.
- Manejo de las contingencias en juego y planificación de la recaída.
- La familia no recibe pautas precisas o las recibe y no las sigue.
- La familia no valora los cambios favorables.
- Desarrollo de la codependencia Tipos II y III.

3.B. Objetivos (acordes con la demanda explícita)

- Que no consuma.
- Si consume, que no continúe haciéndolo.
- Si no interrumpe el consumo, que no se consolide la recaída.
- Si se produce la recaída, que sea lo más corta posible.

3.C. Acciones

El trabajo con las familias en esta etapa resulta crucial. La familia puede contribuir en gran medida al inicio, desarrollo, mantenimiento y consolidación de los cambios aportados por el tratamiento. Es más, la funcionalidad de los cambios del usuario va a depender en buena parte del grado en que esos cambios sean a su vez funcionales para la familia.

En términos generales, el trabajo se centra en procurar que la familia comprenda la situación a la que se ha llegado y el papel que ha tenido en el proceso, que esté en contacto estrecho con el centro de tratamiento, que conozca las instrucciones, que las cumpla y que aplique las contingencias oportunas. De la misma manera, se acomete la reducción de la codependencia residual (eliminando, por ejemplo, comportamientos de vigilancia estrecha propios de los períodos de sospecha o de certeza de consumo) y se entrena en el manejo de episodios de alta probabilidad. Muy importante es, también, el aprendizaje prospectivo, preparando

a la familia para hacer frente a retrocesos y facilitando por tanto el acortamiento de la recaída si ésta se produce. Procurar, asimismo, anticiparse al caso de abandono de tratamiento en abstinencia enseñando métodos para resolver episodios de sospecha de manera que no se reactive la codependencia, el diseño de normas básicas de convivencia a fin de que un nuevo desvío no interfiera de manera desadaptativa en la vida familiar, y aprender qué actitud tomar mientras el hijo mantenga buena evolución.

Tabla 3.

Ejemplo de programa familiar para la deshabituación en tratamiento ambulatorio

-
- A. Información básica del funcionamiento del centro y de los objetivos últimos acordados con la demanda explícita (criterios de alta terapéutica).
 - B. Sentido general del tratamiento y explicación de su papel en el proceso de cambio.
 - C. Conocimiento y seguimiento de las medidas de tratamiento.
 - D. Manejo de contratiempos de alta probabilidad:
 - Intentos de incumplimiento
 - Incumplimientos consumados
 - Sospecha de consumo
 - Confirmación de un consumo
 - E. Manejo de una recaída.
 - F. Abandono de tratamiento.
 - G. Evolución favorable.
-

Como puede verse en la tabla 3, se comienza con una explicación del factor común del grupo (familias con hijos en período de deshabituación) y de los objetivos (véase situación secuencial 3, apartado 3.B.). Después se llevan a cabo una o dos sesiones dedicadas a la reducción -o prevención- de la codependencia Tipos II y III, donde se explica el proceso de adicción y se deja claro que la familia no es la responsable de la adicción de un sujeto; de hecho, no ha sido preciso mencionarla para explicar el paso de una etapa a otra. En síntesis, se procura desculpabilizar hacia el pasado y responsabilizar hacia el futuro (argumentando que la génesis del problema suele tener que ver poco con la familia y que es más bien *después*, como consecuencia del problema, cuando el sistema familiar se deteriora y se adquieren responsabilidades en su resolución). Este “alto en el camino” prepara a las familias para asumir las pautas, reglas del juego e instrucciones de tratamiento que van a ir recibiendo, a las cuales se dedican dos o tres sesiones en las que se explican las áreas en las que se suelen incorporar medidas, dependiendo del caso (horarios, administración del dinero, tiempo a solas, etc.). Es importante hacer notar que en

grupo NO se diseñan las medidas; este trabajo se hace individualmente con cada familia, y en grupo se enseña y se practica la forma de llevarlas a cabo. Una vez hecho esto, el trabajo se centra en la anticipación de contratiempos de alta probabilidad en esa etapa y su afrontamiento prospectivo (quejas sobre las medidas acordadas, intentos de incumplimiento de las mismas, incumplimientos consumados, sospecha de consumo y certeza de consumo).

A partir de aquí puede considerarse cubierta la demanda específica para la etapa de deshabitación en tratamiento ambulatorio. Las sesiones grupales restantes atienden a dos propósitos: a) manejo de retrocesos: recaídas y abandono (prevención de la codependencia Tipo I), y b) disipación de la codependencia residual (Tipo III). Este último caso se hace posible cuando la evolución del hijo es satisfactoria y estable, y persigue de forma implacable que la familia retome su propio plan de vida y se despegue del problema reorganizando los tiempos de atención que se dedican los demás miembros entre sí, incrementando el tipo y número de actividades compartidas, recuperando aficiones, retomando y potenciando el uso efectivo de su mapa social, y siendo capaces de disfrutar de situaciones variadas sin que hagan acto de presencia las rumiaciones recurrentes e improductivas propias de la codependencia.

3.D. Resistencias

Esta etapa se corresponde con el desarrollo de la codependencia Tipo II (ver Tabla 4).

Tabla 4.

Codependencia Tipo II: En etapa de deshabitación

Características	Efectos en las resistencias al cambio
«Saben» que existe una solución inmediata y fulminante para acabar con el problema (un trabajo, por ejemplo).	Dificultad para atender a pautas dirigidas al cambio a medio plazo.
Temor intenso a la recaída.	Permisos y concesiones no pactadas en el tratamiento.
Tendencia a la sobreimplicación de algún miembro y al distanciamiento de otros, y desacreditación de la actitud del miembro más implicado.	Dificultad para organizar un frente común.
Un incidente aislado puede ser vivido como un gran retroceso, lo que a su vez es percibido como prueba de fracaso.	Dificultad para retomar la normalidad tras un incidente puntual.
Desconfianza permanente.	Dificultad para reducir el control externo y para promover la autonomía.
Necesidad de sentirse útil.	Resistencias a promover la autonomía.
Imagen clara y desproporcionada del ideal perseguido.	Listón muy alto, dificultad para reparar en avances intermedios. Exigencia desmesurada.

Asimismo es posible, sobre todo si ya se han producido retrocesos con anterioridad, la reactivación de la codependencia residual (Tipo III).

CONCLUSIONES

Las implicaciones prácticas del Modelo Secuencial, aunque también afectan directamente a la terapia familiar, se reflejan muy particularmente en el trabajo con grupos de familias.

Concretamente, propone:

- a) No mezclar, en un mismo grupo, familias con distintos tipos de codependencia, particularmente el Tipo I con el Tipo II.
- b) Aprovechar las etapas de deshabituación para enseñar todo lo posible, incluyendo formas de actuar en caso de recaída o abandono de tratamiento (prevención de la Codependencia Tipo I).
- c) Centrar el contenido de las sesiones, más que en el aprendizaje de una serie de habilidades, en el manejo de episodios de alta probabilidad identificados secuencialmente en la etapa del proceso de adicción que esté atravesando el drogodependiente. El eje es el contratiempo a manejar, y se entrenan los oportunos componentes de diversas competencias relevantes para ese afrontamiento específico, en lugar de enseñar la habilidad y utilizar ejemplos de contratiempos posibles.

Como se apuntó en la introducción, no se llevó a cabo un estudio comparativo. No obstante, la tasa de adhesión al programa rozó el 100% y el equipo terapéutico percibió una notable facilidad para trabajar de forma individual con las familias que habían pasado por grupo en relación a las que no lo habían hecho, en su intento de promover cambios hacia la consecución del alta terapéutica.

REFERENCIAS

- Albee, G.W. (1980). A competency model to replace the defect model. En M.S.Gibbs, J.J. Lachmayaer & J. Sigal (eds.). *Community Psychology* (pp. 213-238). New York: Gardner.
- Comas, D. (1995). *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90*. Madrid, Instituto de la Juventud.
- Costa, M. y López, E. (1987). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Miller, W.R. y Rollnick, S.(1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

- Martínez, J.M. y Trujillo, H.M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- PNSD - Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid, Ministerio del Interior.
- PPD – Programa de prevención de drogodependencias en centros educativos de la Comunidad de Madrid (1996). *Módulo Familias*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, Comunidad de Madrid y Ayuntamiento de Madrid.
- PRDCM - Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid (1995). *Intervención Familiar*. Madrid, Consejería de Integración Social.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (coord). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Citran.
- Stanton, M.D. y Todd, T.C. (1990). Principios y técnicas para lograr que las familias “resistentes” colaboren con el tratamiento. En M.D. Stanton, T.C. Todd y cols. (comp.), *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas* (pp. 73-98). Barcelona: Gedisa.
- Vacca, R. (2003). La co-adicción, aspectos culturales y clínicos para su aprendizaje. *Revista Peruana de Drogodependencias*, vol. I, nº I., 231-253.
- Werch, C. E. y DiClemente, C.C. (1994). A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.

APORTES DE LA EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA EN LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS.

Hugo Miguez¹

Programa de Epidemiología Psiquiátrica.
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas

RESUMEN

Se analiza las perspectivas de nuevos enfoques epidemiológicos dirigidos al tema del uso de sustancias adictivas. Se considera el desarrollo de una epidemiología comunitaria con participación de los grupos que están en la comunidad. Se toma como referencia experiencias realizadas en Argentina en el diseño de centros de estudios locales orientados a apoyar los programas de prevención del uso de sustancias adictivas. Se plantea como eje metodológico el respeto a la diversidad cultural, la participación de la comunidad y la reivindicación de las problemáticas locales como eje de una estrategia local.

Palabras clave: Prevención, Adicciones, Drogas, Alcohol

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the prospect of new epidemiological approaches towards the use of addictive substances. It considers the development of a community epidemiology, with the participation of groups that belong to the community. The experience developed in Argentina in the design of local study centers, oriented to support the prevention of addictive substances, is used as a reference. Respect for cultural diversity, community participation, and the

¹ Correspondencia a: Hugo Miguez. E-mail: miguez@ciudad.com.ar

vindication of local problems as the core of a local strategy is set out as methodological axis.

Key words: Prevention, Addictions, Drugs, Alcohol

Acerca de una pedagogía de la prevención comunitaria en el tema del abuso de sustancias psicoactivas.

El problema.

La reformulación del Estado en la década del 90, entre sus diversos efectos, cuenta el agravamiento de la debilidad que arrastraba desde tiempo atrás el campo educativo. Y, si “la cultura es también constitutiva de la mente” (Bruner, 1990), las consecuencias de estas últimas décadas han dejado su impronta sobre la manera de ver y sentir de los jóvenes actuales.

Hoy, podría asegurarse que las aspiraciones con la que crece un niño o niña de diez años, en Buenos Aires, tienen un recorte social que lo diferencia significativamente de alguien de su misma edad hace unas décadas atrás. El deterioro del sistema público, dentro del cual la escuela modelaba sus expectativas y lo preparaba para tratar de alcanzarlas, impactó sobre su idea de futuro transformándolo en un lugar mucho más incierto. Los esfuerzos que antes prometían el ascenso social hoy no garantizan tan siquiera conservar el lugar económico que alcanzaron los padres. Este decaimiento general de la educación impactó directamente sobre el aprendizaje. Un estudio (UNESCO - OCDE, 2000) entre estudiantes de 15 años de edad de 41 países indagó «en qué medida los jóvenes de 15 años que se aproximan al fin de la escolaridad obligatoria están preparados para satisfacer los desafíos de las sociedades de hoy». La investigación de la UNESCO revela que el 44 por ciento de los adolescentes argentinos de 15 años tiene serios inconvenientes para comprender textos sencillos, ocupando la Argentina el puesto 33^a, México el 35^o, Chile el 36^o y, Brasil 37^o.

La escuela, aún a pesar de encontrarse debatiendo la salida de su propia crisis y sin que se haya dado solución a las condiciones en las que debe desenvolverse, es responsabilizada de diversas tareas sociales. Tal es el caso de la percepción tradicional sobre la educación formal concebida como el lugar central de la prevención para evitar el uso de drogas.

Esta caracterización ha sido recurrente, tanto por la visualización de la escuela como ámbito ideal para la “transmisión de valores contra las drogas” como por la percepción que la coloca como contenedora “natural” de una población en riesgo, definida “adultocéntricamente” sólo en los más jóvenes.

Al día de hoy, lo cierto es que centrar en la educación formal el grueso de los esfuerzos preventivos, se presenta como un despropósito. Vale considerar, por ejemplo que una escuela desmantelada por años de desatención, no está en situación de hacerse cargo de una demanda que le pide la contención de la exclusión social en momentos que, ella misma, tiene que resolver el desgranamiento de los niños de sus aulas. Por otra parte, aún en la población que mantiene su escolarización, se introducen nuevos y difíciles conflictos entre la cultura del reservorio escolar y la que trae el niño (cada vez más numeroso) de los sectores excluidos, haciendo que los docentes se enfrenten a un nuevo interlocutor histórico, portador de lenguajes y referencias culturales ajenos a los códigos conocido (Davini, 2001).

Mientras estas problemáticas se resuelven, dentro de los tiempos que tiene la organización escolar y de los recursos disponibles con los que cuenta para esto, las urgencias sociales apremian una respuesta preventiva al tema del uso de sustancias adictivas en los jóvenes. Parte de esta respuesta, en la actualidad, requiere aportar nuevos desarrollos y, este es el caso, de una pedagogía preventiva alternativa, con participación de los grupos que están en la comunidad dando una respuesta social.

Sobre una prevención desde la comunidad

Hoy en día comienza a resultar claro que la prevención en materia de uso de sustancias adictivas requiere otros desarrollos además de la incorporación de temas en el currículo educativo o la diseminación de mensajes por los medios de comunicación. Es el caso de considerar como apoyar metodológicamente vías de acción que sean posibles con los recursos habituales (no extraordinarios) y que sean, por tanto, sustentables en el tiempo. Esto es, una estrategia dirigida a las comunidades que tome en cuenta algunos principios básicos.

En primer lugar la consideración de la diversidad social. A mediados de la década del 70 (Marconi, 1980) escribía sobre la presencia de una “barrera cultural” en el campo de la salud y la enfermedad que confrontaba la lectura universitaria de los sectores medios altos, de influencia norteamericana y europea, de la

interpretación de esos mismo fenómenos desde la cultura popular-aborigen del sector marginal-campesino. En la actualidad este clivaje se mantiene y hay elementos para sostener que se ha profundizado en relación directa con el aumento de la brecha económica en los países no desarrollados. En esta medida los esfuerzos para un alcance efectivo de los contenidos preventivos tiene que ver con la suspensión de la lógica etnocéntrica (Davini, 2001) en el trabajo pedagógico y de la guía de los esfuerzos preventivos mediante la comprensión de las temáticas de los diversos grupos de la comunidad y sus particularidades.

En segundo lugar, la inclusión de la propia comunidad como participante en el diseño, ejecución y evaluación de la estrategia preventiva. La participación comunitaria es la condición para que las personas con problemas y necesidades de vida compartidas localmente, identifiquen sus necesidades, tomen decisiones y establezcan mecanismos consensuados de búsqueda de soluciones. En esta línea el papel del técnico es caracterizado (Organización Panamericana de la Salud, 1999) como dirigido a “abandonar el lugar tradicional de experto que entrega instrucciones y recomendaciones, reemplazándolo por el de un cooperante que aporta información, conocimientos y herramientas a los otros sectores y a las comunidades para realizar las tareas en forma conjunta”.

En tercer lugar, la necesidad de extraer el material de la prevención desde la propia realidad local. En América latina se enfrentan con frecuencia los problemas endémicos de la pobreza en coexistencia con los trastornos de los países desarrollados. Es decir, la convivencia en el mismo hospital del adolescente con sobredosis de drogas y el niño desnutrido, las manifestaciones del SIDA junto con las del cólera, el alcohol en el accidente de tránsito y, también, el alcohol en el abuso de los niños que viven entre el hacinamiento y la calle. Al interior de los propios países se reproducen de manera desigual estas situaciones de acuerdo a los recursos con que cuentan zonas urbanas o rurales, integradas o marginales. De esta forma interpretar la salud en el contexto local es el paso necesario para el diseño de mensajes que atiendan el problema real, tal como lo viven sus habitantes en sus comunidades.

Respeto a la diversidad cultural, participación de la comunidad y reivindicación de las problemáticas locales constituyen el eje de una estrategia comunitaria que procure la prevención del uso de sustancias adictivas en su lugar.

Experiencia desde la epidemiología comunitaria.

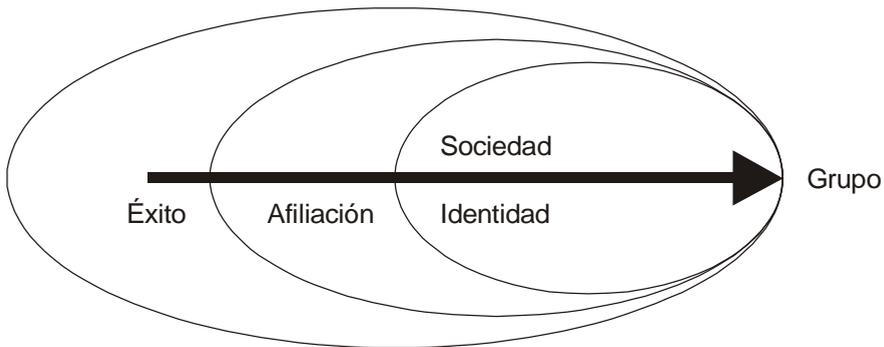
Organización:

El diseño de una organización con un papel preventivo de esta naturaleza fue desarrollado a fines de la década de los 90 en Argentina y se diseñó como una red de Centros de Estudios Locales sobre Riesgo Psicosocial –CEL (Miguez, 1998). Su punto de partida fue el acento en la identificación de instituciones de la comunidad con programas de prevención del uso de sustancias adictivas en la comunidad y se llegó, a cada uno de ellos, con una propuesta de capacitación sobre sus cuadros técnicos que les permitiera crear un equipo de investigación-prevenimiento comunitario en estos temas. Esto determinó que la red resultante de centros tuviera asiento en una pluralidad de organizaciones comunitarias, fue el caso de universidades públicas y privadas, municipalidades, Cruz Roja, Hospitales, Club de Rotarios, Centros de CONICET, Comunidades terapéuticas, Fundaciones y programas provinciales de prevención⁴

Estos centros, son el núcleo de una estrategia en epidemiología comunitaria, que responde a un enfoque caracterizado por la descentralización, la intersectorialidad, y la capacitación sobre la propia práctica. Sus protagonistas fueron buscados dentro de las organizaciones que constituían “la primera línea de respuesta comunitaria”: el club que convoca y organiza a los jóvenes del barrio en el deporte, el puesto de salud que hace educación y control de salud desde la unidad sanitaria, las organizaciones locales que apoyan medidas para la mejora de la calidad de vida de los vecinos, la iglesia y también la escuela cuando se extienden comunitariamente en programas dirigidos a promover el desarrollo de los jóvenes, entre otras organizaciones sociales. Cada uno desde su práctica cotidiana delimita un área que responde a su propia acción y, si bien quizá no hay otros criterios comunes más allá de lo que significa la necesidad de una respuesta social, lo cierto es que estos son los ámbitos reales donde en la práctica se cumple efectivamente la acción preventiva.

Monitoreo

El registro del uso de sustancias adictivas se inscribe no sólo en las prácticas sino en las actitudes, valores y creencias que expresan la posición de la persona frente a ellas. Esta inscripción y sus cambios constituyen el objeto del monitoreo que como un sistema de cajas chinas, donde una contiene a la otra, la relación entre el sistema de representaciones sociales, el imaginario de los grupos y la identidad que estructura el adolescente están fuertemente vinculadas. El joven desarrolla su identidad dentro de un sistema de creencias vigentes en un momento dado para la sociedad y que, a su vez, es interpretado por diferentes grupos que le son significativos para construir su identidad. En este proceso, la percepción del uso de sustancias asociadas con estilos de vida atractivos transcurre por imágenes-señuelo que, al igual que en el campo cinegético, tienen como función atraer e inducir al consumo mediante una vinculación falaz entre una práctica y una sustancia adictiva. (Las sustancias adictivas legales como el alcohol y el tabaco son un claro ejemplo de esta relación). Estas representaciones constituye el objeto al cual se dirigen las acciones preventivas, procurando construir barreras para los no iniciados y desalentando a los que han comenzado a usar estas sustancias.



⁴ El lector puede remitirse a la siguiente pagina web para mayor información: <http://www.geocities.com/cel50>

La finalidad del monitoreo sobre creencias, actitudes y prácticas relacionadas con el uso de drogas es lograr que las organizaciones “de la primera línea comunitaria” puedan realizar por sí mismas el seguimiento de este imaginario examinando su naturaleza y alcance para diferentes grupos.

En estos casos además de los procedimientos de selección aleatorios se sumó una estrategia de muestras intencionales donde la representación “*empieza y acaba en la comunidad local*”. Esto, en la medida que los límites de estas áreas están dados por la acción que se lleva a cabo y son un territorio programático que entiende (y que le es suficiente) que cada grupo respondiente solo se representa a sí mismo.

La definición de instrumentos como encuestas es consensuado con la comunidad y es de aplicación asimismo no solo para el diseño de la acción sino para la medición del impacto de las intervenciones preventivas.

Reflexión y acción comunitaria

El modelo de epidemiología comunitaria que parte de incorporar a la comunidad como protagonista en la producción de conocimiento necesariamente lleva a revisar las formas de “devolución” que los modelos tradicionales de diagnóstico comunitario han aplicado hasta la fecha. Estos, en general, siguen el modelo de la clínica individual que se generaliza al campo social como un procedimiento de doble transferencia, primero de los datos de la comunidad al observador externo y luego las conclusiones, “enseñadas” desde el observador hacia la comunidad.

El presupuesto sobre el que apoya ese modelo tiene que ver con una definición del vínculo comunitario donde uno de los polos concentra el saber experto sobre el otro y lo transfiere en tiempo y modo a determinar al meramente receptor.

En las experiencias conocidas esto se tradujo por un conocimiento epidemiológico escasamente difundido, no solo por el interés o no que pusiera el grupo experto sino por la actitud del propio grupo «receptor» que, al sentirlo una información «externa» difícilmente iba más allá de los porcentajes más gruesos de prevalencia de consumo. El manejo de esta “estadística porcentual” por parte de los grupos fue siempre una “experiencia antieducativa” (Dewey, 2000) que

tuvo el efecto de detener o perturbar el desarrollo de una real apropiación de los conceptos y la metodología de una epidemiología comunitaria.

El proyecto de los Centros de Estudios Locales planteo como eje la idea que no hay ni un proceso de transferencia de información básica a un grupo experto ni, tampoco, una transferencia de conclusiones hacia la comunidad. Es decir, no hay «devolución» porque la información no ha sido vertida en un lugar diferente al que la recogió. Así como el proyecto de los Centros de Estudios Locales, no se basa en una investigación externa o ajena al grupo involucrado, tampoco entiende que los resultados deban elaborarse en y desde otro ámbito que no sea el propio grupo. Partiendo de la base de la importancia de la organización comunitaria como resignificador de los hallazgos epidemiológicos.

El propósito de esta metodología es reunir en la práctica a la comunidad con sus propios datos. El instrumento para esto es el Taller donde se lleva a cabo el análisis de resultados sobre los datos recogidos y sobre los cuales se fijan las líneas de acción. Es la manera que el médico obtiene explicación no solo de la consulta del menor que inhala sino de cómo ha comenzado en la estación de trenes o en la plaza, que el psicólogo visualiza la tolerancia social en la que prospera el síntoma que atiende, que la asociación de padres de la escuela percibe en los escolares que están y también en los que ya no están, el diálogo global de escuela y comunidad.

El desarrollo de un trabajo efectivo con los propios resultados epidemiológicos y como parte de una operativa pedagógica no ha sido una experiencia frecuente en nuestro medio. Más aún, el ejercicio de una epidemiología con mirada hacia lo psicológico y lo social tiene una extensa historia de censura y, en la actualidad, quizá como parte de esta historia, la predominancia de una mirada clínica-individual opaca la visión de la naturaleza social de los problemas de uso y abuso de sustancias psicoactivas y dificulta con frecuencia cualquier enfoque que vaya al campo comunitario. Desafortunadamente lejos aún de comprender aquello de que “los seres humanos no terminan en su propia piel porque son expresión de la cultura” (Bruner, 1990).

Consideraciones finales

Si la epidemiología comunitaria aporta herramientas a la comunidad mediante la capacitación e inclusión de las organizaciones locales, es posible que

la prevención llegó más allá que la mera información sobre sustancias para pasar a ser una herramienta de concientización que muestra que los problemas de las sustancias adictivas son, antes que nada, un problema de personas que las consumen. La comprensión de sus creencias, actitudes y prácticas es posible trasladando el laboratorio al terreno y no a la inversa y desde allí capacitar a los propios involucrados y sus organizaciones hasta alcanzar acciones preventivas intencionadas y eficaces.

REFERENCIAS

Bruner, J. (1990). Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza Editorial.

Davini, M.C. (2001). La formación docente en cuestión: política y pedagogía. Buenos Aires: Paidós.

Dewey, J. (2000). Experiencia y educación: la educación tradicional frente a la educación progresiva. Mexico,DF: Ed. Lozada.

Marconi, J. (1980). Programa integral. San José: Instituto Nacional sobre Alcoholismo.

Miguez, H. (1998). Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Organización Panamericana de la Salud (1999). Planificación local participativa. Washington: Autor.

UNESCO – OCDE (2000). Literacy skills for the world of tomorrow – Further results from Pisa 2000. Paris: Autor.

Recensiones

MOTIVATIONAL INTERVIEWING. PREPARING PEOPLE FOR CHANGE.SEGUNDA EDICIÓN.

William R. Miller & Stephen Rollnick (2002)
New York, NY. : Guilford Press. 428 pags.

La aparición de la primera edición suscito un movimiento de estudio importante en el área de las drogodependencias, promoviendo el abandono de ideas dicotomicas sobre el proceso de recuperación y resaltando la pertinencia de contar con una perspectiva procesual del cambio. Sustentado en principios humanistas y en el modelo transteórico de cambio, ofrece al terapeuta y consejero una aproximación basada en la colaboración mutua, la motivación intriseca y la autonomia. En términos generales las tres primeras secciones no difieren de la primera edición. Sin embargo, en la cuarta parte se incluyen capitulos especificos preparados por los más connotados exponentes de en entrevista motivacional (EM).

Inicia esta cuarta sección un excelente capitulo sobre la “Entrevista motivacional y los estadios de cambio” escrito por Carlo DiClemente y Mary Marden Velasquez. Este capitulo describe la articulación de las estragias de la EM con los diversos estadios. De esta manera, se tiene indicaciones claras sobre el abordaje necesario para lograr el transito de un estadio motivacional a otro.

Seguidamente, tenemos a un capitulo dedicado a la eficacia de la EM. Esta es una de las más logradas revisiones sobre efectividad de la EM disponibles, seleccionadose 26 estudios que cumplan con el rigor metodológico pertinente. Una de las principales conclusiones de esta revisión es que ninguno de los estudios reporta la evaluación de intervenciones basadas en EM “pura”. Todos los estudios incluyen adaptaciones o AMI’s (por sus siglas en inglés, Adaptation of Motivational Interviewing). Otra conclusión relevante es que en las áreas de tratamiento de dependencia al alcohol y otras drogas, los AMI’s (de una a cuatro sesiones) han mostrado buenos resultados, siendo significativamente superior al “no tratamiento”.

En el capitulo relacionado a la EM en ambitos medicos y de salud pública se presenta una detallada explicación de su aplicvación en trastornos no adictvos y

enfermedades crónicas. En concreto se presentan experiencia de trabajo en áreas como dieta y cambio en la actividad física, adherencia a la medicación, prevención del VIH, prevención de enfermedades cardiovasculares y manejo de la diabetes.

Un capítulo de imperativa lectura para los terapeutas es el de “EM y adherencia al tratamiento”. En él se responde preguntas importantes: ¿Qué significa adherencia? ¿Qué evidencia se tiene de que la EM ayuda a construir la adherencia? ¿Es la EM eficaz en promover la adherencia al tratamiento comparándolo con otras intervenciones? ¿Cuáles son los “ingredientes efectivos” de la EM usados para incrementar la adherencia? Se incluye además, una descripción de las estrategias que pueden ser utilizadas en situaciones de riesgo para la ocurrencia de la no adherencia.

El capítulo sobre EM con adolescentes y jóvenes resultará de extremo interés dado que no solo tiene fines terapéuticos, sino también de orientación y consejería. Se hace una introducción realizando algunas consideraciones evolutivas sobre la adolescencia y juventud, indicando que su espectro de análisis no solo incluye las drogodependencias, sino también otras conductas de riesgo. De otro lado, se consignan datos sobre la EM como estrategia de intervenciones en la prevención indicada e intervenciones terapéuticas basadas en la terapia de construcción de la motivación. Este capítulo releva el rol de las intervenciones breves y su potencial beneficioso para este tipo de grupo de edad.

Visto en su conjunto, este volumen ofrece la mejor información disponible sobre EM y servirá como referente para todos aquellos que trabajan la consejería y tratamiento de las drogodependencias. Como podemos analizar en cada una de sus páginas de este libro, el aporte de la EM se hace cada vez más robusto, influyendo en el diseño de los actuales programas de tratamiento. Ningún programa en la actualidad, que se presenta como tal, obvia los aspectos motivacionales. Pero además de este aspecto hay un elemento que resulta de enorme significación, y es que releva el papel del sujeto activo, con autodeterminación y generador de su motivación para cambiar.

William E. Cabanillas

INSTRUMENTOS CLÍNICOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA DE COCAÍNA

Antoni Tejero i Pociello & Joan Trujols i Albet (2003)
Barcelona: CITRAN – Ars Medica. 98 pags.

Habiendo leído los trabajos de Joan Trujols y Antoni Tejero sobre el modelo trasteórico de cambio, vimos con mucho entusiasmo la aparición de este volumen que es un aporte valioso a la evaluación de las drogodependencias en habla hispana. Estando en declive el consumo de heroína en España, se observa con gran preocupación que el uso de cocaína va tomando cada vez mayor relevancia. Esto lleva a que clínicos e investigadores concentren sus esfuerzos en diseñar programas terapéuticos adecuados, y por supuesto, contar con una instrumentación adecuada para evaluar su complejidad. En los países latinoamericanos tenemos una amplia experiencia en la intervención terapéutica en la dependencia a cocaína, pero aun carecemos de una cultura de investigación y sistematización que saque provecho de todo lo que sabemos hasta el momento. Uno de esos aspectos aun por explorar se asocia a la evaluación.

Las seis secciones del libro comprende la evaluación de todas las manifestaciones de la dependencia (*Evaluación de la Gravedad del Trastorno por Dependencia, Evaluación del Síndrome de Abstinencia de Cocaína, Evaluación del Craving de Cocaína*) y procesos asociados a la recuperación del paciente (*Evaluación de los Estadios y Procesos de Cambio en la Dependencia de Cocaína, Evaluación de la Motivación para el Cambio en la Dependencia de Cocaína*). Esta variedad de temas lo hace un texto integral de evaluación.

El libro incluye versiones en español del *Índice de Gravedad a lo Largo de la Vida para el Trastorno de Consumo de Cocaína* (LSI– Cocaine; Hser, Shen, Grella y Anglin, 1999), la *Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína* (CSSA; Kampman et al.,1998), el Cuestionario de Craving de Cocaína (CCQ; Tiffany, Singleton, Haertzen, y Henningfield, 1993), la *Escala de Componentes Obsesivo-Compulsivo de la Dependencia de Cocaína de Yale - Brown*, la *Escala*

de Evaluación del Cambio de Rhode Island (URICA), el Cuestionario de Procesos de Cambio (PCQ), la Escala de Balance Decisional (DB) y el Cuestionario de Autorregulación para la Cocaína (CAC).

El distintivo principal de esta publicación se encuentra en el equilibrio que muestra para ofrecernos desde datos psicométricos hasta una sobria presentación de aspectos teóricos. Aunque breve en extensión, este libro es una guía de necesaria consulta y aplicación.

William E. Cabanillas

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

Ioseba Iraurgi & Francisco González Saiz (2002)
Barcelona: Aula Médica Ediciones. 511 pags.

A dos años de su publicación rescatamos para nuestras reseñas un libro que consideramos de necesaria consulta para la intervención clínica, evaluación de programas de tratamiento e investigación de las drogodependencias. *Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias* une el esfuerzo académico de un cuerpo de especialistas españoles con amplia experiencia en la investigación clínica y psicométrica. El volumen se inicia con un excelente prólogo de Maurizio Colletti, quien hace mención de dos importantes dificultades. La primera, asociada a la necesidad de que los instrumentos en drogodependencias midan el mayor número de características en los usuarios de servicios terapéuticos. Segundo, la necesidad de que sean fáciles de usar, disminuyendo al máximo la interferencia que pueden producir en el establecimiento de una adecuada relación terapéutica. En sus catorce secciones, queda bastante claro que este libro no tiene una exclusiva pretensión de consignar datos sobre validez y confiabilidad, sino también de proveer teoría pertinente y lucido análisis.

La primera sección nos muestra un trabajo de ubicación conceptual, dándonos lineamientos básicos sobre la teoría de la medida e instrumentos de evaluación en drogodependencias. Junto a la definición teórica sobre evaluación y medición, escalas de medida, validez y confiabilidad; la sección incluye una clasificación de los instrumentos de evaluación en función de su *complejidad* (test psicológicos, escalas de valoración y entrevistas semi-estructuradas), *propósito*, *características de construcción* y en función de su utilización en la *evaluación clínica* (instrumentos de cribado, instrumentos de diagnóstico, instrumentos para la evaluación de los problemas relacionados al consumo de sustancias, instrumentos para el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica e instrumentos para la evaluación de los aspectos motivacionales o disposicionales). En realidad esta sección da la base teórica para entender con mayor claridad los otros capítulos. En otra sección se hace una completa revisión de diversos instrumentos en drogodependencias que han sido

adaptados al idioma castellano, incluyendo sus fichas técnicas respectivas y datos de localización para que investigadores e interesados puedan obtenerlas.

Partiendo desde una perspectiva de salud comunitaria, se presenta una sección sobre instrumentos e indicadores para el cribado. Además de hacer una delimitación conceptual, se describen los diversos métodos de cribado (cribado basado en la entrevista clínica y cribado basado en cuestionarios). Además se describen e incluyen en versión castellana tres instrumentos ampliamente utilizados en el cribado: el CAGE, el CBA (*Cuestionario Breve para Alcohólicos*) y el AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*).

El libro comprende una sección que revisa los instrumentos de evaluación del proceso de desintoxicación para la valoración del síndrome de abstinencia. Se hace una diferenciación de los diversos procedimientos de evaluación por sustancia: alcohol, anfetaminas, cocaína, nicotina, opiáceos y benzodiazepinas. Se incluye, además, diversos instrumentos en versión castellana: el CIWA-AR (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol – Revised*), la Escala de Síntomas de Abstinencia al Tabaco, el OWS (*Opiate Withdrawal Scale*), y el CIWA-B (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Benzodiazepines*).

La quinta sección del libro se concentra en la evaluación diagnóstica de la dependencia, que se inicia con la descripción de los sistemas de clasificación DSM y CIE. Del mismo modo, se describe las principales entrevistas diagnósticas generales: el CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), el SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*), SCID (*Structured Clinical Interview for DSM*). Asimismo, se consigna escalas de valoración en la que destaca el ASI (*Addiction Severity Index*) y el DAST (*Drug Abuse Screening Test*). Seguidamente, se desarrolla la evaluación de la comorbilidad en drogodependencias, repasándose su historia y evolución conceptual, además de describir las distintas modalidades de screening.

Las secciones posteriores aluden a estudios psicométricos bastante rigurosos sobre el ASI, OTI (*Opiate Treatment Index*), el DTCQ-H (*Cuestionario de Confianza ante Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas-Heroína*), y áreas de evaluación asociadas (evaluación de resultados de tratamiento, evaluación del funcionamiento familiar, y evaluación de la calidad de vida).

Como se puede apreciar, este libro comprende las grandes áreas prioritarias

de evaluación de las drogodependencias y representa un esfuerzo significativo por acopiar y sistematizar la información más relevante. La inclusión de instrumentos en versión castellana allana el camino para iniciar en nuestros países diversos estudios de adaptación lingüística, validez y confiabilidad. Esto eleva su importancia, trascendiendo la función de texto de consulta y convertirse en motivador para el mejoramiento de la intervención terapéutica y la investigación.

William E. Cabanillas

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Los trabajos serán aceptados a partir de una exhaustiva evaluación de su relevancia teórica y aplicada, siendo un eje central de evaluación la rigurosidad con la que se trate el tema.

Las contribuciones deberán ser inéditas y no estar consideradas en otra revista para su publicación. La extensión máxima de un artículo no excederá las 30 páginas escritas a doble espacio, teniendo un resumen en inglés que contenga entre 100 a 150 palabras

En la primera página del artículo irá el título del artículo en español y en inglés, los nombres de los autores, la institución u organismo en el que laboran, las palabras clave en español y en inglés (máximo cuatro), la dirección a la que se dirigirán las peticiones de ejemplares del artículo, y la dirección de correo electrónico del autor principal. En la segunda página se incluirá el resumen en inglés y en la tercera página el resumen en español. En la cuarta página se ubicará nuevamente el título en español (sin los nombres) y se dará comienzo a la introducción y demás secciones.

Para los artículos teóricos, la estructuración deberá guardar claridad y coherencia realizando una exposición ordenada en la que conste un planteamiento general, el estado actual del problema, los objetivos del trabajo y conclusiones. En el caso de los trabajos empíricos se incluirá los siguientes apartados: introducción, método (sujetos, instrumentos, procedimiento, etc.), resultados, conclusiones y/o discusión. Los casos clínicos tendrán una estructura lógica y coherente: encuadre teórico, sujeto, procedimiento de evaluación, tratamiento y resultados. Igualmente, las comunicaciones cortas seguirán un orden lógico y no superarán las 15 páginas de extensión.

Las figuras, dibujos, gráficos y tablas (una en cada hoja) deberán de ser realizadas por los autores del modo definitivo en el que deseen que aparezcan y estar numeradas correlativamente, indicando su ubicación en el texto. Las fotografías o figuras equivalentes tendrán una calidad suficiente para su reproducción, y su tamaño se ajustará a una base de 7 ó 14 cms y a una altura máxima de 20 cms.

El uso de notas será mínimo y nunca a pie de página. Las que resulten imprescindibles se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos e irán impresas en una hoja separada. En todos los casos se seguirán las normas de publicación de la **APA** (Publication Manual of the American Psychological Association, 5ta edición, 2001).

Presentación de Artículos

Los trabajos serán presentados en un diskette (en versión Word para Windows) acompañado de una versión impresa al coordinador: William E. Cabanillas, Revista Peruana Drogodependencias. Investigación y Análisis., Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. Av. Benavides 2199- B, Lima 18, Perú (e-mail: wcabanillas@devida.gob.pe)

La recepción de los trabajos será notificada al autor de inmediato, y se le informará del estado del mismo. La revista se reserva el derecho de aceptar o rechazar los manuscritos recibidos, así como de solicitar las mejoras, correcciones, aclaraciones o modificaciones que considere pertinentes. Igualmente, se reserva el derecho a realizar las correcciones de estilo que se estimen oportunas.

Se entiende que las opiniones y valoraciones expresadas por los autores en los artículos son de su exclusiva responsabilidad y no comprometen la opinión de la Revista. Las actividades descritas en los trabajos publicados estarán de acuerdo con los criterios de la ética y la deontología profesional.

Evaluación de Artículos

La revista evaluará las propuestas mediante un sistema de revisión por pares o expertos (peer review). La evaluación será efectuada por árbitros anónimos, entendidos en la materia objeto del trabajo, cuya apreciación será comunicada al editor quien informará de manera anónima los resultados de la evaluación (“revisión doblemente ciega”). La aceptación o no aceptación de la propuesta será comunicada al autor principal a la brevedad posible.

