

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
Universidad de Santiago de Compostela

BASES CIENTÍFICAS DE LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS



Delegación del Gobierno
para el Plan Nacional sobre Drogas

Madrid, 2002



Edita: MINISTERIO DEL INTERIOR
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Secretaría General Técnica

Imprime: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado
Avda. de Manoteras, 54. 28050 Madrid

NIPO: 126-02-035-3
ISBN: 84-8150-240-5
Depósito legal: M-51004/2002

PRÓLOGO

Los avances realizados por nuestro país durante los últimos años en materia de prevención de drogodependencias resultan incuestionables. Esto se manifiesta no sólo en la mayor implantación de programas sino, sobre todo, en la mejora de la calidad de los mismos y en el desarrollo de los sistemas de evaluación. Según recientes análisis comparativos en materia de prevención escolar entre países de la UE, realizados por el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, España se encuentra entre los países más destacados por sus esfuerzos en la selección, ejecución y evaluación de estos programas. De igual modo, estos informes resaltan la claridad y precisión en la definición de objetivos y modelos teóricos de diversos programas así como la riqueza metodológica y la sistematización de los procesos de recogida de información a nivel nacional.

Aunque nos queda un largo camino por recorrer, es justo dejar constancia de estos logros. Logros que han sido posibles gracias al esfuerzo de diferentes instituciones públicas y privadas, organizaciones sociales, profesionales y voluntarios que trabajan en este campo. Sin menoscabo del importante papel desempeñado por todos y cada uno de ellos en este progreso de la prevención, quisiera destacar en esta ocasión la decisiva labor que los estudiosos e investigadores llevan a cabo. Apoyándose en las aportaciones de las principales agencias internacionales de investigación y contribuyendo con sus propios esfuerzos, nos han ofrecido un bagaje de conocimientos y experiencias capaces de sustentar con plena solvencia nuestros proyectos preventivos.

Entre los excelentes profesionales e investigadores que posee nuestro país, el profesor Becoña ocupa, sin ningún género de dudas, uno de los lugares más relevantes. A lo largo de estos años, sus numerosas publicaciones y comparencias públicas han conllevado siempre el descubrimiento de algún nuevo resorte y han significado un estímulo y un acicate para afrontar con entusiasmo el importante reto que representa la prevención. Su libro

acerca de las «Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas», promovido también por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, supuso un auténtico hito en la conformación de unas bases científicas de la prevención en nuestro país. De hecho, esa obra, que ha merecido el reconocimiento de numerosos organismos y estudiosos de la prevención, dentro y fuera de nuestras fronteras, ha significado para muchos profesionales un referente imprescindible para implantar nuevas y mejores prácticas basadas en teorías y modelos fruto de la investigación científica.

Por todo ello, este nuevo libro que me honro en prologar, sobre las «Bases científicas de la prevención de las drogodependencias», venía siendo demandado, de uno u otro modo, por muchos agentes preventivos. Se echaba en falta un segundo paso necesario en esta progresión: no bastaba con recopilar las principales teorías existentes sino que era cada vez más perentorio concretar las posibilidades de aplicación que encierran estos conocimientos. En efecto, hasta ahora carecíamos de una recopilación de aquellas estrategias y metodologías factibles que, coherentemente con los modelos teóricos enunciados, hayan demostrado sólidamente su utilidad. Dicho de otro modo, era preciso disponer de una clara evidencia científica sobre la eficacia de la acción preventiva. Porque sólo de este modo podremos garantizar a nuestros ciudadanos una prevención más efectiva y más rentable.

Creo sinceramente que el profesor Becoña ha respondido acertadamente a nuestras demandas, ofreciéndonos un documento complejo y funcional a la vez. Complejo, porque realiza una revisión exhaustiva de cuantos elementos y consideraciones son precisos para diseñar y ejecutar adecuadamente una acción preventiva. Funcional, porque ofrece a los agentes preventivos un texto bien estructurado y de fácil utilización que incluye además propuestas prácticas y sencillas pero bien asentadas desde una perspectiva científica.

Por todo ello, desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, confiamos en que esta publicación represente un nuevo peldaño en esa ascensión hacia una prevención de calidad y estimule a cuantos trabajamos en este campo y a la sociedad en su conjunto a participar en este proyecto colectivo.

GONZALO ROBLES OROZCO

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

A Lucía y Rosalía

ÍNDICE

	Páginas
PRESENTACIÓN	15
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	
1. Las drogas, su consumo, sus problemas y la prevención	19
2. ¿Qué es una droga, la drogodependencia y la prevención?	20
3. Prevalencia del consumo de drogas.....	23
4. Conceptos básicos sobre drogas	26
4.1 Introducción	26
4.2 Tipos de drogas	27
4.3 Uso, abuso y dependencia de drogas	47
4.4 Intoxicación y síndrome de abstinencia	50
4.5 Problemas y patologías asociadas al consumo de drogas	54
5. Fases por las que se pasa del uso al abuso y a la dependencia	55
6. Conclusión	58
7. Referencias bibliográficas	59
CAPÍTULO 2. CONCEPTOS BÁSICOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGO- DEPENDENCIAS	
1. Introducción	65
2. Reducción de la oferta y de la demanda y prevención	67
3. De la prevención primaria, secundaria y terciaria a la prevención uni- versal, selectiva e indicada	71
4. Tipos de prevención: escolar, familiar, comunitaria, laboral y otras	75
4.1 Prevención escolar	76
4.2 Prevención familiar	77
4.3 Prevención comunitaria	79
4.4 Prevención laboral	80
4.5 Otros tipos de prevención	81

5. Modelo teórico general subyacente como principio conductor en la prevención de las drogodependencias	83
6. ¿Qué debemos saber sobre la prevención de las drogodependencias?	89
6.1 Conceptos básicos sobre drogas y sobre prevención	89
6.2 Prevención y programa preventivo	90
6.3 Diferenciar claramente la prevención específica de la inespecífica.	91
6.4 Diferenciar entre prevención y tratamiento	92
6.5 Tipos de programas preventivos	97
6.5.1 La evolución de los programas preventivos	97
6.5.2 Programas preventivos efectivos: la prevención basada en la evidencia	103
6.6 Conocer los factores de riesgo y de protección	106
6.7 Conocimiento sobre la etapa adolescente, adultez temprana y los procesos psicológicos básicos	106
6.8 Conocer como elaborar, seleccionar y evaluar un programa preventivo	107
6.9 Principios que deben regir un programa preventivo en la infancia y adolescencia	108
7. Resumen y conclusiones	111
8. Referencias bibliográficas	114

CAPÍTULO 3. HECHOS BIEN ASENTADOS EN PREVENCIÓN

1. Introducción	121
2. Revisiones de la literatura	122
3. Los principios de prevención del National Institute on Drug Abuse (1997)	124
4. Hallazgos importantes en prevención del Center for Substance Abuse Prevention (1997)	128
5. Guía de prácticas basadas en la ciencia: los principios de prevención del abuso de sustancias del Center for Substance Abuse Prevention (2001).	133
6. Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias del Plan Nacional sobre Drogas (1996) y la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 del Plan Nacional sobre Drogas (2000)	138
7. Las prioridades preventivas según Irefrea (2002)	145
8. La evaluación de la eficacia de la prevención a través de la técnica del meta-análisis	150
9. Conclusión	155
10. Referencias bibliográficas	156

CAPÍTULO 4. LA NECESIDAD DE PARTIR DE UN MODELO TEÓRICO: TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

1. Introducción	159
2. Teorías y modelos parciales o basados en pocos componentes	163

3. Teorías de estadios y evolutivas	169
4. Teorías integrativas y comprensivas	174
5. Relación entre teoría y modelo y programa preventivo	181
6. Conclusión	184
7. Referencias bibliográficas	184
CAPÍTULO 5. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN	
1. Los factores de riesgo y protección	189
2. Factores de riesgo y protección familiar	206
2.1 Factores de riesgo familiar	206
2.2 ¿Factores de riesgo familiar o adaptación al desarrollo evolutivo?	213
2.3 Factores de protección familiar	214
3. Factores de riesgo y protección comunitario	215
3.1 La privación económica y social	215
3.2 La desorganización comunitaria	217
3.3 Los cambios y movilidad de lugar	218
3.4 Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el uso de drogas	220
3.5 La disponibilidad y accesibilidad a las drogas	222
3.6 La percepción social del riesgo de cada sustancia	224
3.7 Factores de protección comunitaria	226
4. Factores de riesgo y protección de los compañeros e iguales	226
4.1 Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas.	226
4.2 Compañeros que consumen drogas	227
4.3 Conducta antisocial o la delincuencia temprana	227
4.4 Rechazo por parte de los iguales	228
4.5 Factores de protección de los compañeros e iguales	228
5. Factores de riesgo y protección escolar	229
5.1 Bajo rendimiento académico y fracaso escolar	229
5.2 Bajo apego a la escuela	230
5.3 Tipo y tamaño de la escuela	230
5.4 Conducta antisocial en la escuela	231
5.5 Factores de protección escolar	232
6. Factores de riesgo y protección individual	232
6.1 Factores biológicos	233
6.2 Factores psicológicos y conductuales	237
6.3 Rasgos de personalidad	243
6.4 Factores de protección individual	244
7. Los factores de riesgo y protección. Ejemplo de estudios representativos.	245
8. Discusión y conclusiones	249
9. Referencias bibliográficas	255

CAPÍTULO 6. PROCESOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS

1. Introducción	263
2. Cómo percibimos y sentimos	264
3. La atención	267
4. La memoria y la inteligencia	269
5. Cómo aprendemos	273
5.1 Condicionamiento clásico	273
5.2 Condicionamiento operante	277
5.3 Aprendizaje social	281
6. Cómo pensamos	284
7. La cognición	288
8. Comunicación, influencia social y cognición social	291
9. La personalidad	294
10. Consciencia, conducta y drogas psicoactivas	298
11. Referencias bibliográficas	300

CAPÍTULO 7. PROCESOS, FACTORES Y HECHOS RELEVANTES PARA EL CONSUMO DE DROGAS Y LA PREVENCIÓN DE LAS DROGO-DEPENDENCIAS

1. Cultura y consumo de drogas. El nuevo fenómeno de la vida recreativa.	305
2. El proceso de socialización	309
3. Tipos de familia y crianza	316
4. La predisposición biológica	319
5. La adolescencia: el periodo crítico	323
5.1 Introducción	323
5.2 La pubertad	324
5.3 La autonomía, la independencia y la libertad. La formación de la identidad	326
5.4 Los adolescentes y su familia	328
5.5 Los adolescentes y el grupo de iguales	330
5.6 Adolescencia y conductas problema	332
5.7 Adolescencia y consumo de drogas	333
5.8 Ocio, tiempo libre, vida recreativa y consumo de drogas	336
5.9 Conclusión	337
6. La adultez emergente	339
7. La resiliencia	340
7.1 Introducción	340
7.2 Definición	343
7.3 Resiliencia, consumo de drogas y prevención	347
7.4 Conclusión	351
8. Autocontrol e impulsividad	354
8.1 Los conceptos de riesgo, control y autocontrol	354

8.2 La teoría del autocontrol y el consumo de drogas	359
8.3 La percepción de control y las expectativas	363
9. Conclusión	366
10. Referencias bibliográficas	367

CAPÍTULO 8. DE LA JUVENTUD A LA ADULTEZ: DEL RIESGO AL CONTROL

1. Riesgo en jóvenes, consumo de drogas y resultados para su vida adulta..	377
2. El estudio de seguimiento de adultos jóvenes (Young Adult Follow-Up Study)	378
3. El estudio de jóvenes de Pittsburg (Pittsburg Youth Study)	381
4. El estudio longitudinal de Nueva Jersey (New Jersey Longitudinal Study)	384
5. El estudio longitudinal de los niños de Woodlawn (The Woodlawn Longitudinal Study of Children)	386
6. Proyecto de monitorización del futuro 2002 (Monitoring the Future Project, 2002)	389
7. Discusión y conclusiones	395
8. Referencias bibliográficas	400

CAPÍTULO 9. PASOS A SEGUIR PARA LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA PREVENTIVO

1. Introducción	403
2. Definición del problema y actuaciones que se pueden poner en marcha para solucionar el mismo	405
2.1 ¿Cuál es el problema?	405
2.2 ¿Qué podemos hacer?	405
3. La explicación del fenómeno: ¿por qué se consumen drogas?	407
4. La necesidad de una intervención preventiva	408
5. La delimitación del grupo o grupos objetivos	410
6. Objetivos de la intervención	412
7. Métodos y técnicas específicas de intervención	416
8. Recursos disponibles	420
9. La evaluación	423
10. La difusión de resultados	424
11. Análisis de todo el proceso, detección de puntos fuertes y puntos débiles del programa y nuevas propuestas de actuación	425
12. Conclusión	425
13. Referencias bibliográficas	425

CAPÍTULO 10. LA EVALUACIÓN DE LA PREVENCIÓN

1. ¿Es posible evaluar la prevención en drogodependencias?	427
2. Tipos de investigación	433
3. Evaluación del proceso y del resultado	435

4. La formulación de hipótesis	440
5. Tipos de validez experimental	442
6. Diseños experimentales y cuasiexperimentales	445
7. El grupo de control	454
8. La evaluación de los programas preventivos: algunas cuestiones no resueltas	458
9. Pasos de una investigación en la evaluación de la eficacia de un programa preventivo	462
9.1 Planteamiento del problema y evaluación de necesidades	462
9.2 Revisión de la literatura científica sobre el tema en cuestión	465
9.3 Marco teórico del que partimos	465
9.4 Formulación de las hipótesis	466
9.5 Definición de las variables	466
9.6 Control de las variables extrañas	467
9.7 Selección del diseño de investigación	468
9.8 Muestra: selección y asignación de los sujetos a los grupos de intervención y control	468
9.9 El procedimiento experimental	469
9.10 Resultados: tratamiento estadístico de los datos	471
9.11 Elaboración de inferencias desde las hipótesis en función de los resultados	472
9.12 La generalización de los resultados	472
9.13 Elaboración del informe de la investigación	473
10. De la teoría a la práctica de la evaluación en prevención	473
11. Conclusión	476
12. Referencias bibliográficas	477

PRESENTACIÓN

El consumo de drogas constituye hoy el principal problema de salud pública de los países desarrollados. Los costes que ello acarrea, tanto a nivel económico, como personal, familiar y social es enorme. Por ello uno de los modos más efectivos para abordar este problema es mediante su prevención, con la prevención de las drogodependencias.

En pocos años el campo de la prevención de las drogodependencias se ha consolidado, especialmente en los países más desarrollados, que son también los que tienen el mayor nivel de consumo. A ello ha ayudado el que se le proporcionasen medios y a que también la prevención demostrase su utilidad y eficacia. En España, en los últimos diez años, se ha dado un avance enorme en este tema, como podemos hoy apreciar a lo largo y ancho de la geografía nacional, reflejado en el gran número de programas preventivos que podemos encontrar a nivel autonómico, local, en escuelas, en empresas, en asociaciones, etc., etc. Esto es una buena señal y un elemento positivo cara al futuro. Igualmente, los programas se han sabido adaptar en poco tiempo a las nuevas realidades sociales, como son ejemplos recientes el consumo recreativo de drogas, el fenómeno del «botellón», las «drogas de síntesis», etc. Todo ello nos indica claramente que hoy podemos hablar de la ciencia de la prevención.

El presente manual aborda las cuestiones que fundamentan la prevención de las drogodependencias; esto es, las bases científicas que justifican la intervención preventiva y los conocimientos elementales y avanzados en que se asienta su praxis y su quehacer cotidiano. También es un manual orientado a aquellas personas que no tienen una formación específica en la prevención de las drogodependencias para que con el mismo puedan conocer los supuestos básicos en que se asienta la misma, qué la fundamenta y qué conocimientos se precisan para su buena práctica. Mientras que los primeros capítulos plantean aspectos básicos que tenemos que conocer sobre las drogas y sobre la prevención en drogodependencias, otros se centran en la fundamentación teórica, los procesos más importan-

tes que subyacen a las personas sobre las que vamos a hacer la prevención, especialmente los relacionados con la adolescencia y adultez temprana, cual es la continuidad del consumo desde la adolescencia hasta la vida adulta, junto a la relevancia que tienen actualmente los factores de riesgo y protección. También se presentan los hechos bien asentados en la prevención de las drogodependencias, los cuales nos deben servir de guía para la elaboración y aplicación de los programas preventivos. Los últimos capítulos están dedicados a exponer los pasos que se deben seguir para la puesta en marcha de un programa preventivo y como realizar la evaluación de la prevención. Otros aspectos relevantes para la ciencia de la prevención se van tratando en los distintos capítulos.

La gestación de este libro ha sido larga y a veces compleja y difícil. Pero ha sido posible llevarla a buen término por la ayuda de muchas personas y de toda una serie de circunstancias que han favorecido poder escribirlo. Primeramente, el tiempo necesario para este proyecto ha sido posible gracias al disfrute de un año sabático a lo largo del curso académico 2000-2001 que me concedió mi Universidad, la Universidad de Santiago de Compostela, año en el cual me fue posible estar o visitar varios centros relacionados con las drogodependencias, como el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) y el *Center for Substance Abuse Prevention* (CSAP), ambos en Rockville, Maryland, en Estados Unidos. Igualmente, la realización de varias estancias en México en los últimos años, especialmente la última en la *Universidad Iberoamericana*, o la estancia en Cuba, en el *Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico*, gracias a mi participación como asesor para el Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), me han permitido acceder a información relevante y conocer programas de primera mano sobre el fenómeno de las Drogodependencias, de la Salud Mental y de su prevención en ambos casos, bien de modo separado o en conjunto. Algunas de estas experiencias me ha hecho consciente de las dificultades que en muchas ocasiones existen para hacer una labor efectiva en la prevención, por las muchas variables implicadas en el fenómeno de las drogodependencias, como se verá reflejado en las páginas de este libro. Destacaré igualmente el haber podido conocer directamente el programa RUMBOS en Bogotá, Colombia, dirigido por Augusto Pérez, lo que me permitió ver a un equipo dinámico y comprometido de personas trabajar en una zona difícil, conociendo de primera mano la realidad tan compleja del consumo y tráfico de drogas en Colombia, in situ, especialmente la del consumo de cocaína, con una perspectiva distinta a la europea y a la española. Todo esto me ha facilitado una visión amplia, realista y comprensiva del problema del consumo de drogas y de su prevención. Algo semejante tengo que indicar de una reciente estancia en Rumanía, donde pude contactar con los responsables de drogas y de prevención en drogodependencias de ese

país y conocer una realidad muy distinta a la nuestra. De nuestros amigos portugueses he podido discutir en varias ocasiones, a lo largo de estos últimos años, distintas cuestiones sobre la prevención de las drogodependencias, especialmente con Fernando Mendes, del Instituto Portugués de la Droga y de la Toxicodependencia. También destacaría los siempre finos comentarios de Gregor Burkhart, del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías de Lisboa, sobre el tema que nos ocupa, en distintos encuentros en los que hemos coincidido en estos años. Distintos trabajos, tanto de campo como empíricos, que he realizado durante años en la comarca de Arosa, en la provincia de Pontevedra, especialmente relacionados con la cocaína, como en otros lugares, dan ese punto realista a lo que podemos hacer aquí y ahora en la prevención de las drogodependencias y sobre lo que habría que cambiar para poder hacerlo más efectivamente.

En España, en los últimos años, he tenido la oportunidad de poder comentar muchas cuestiones con un gran número de profesionales y expertos del campo de la prevención de las drogodependencias, con los cuales he podido obtener feedback de muchas cuestiones que se plantean a lo largo de este libro. De algunas de estas personas destacaría el haber podido comentar muchos aspectos que se contienen en este libro con Amador Calafat, con quien junto a nuestra amistad, nos unen muchos otros puntos en común sobre lo que debe ser la ciencia de la prevención de las drogodependencias; con Teresa Salvador, una de las personas impulsoras de la prevención en España, desde el Centro de Estudios de Promoción de la Salud y desde la única revista de prevención de drogodependencias en España, *Idea-Prevención*; con Sonia Moncada, responsable de prevención en el Plan Nacional sobre Drogas, por su clara, concisa y real visión del tema; con José Luis Graña y Marina Muñoz, quienes me han aportado información relevante para el capítulo de los factores de riesgo y protección, junto con haber podido comentar con ellos algunos aspectos sobre esta cuestión y otras. También he aprendido mucho de las docenas de personas del campo de la prevención de las drogodependencias, y de las drogas en general, que pasaron por nuestro Master en Drogodependencias, que realizamos en la Universidad de Santiago de Compostela desde el año 1992 hasta el año 2001, de los que destacaría a Xavier Ferrer y José Luis Sánchez Perucho en el campo preventivo. Sus alumnos, con sus comentarios, trabajo y experiencia hicieron cada edición más rica, amena y útil para todos. Finalmente, tengo que destacar a la persona que realmente ha hecho posible y ha impulsado este proyecto desde el principio, D. Emiliano Martín, Subdirector del Plan Nacional sobre Drogas, quien no sólo es uno de nuestros expertos en prevención, sino que ha impulsado decidida y claramente la prevención de las drogodependencias en España. Algunas de sus ideas y aportaciones, de un modo o de otro, se ven reflejadas a lo largo de este libro. En suma, que aunque la responsabilidad de lo escrito es sólo de su autor, es de justicia

reconocer la deuda intelectual con muchas personas, de las que las citadas son solo una pequeña parte.

El libro se ha escrito fundamentalmente en Santiago de Compostela donde mi Universidad me ha puesto los medios idóneos para hacerlo, donde tengo que hacer una mención especial a la Biblioteca de la Facultad de Psicología, que me ha prestado una ayuda inestimable, gracias a sus competentes profesionales para localizar todo tipo de material bibliográfico. También la biblioteca del Plan Nacional sobre Drogas me ha sido de una gran ayuda para acceder a distinta información a veces difícil de obtener en otro sitio. Otra parte se ha escrito en un lugar con condiciones idóneas para hacerlo, para concentrarse, reflexionar y pensar, en Framán, en el Valle de la Mahía, en la Galicia verde y rural, y al tiempo silenciosa y tranquila. Y, otras partes, en menor grado, a lo largo de la larga gestación del libro, han sido escritas estando en Rockville, Estados Unidos; ciudad de México; y, La Habana, Cuba.

Para finalizar, tengo que indicar un agradecimiento muy especial a mi familia, Mary mi mujer, y mis hijas Lucía y Rosalía. Ellas me han soportado y comprendido en el largo período de tiempo en el que he estado recopilando información en distintos lugares, visitando sitios, centros, o haciendo estancias a veces prolongadas en distintos países, o leyendo o escribiendo intensamente durante muchas horas, días y semanas, junto al trabajo cotidiano del día a día. Sin su apoyo y comprensión no sería posible hacer ni finalizar esta tarea, especialmente por el mucho tiempo que les he robado para llevar a buen término el libro que ahora tiene en sus manos.

Espero que este libro sea útil para los profesionales del campo de la prevención de las drogodependencias y de las drogas en general, pero también para los responsables de las administraciones públicas, de las ONGs que trabajan en drogas, para los estudiantes de las titulaciones relacionadas con drogodependencias y para todas las personas interesadas en conocer un poco más sobre las drogas y su prevención, para que aprecien como la ciencia de la prevención avanza cada día un poco más. En suma, que podemos hacer prevención y que, además, tenemos una larga tarea por delante. Podemos ayudar a que mucha gente no consuma drogas. También podemos afirmar que hoy sabemos como hacerlo efectivamente.

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
Universidad de Santiago de Compostela

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1. LAS DROGAS, SU CONSUMO, SUS PROBLEMAS Y LA PREVENCIÓN

Suele decirse que las drogas han existido desde siempre, lo cual es cierto. Suele decirse que el consumo de drogas hoy es muy alto, lo que también es cierto. Igualmente es cierto que el consumo de drogas hoy acarrea un ingente número de problemas a las personas que las consumen, o a una parte de ellas, y que ello repercute no sólo en la esfera personal, sino que se extiende a la esfera familiar, social, sanitaria, orden público, etc. De ahí que conforme se ha ido incrementando el problema del consumo de drogas en las sociedades desarrolladas, especialmente a partir de los años 60 y 70 en la mayoría de ellas, coincidiendo con una mejora de las condiciones económicas, el incremento de intercambios entre países y continentes de personas y productos y un claro cambio en los valores sociales, la prevención del consumo de drogas se ve como una de las mejores alternativas para que este problema, ya grave por sí, no se haga incontrolable y se le pueda hacer frente.

Hoy sabemos que el consumo de drogas, tanto las de tipo legal (alcohol y tabaco), como las de tipo ilegal, sea marihuana o hachís, cocaína, drogas de síntesis, alucinógenos, heroína, etc., tienen una alta prevalencia, una alta incidencia en problemas para la salud de muchas personas y una importante morbi-mortalidad en muchos de sus consumidores. Aunque son el alcohol y el tabaco los que producen la mayor mortalidad, aparte de enfermedades y discapacidades (Institute for Health Policy, 1993), cuando se habla de drogas se le ha prestado más atención a las drogas ilegales, especialmente por la epidemia de la heroína, que hemos padecido hace unos años en su nivel máximo, y que hoy está estabilizada, y la epidemia del SIDA en parte asociada a sus consumidores. Pero surgen nuevas sustancias con fuerza como la cocaína y las drogas de síntesis a nivel de consumo, junto al cannabis que se ha ido incrementando sistemática-

mente al descender la percepción del riesgo de la misma, incrementarse la demanda, asociarse a la vida recreativa, etc., como iremos viendo a lo largo de las páginas de este libro.

Aunque una idea simple es que si tenemos un problema lo resolvemos y deja de haber el problema, en este tema la cuestión es más compleja. Así, hay una amplia red de tratamiento de drogodependencias en España (Plan Nacional sobre Drogas, 2000a). Parecería que si se trata a las personas que tienen problemas de drogas pronto resolveremos el problema. La cuestión no es así, por el frecuente proceso de recaída después del tratamiento, cronificación y necesidad de programas de mantenimiento con sustitutivos (Becoña y Vázquez, 2001). Pero aún así, hay nuevas personas que se suman al consumo, personas nuevas que hay que sumar a las ya existentes. Por ello, el tratamiento es muy importante pero no es toda la solución a este problema.

La prevención de las drogodependencias se ve como la alternativa al estado de cosas anterior o a una parte de ello. Pero para poder responder adecuadamente al reto que tenemos por delante tenemos que disponer de suficientes recursos teóricos y técnicos para lograrlo. En este libro se van a exponer las bases científicas que permiten justificar que la ciencia de la prevención puede conseguir respuestas fiables y efectivas ante este problema, aunque no siempre puede lograr una respuesta que solvente definitiva, rápida y para siempre el mismo. Como iremos viendo, el problema es mucho más complejo de lo que pueda parecer a primera vista. Por ello hay que tener una buena formación y saber entre lo que nos movemos. En los siguientes capítulos veremos esto. En el presente capítulo nos vamos a detener en los conceptos básicos que debemos manejar cuando hablamos de drogas; en el segundo, los que debemos manejar cuando hablamos de la prevención de las drogodependencias, y así sucesivamente en los siguientes para que podamos entender qué hacemos, qué tenemos que hacer y hasta donde podemos hacerlo, con profesionalidad y objetividad, partiendo de nuestros recursos y conocimientos, que hoy ya son muchos, y con ello poder ayudar a las personas a que no consuman drogas o si lo hacen que no lo hagan de modo que les lleve a tener graves problemas con las mismas.

2. ¿QUÉ ES UNA DROGA, LA DROGODEPENDENCIA Y LA PREVENCIÓN?

Desde estas primeras páginas es conveniente definir algunos conceptos que nos van a seguir a lo largo de nuestro recorrido, como droga, drogodependencia o prevención.

Por *droga* entendemos, siguiendo la clásica definición de la OMS: «toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste» (Kramer y Cameron, 1975, p. 13) y por *droga de abuso* «cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral» (Schuckit, 2000, p. 4). Por ello hay que considerar según esta definición de drogas, tanto las que son de uso legal, el tabaco y el alcohol, como las de uso ilegal, como hachís, heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc. El resto de las definiciones insisten en lo mismo. Por ejemplo la de la Asociación Americana de Psiquiatría, cuando se refiere a los *trastornos relacionados con sustancias*, según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Incluye tanto las de tipo legal, como ilegal, como veremos más adelante, junto a ciertos medicamentos y tóxicos.

Por *drogodependencia* entendemos, tal como la definió la OMS el «estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad». Más actualmente en vez de drogodependencia, técnicamente, solemos hablar de dependencia de drogas o de dependencia de sustancias, aunque es lo mismo a nivel semántico ya que drogo-dependencias es equivalente a dependencia de drogas. Más adelante veremos las características de la dependencia de las distintas drogas.

Las drogas se han clasificado en distintas categorías. Una de la más utilizadas es la de Schuckit (2000), que las agrupa en depresoras del SNC (por ejemplo, alcohol), estimulantes o simpatomiméticos del SNC (por ejemplo, cocaína), opiáceos, cannabinoides, alucinógenos, solventes, drogas para contrarrestar otros efectos y otras (ver tabla 1). El DSM-IV-TR sigue una clasificación semejante en 11 clases.

No vamos a detenernos en cuestiones de tratamiento. Referido a la prevención, una definición útil es la de Martín (1995), quien definió la prevención de las drogodependencias del siguiente modo: «es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas» (p. 55).

Cuando hablamos de prevención de drogas hay que hablar de prevención y de programa preventivo. La prevención ya está definida. Un programa preventivo es un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir, o retrasar, la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo, que en el caso de las drogas es impedir, o retrasar, la aparición de conductas de consumo y abuso de las distintas drogas (Becoña, 1995). La mayoría de los programas preventivos del abuso de drogas se orientan a la prevención de drogas legales (tabaco y alcohol), en algún caso a prevenir el consumo de marihuana, y prácticamente ninguno a drogas ilegales (ver Hansen, 1992). Lo que pretendemos es que las personas no lleguen a probar y luego consumir regularmente esas sustancias o a retrasar la edad de inicio de la prueba y posterior consumo regular, abuso y dependencia. Subyacente a todo ello está la idea de que si prevenimos, impidiendo el consumo o retrasando el inicio del mismo, de las drogas por así decir de iniciación, evitaremos no sólo los graves problemas físicos, psicológicos y sociales que las drogas legales producen, sino que también impediremos que las personas pasen al consumo de sustancias consideradas más peligrosas, las drogas ilegales, como es por excelencia la heroína.

Tabla 1
CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN SHUCKIT (2000)

Clase	Algunos ejemplos
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiazepinas)
Estimulantes o simpatomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA)
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fenciclidina (PCP)

3. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS

La prevalencia del consumo de drogas es hoy alta, especialmente en los más jóvenes. La población general suele centrarse en las drogas ilegales cuando se habla de drogas, pero también existen las legales que son las responsables de la mayor mortalidad en la población y también de la mayor morbilidad y otros problemas como veremos en un punto posterior.

En España disponemos de encuestas representativas realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas, cada dos años, una para la población general y otra para la población escolar, haciéndose una un año y al siguiente la otra (Plan Nacional sobre Drogas, 1998, 1999, 2000b, 2001, 2002). Las últimas disponibles son la recogida en 1999 para la población general y publicada en 2001 (Plan Nacional sobre Drogas, 2001); y, en 2000, para los jóvenes escolarizados en centros públicos y privados en España comprendidos entre los 14 y los 18 años de edad (Plan Nacional sobre Drogas, 2002).

La encuesta en población general, en la que se utilizó un muestreo representativo con una muestra de 12.488 personas, recoge el consumo de todas las drogas, tanto legales como ilegales, tal como mostramos en la tabla 2. Como allí puede verse, el tabaco es consumido diariamente por el 32.6%, el alcohol por el 13.7% y el cannabis por el 1.1%. Si pasamos al consumo en el último mes, estas cifras suben al 39.8%, 61.7% y 4.2%, respectivamente, para el tabaco, el alcohol y el cannabis. El resto de las drogas, todas ilegales, son consumidas en el último mes entre el 0.1 ó 0.2% la mayoría de ellas, con la excepción de la cocaína que es del 0.6%. Esto indica, como sabemos, que el tabaco y el alcohol son las drogas más consumidas; que el cannabis está en un punto intermedio entre el alcohol y el tabaco y el resto de las drogas, y que la cocaína ha tenido un enorme incremento en el consumo en los últimos años. Igualmente, en la tabla 2 se indica el porcentaje de consumo de las personas que han consumido alguna de esas drogas al menos una vez en el último año. En el informe de donde hemos extraído estos datos (Plan Nacional sobre Drogas, 2001) puede verse más ampliamente otros datos relacionados con esos consumos así como la evolución de los consumos en los últimos 10 años. Lo que si hoy sabemos es que el número de heroinómanos, que es el grupo de adictos que utilizan fundamentalmente los centros de drogodependencias, oscilan entre 115.000 y 150.000 (Plan Nacional sobre Drogas, 2002). La aparición de enfermedades asociadas a su consumo, como la hepatitis, VIH, etc., junto a los problemas sociales que han producido y en parte producen actualmente, llevó a acciones específicas para ellos. Dado el incremento de consumo, de la cocaína, y de las demandas de tratamiento que se están produciendo, ello exigirá intervenciones específicas para la cocaína y para las personas dependientes de ella (Plan Nacional sobre Drogas, 2002). Con todo, no hay que olvidar, como ya indicamos anteriormente,

que socialmente y cuantitativamente, las drogas que más morbi-mortalidad producen son el tabaco y el alcohol.

La segunda encuesta representativa a nivel nacional es la encuesta escolar (Plan Nacional sobre Drogas, 2002). La última disponible, recogida en 2000, incluyó un muestreo de 22.031 alumnos. Es semejante a la de los adultos aunque con importantes consumos en algunas drogas, como es de esperar al saber que las drogas son un fenómeno nuevo para muchas personas y para nuestra sociedad (a partir de los años 70 es cuando se introducen masivamente en España la mayoría de las drogas ilegales). Así, el consumo en los últimos 30 días, en estas personas de 14 a 18 años de edad, es del 58% para el alcohol, 30.5% para el tabaco y 19.4% para el cannabis. Aquí lo que se aprecia es el alto nivel de consumo para estas tres drogas, tanto para las dos legales como para la ilegal del cannabis. Lo que esto nos dice es que las personas encuestadas al menos la han consumido una vez en los últimos 30 días. No se indican consumos diarios. Aún así es un alto nivel de prueba, no necesariamente de consumo, como veremos en un capítulo posterior. Pero el dato es preocupante, como lo viene siendo en estos últimos años, especialmente porque el consumo de las otras drogas ilegales, considerando el consumo en los últimos 30 días, oscila del 1.8% y 1.9% en speed y alucinógenos al 2.2% en cocaína y 2.5% en tranquilizantes y éxtasis. No aparecen datos para la heroína por tener un nivel muy bajo. Igualmente, en la tabla 3 presentamos el % de consumo alguna vez en la vida y la edad media de inicio al consumo. Aquí puede verse como la edad media de inicio al consumo es a partir de los 13 años (tabaco y alcohol), 14 y medio para el cannabis y tranquilizantes y 15 y medio para las demás drogas. Con esto también sabemos cuando debemos realizar la prevención, que tiene que ser antes de que comiencen dichos consumos.

Todos los resultados anteriores nos indican, especialmente en los referidos al consumo en jóvenes, que hay un alto consumo experimental y un alto consumo recreativo. Lo importante es no ir pasando de unos consumos a otros más intensos y no ir pasando de unas a otras sustancias. Cuando ya hablamos de los adictos a una sustancia vemos como son policonsumidores, con graves problemas asociados a su dependencia y con una enorme dificultad para abandonar las drogas de consumo por su gran poder adictivo. En este contexto es especialmente preocupante el consumo de las tres primeras drogas a nivel cuantitativo, alcohol, tabaco y cannabis. Precisamente a ellas es a donde se dedican directamente los programas preventivos.

Un dato de una gran relevancia es que mientras que el consumo de las drogas legales, alcohol y tabaco, la proporción de varones y mujeres es aproximadamente la misma, no ocurre lo mismo con las otras drogas: hay un porcentaje mayor de consumidores en los varones que en las mujeres (ej., para alguna vez, 33.5% varones y 29% mujeres para el cannabis; 6.6% en varones y 4.3% en

mujeres para la cocaína; 6.8% en varones y 4.6% en mujeres para el éxtasis, etc., en la citada encuesta escolar) (Plan Nacional sobre Drogas, 2002). Esto se ve reflejado aún más conforme se va avanzando en edad, en donde se aprecia que el porcentaje de varones con dependencia es mucho mayor que el de las mujeres, especialmente en los que acuden a tratamiento, siendo actualmente las demandas de un 85% de varones y un 15% de mujeres, o los que acuden a servicios de urgencias por problemas de drogas (73% de varones y 27% de mujeres) (Plan Nacional sobre Drogas, 2002).

Tabla 2
RESUMEN DE CONSUMOS A DIARIO, EN EL ÚLTIMO MES Y EN EL ÚLTIMO AÑO DE LAS DISTINTAS DROGAS, POBLACIÓN DE 15 A 65 AÑOS (1999)

Sustancia	% consumo a diario	% consumo último mes	% consumo último año
Tabaco	32,6	39,8	43,7
Alcohol	13,7	61,7	74,6
Cannabis	1,1	4,2	6,8
Éxtasis		0,2	0,8
Cocaína		0,6	1,5
Alucinógenos		0,2	0,6
Anfetaminas, speed		0,2	0,7
Inhalables		0,1	0,1
Heroína		0,1	0,1
Base, basuco, crack		0,1	0,2

FUENTE: Plan Nacional sobre Drogas (2001).

Tabla 3
CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS DE EDAD QUE HAN CONSUMIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ALGUNA VEZ EN SU VIDA Y SU EDAD MEDIA DE INICIO (2000)

Sustancia	% de consumo en los últimos 30 días	% de consumo alguna vez en su vida	Edad media de inicio del consumo
Alcohol	58,0	76,0	13,2
Tabaco	30,5	34,4	13,2
Cannabis	19,4	31,2	14,8
Tranquilizantes	2,5	6,8	14,5
Alucinógenos	1,9	5,2	15,4
Éxtasis	2,5	5,7	15,6
Speed	1,8	4,1	15,5
Cocaína	2,2	5,4	15,7

FUENTE: Plan Nacional sobre Drogas (2002).

4. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE DROGAS

4.1 INTRODUCCIÓN

Hay varios conceptos que nos permiten comprender a qué nos referimos cuando hablamos sobre drogas. Vista ya su definición, así como la de la prevención de las drogodependencias, otros conceptos relevantes son los de dependencia, síndrome de abstinencia, intoxicación, tolerancia, etc. En la tabla 4 indicamos la definición de los conceptos más relevantes que ya hemos visto o que veremos en las páginas siguientes.

Tabla 4
CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE DROGAS

Abuso de sustancias psicoactivas. Se produce cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo.

Dependencia de sustancias psicoactivas. Se produce cuando hay un uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo.

Dependencia física. Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. El síndrome de abstinencia está constituido por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga.

Dependencia psíquica o psicológica. Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar.

Droga. Toda sustancia psicoactiva que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste.

Droga de abuso. Cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral.

Drogodependencias. Término genérico utilizado para referirnos a todas las drogas o sustancias con poder psicoactivo o psicotropo.

Intoxicación aguda. Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancia psicótropa o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas.

Politoxicomanía, poliadicción o uso de sustancias múltiples. Abuso y dependencia que suelen darse en las personas que teniendo un diagnóstico principal de dependencia en una sustancia psicoactiva al mismo tiempo están consumiendo otra.

Síndrome de abstinencia. Es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente.

Síndrome de dependencia. Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia, después de un periodo de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características de la dependencia, de lo que sucede en individuos no dependientes.

Tolerancia. Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico.

Trastorno dual. Nombre que recibe la coexistencia de patología psíquica y de algún tipo de dependencia.

Trastornos por uso de sustancias psicoactivas. Denominación que se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, y padece síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Vías de administración de drogas. Hay seis vías de administración: la oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual; la pulmonar, inhalada y/o fumada; nasal (esnifada); intravenosa; intramuscular o subcutánea; y, rectal. La vía pulmonar es la que permite que la sustancia llegue con mayor rapidez al cerebro, en menos de diez segundos en la mayoría de las sustancias psicoactivas. En todo caso la dosis y frecuencia de consumo es importante para pasar del uso al abuso y a la dependencia.

4.2 TIPOS DE DROGAS

Para clasificar las drogas se pueden seguir diferentes criterios, por ejemplo, por su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas), por su estructura química, por su acción farmacológica, por el medio socio-cultural

(legales-ilegales, institucionalizadas-no institucionalizadas, duras-blandas, más peligrosas-menos peligrosas) o con respecto al sujeto, utilizándose en este caso clasificaciones clínicas. Sin duda alguna, la clasificación de las drogas depende del contexto.

Shuckit (2000) considera 8 tipos de drogas. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) considera 11 clases: alcohol; anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar; *cannabis*; alucinógenos; inhalantes; cocaína; opiáceos; fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; y, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Se considera también a la nicotina, pero dentro de la categoría de trastorno por consumo de nicotina sólo se considera la dependencia de la nicotina (no existe el diagnóstico de abuso de la nicotina). Igualmente la cafeína.

Por lo que hemos visto hasta aquí hay un importante número de drogas. Sin embargo, conocemos la relevancia de las mismas en el ser humano por los niveles de prevalencia existentes de su consumo y de los efectos que producen en el organismo humano a nivel de morbimortalidad y otros problemas asociados con su consumo. De ellas hay que destacar primero las legales, alcohol y tabaco, luego la marihuana, y en tercer lugar la cocaína, las drogas de síntesis y la heroína, que van desde los mayores niveles de prevalencia a los problemas más graves e inmediatos que producen en los individuos. Pero también tenemos que hablar de los alucinógenos, de los inhalantes y de otras que pasamos a ver a continuación.

4.2.1 Nicotina (tabaco)

El tabaco es un producto originario de América que es consumido por los hombres de esas tierras desde hace miles de años. Inicialmente se utilizaba por motivos religiosos y de placer, siendo introducido en Europa a la vuelta de Cristobal Colón (Becoña et al., 1994). Con el transcurso de los años su consumo se ha ido popularizando, produciéndose un gran incremento en su consumo a principios de siglo y un empuje impensable años atrás a partir de la segunda guerra mundial, llegando en el momento actual a ser una «epidemia» su consumo, dado el gran número de personas que fuman, cigarrillos principalmente, en cada país (Becoña, Galego y Lorenzo, 1987). Actualmente, la tendencia en los países desarrollados es a reducir su consumo, como realmente ocurre en España (Villalbí y Ariza, 1998).

El tabaco se extrae de la planta *Nicotiana tabacum*, fumándose habitualmente en forma de cigarrillos; en menor grado en cigarros puros y pipa. También se puede tomar en forma de polvo esnifado, mascado, etc. El nivel de dependencia que produce el tabaco es muy elevado,

semejante al de las restantes drogas (U.S.D.H.H.S., 1988), a pesar de estar legalizado junto con el alcohol. El gran problema que acarrea el tabaco en nuestro mundo actual es la alta mortalidad que produce, debido básicamente a los alquitranes que van en la hoja del tabaco y otros compuestos que se producen en la combustión del papel que envuelve al tabaco (U.S.D.H.H.S., 2000). En pequeñas dosis, la nicotina es estimulante del SNC, actuando a dosis altas como bloqueador de la transmisión ganglionar.

La dependencia de la nicotina se produce por el humo fumado de los cigarrillos y pipas aspirado por vía pulmonar, por las sales básicas de los puros absorbidas por los plexos venosos sublinguales y por el tabaco en polvo aspirado por la nariz. Existen otras formas de consumo (ej., mascardo) que no se dan en nuestra cultura. La predominancia del consumo, como es bien sabido, es en forma de cigarrillos.

Hasta el momento el consumo de la droga que contiene el tabaco, la nicotina, ha estado permitida o se ha sido flexible con la misma. Con la aparición de restricciones legales a su consumo, debido a las graves consecuencias que el fumar produce en la salud, surge con frecuencia el síndrome de abstinencia de la nicotina en fumadores que tienen que echar varias horas sin fumar, dada la corta vida media de la nicotina, de 30 a 120 minutos.

Los síntomas más importantes del síndrome de abstinencia de la nicotina son: estado de ánimo disfórico o depresivo; insomnio; irritabilidad, frustración o ira; ansiedad, dificultad de concentración; inquietud; disminución de la frecuencia cardíaca; y, aumento del apetito o del peso (American Psychiatric Association, 2000). Dado el fuerte poder adictivo de la nicotina, semejante al de la heroína y de la cocaína (U.S.D.H.H.S., 1988), dejar de fumar es difícil, a pesar de que uno de cada tres fumadores desea dejar de fumar. Los que lo dejan sufren el síndrome de abstinencia de la nicotina, que depende de la dosis previa, y que resulta molesto o muy molesto para el fumador y es la causa de que casi el 90% de los que dejan de fumar de golpe vuelvan de nuevo a fumar (Becoña y Vázquez, 1998).

La diferencia que tiene la nicotina respecto a otras drogas es que no acarrea problemas en el área laboral, familiar o social, o éstos son manejables. Sin embargo, en etapas medias de la vida, especialmente entre 40 y 50 años, acarrea en un porcentaje importante de fumadores graves problemas de salud y en muchos de ellos la muerte (actualmente aproximadamente en España el 16% de las muertes anuales son atribuibles al tabaco (55.613 en 1998) (Banegas et al., 2001); esto es, una de cada seis muertes de las que se producen a diario), dada su alta incidencia en cáncer de pulmón, enfisema, bronquitis crónica, problemas circulatorios, etc.

Dada la alta prevalencia de fumadores en la población, actualmente el 36% en España, es necesario incidir con medidas de choque en esta adicción que produce anualmente tantas muertes prematuras en España (Becoña, 1998). Además, en torno al 100% de los adictos a la heroína y cocaína, como al cannabis, son fumadores de cigarrillos, con cifras muy elevadas en consumidores de otras sustancias psicoactivas.

4.2.2 Alcohol

El consumo de alcohol está muy arraigado en los patrones culturales vigentes en nuestra sociedad. Ello se debe a que el alcohol es una sustancia que viene siendo elaborada y consumida desde hace miles de años. El alcohol se obtiene de la fermentación de carbohidratos vegetales (ej., granos, frutas). La fermentación da lugar a una bebida que contiene entre el 14% y 15% de alcohol, mientras que con la destilación se obtienen mayores concentraciones (Echeburúa, 1996). Es soluble tanto en un medio lipídico como acuoso. Esto le permite atravesar fácilmente las membranas de las paredes del estómago y ser rápidamente absorbido y distribuido por el sistema circulatorio a los tejidos, incluido el cerebro (Hunt, 1993).

El alcohol que bebemos (alcohol etílico o etanol) pertenece a la familia farmacológica de depresores del sistema nervioso central. No obstante, en concentraciones bajas sus efectos iniciales sobre la conducta son estimulantes, reducen la tensión y puede ser una herramienta útil para enfrentarse a situaciones sociales (Calimari y Cox, 1996).

El alcohol en nuestra sociedad actual cumple muchas funciones. Di Pardo (1993) enumera las siguientes: psicotrópica, terapéutica, alimentaria, como fuente de calorías para el esfuerzo laboral, como mecanismo de cohesión, integración y estructuración cultural, como mecanismo de control social, como instrumento de identificación y diferenciación cultural y/o social, como mecanismo de transgresiones estructurales, como mecanismo de adaptación en situaciones de cambio, como mecanismo de «solución» al tiempo «vacío» social y/o individual, y como mecanismo casi irremplazable de sociabilidad. De ahí que el alcohol se consume frecuentemente, a diario o esporádicamente, acarreando a un gran número de personas graves problemas, tanto a nivel físico, como familiar, psicológico, psiquiátrico y social.

Como es hoy bien sabido, el consumo de alcohol es un problema que rebasa los límites de la patología médica propiamente dicha, afectando a la vida social, familiar (García, 2002) y en muchos casos transformándose en un grave problema de salud mental donde, a su vez, puede tener otros trastornos asociados (Casas y Guardia, 2002). Sin embargo, hay que tener muy en cuenta que el consumo crónico de alcohol en cantidades relativa-

mente elevadas es el responsable del desarrollo de lesiones hepáticas, enfermedades en el aparato digestivo, en el páncreas, síndromes neurológicos, enfermedades musculares, complicaciones hematológicas, trastornos endocrinos, hiperuricemia, osteopenia, cáncer, hipertensión arterial, trastornos metabólicos, etc. (Parés y Caballería, 2002; Estruch, 2002), siendo el responsable de la muerte de unas 12.000 personas al año en España (Sánchez, 2002). A nivel laboral, el consumo abusivo de alcohol acarrea accidentabilidad, absentismo, menor rendimiento, problemática en el grupo de trabajo, cargas sociales, inadecuación-inadaptación, y mortalidad y suicidio en trabajadores (Bastida, 2002).

Dentro de la problemática psiquiátrica y psicológica se han estudiado las repercusiones a nivel familiar y en las relaciones familiares, el estrés, la personalidad previa del alcohólico, las clasificaciones del alcoholismo, los diagnósticos duales, etc., aparte de toda la intervención psicológica y psiquiátrica para que abandonen la bebida. De ellos, destaca el que la familia del alcohólico sufre directamente las graves consecuencias del alcoholismo a través de relaciones conflictivas con la pareja, agresividad en las relaciones familiares y las posibles repercusiones en los hijos, etc., que se pueden graduar en cuatro niveles: desajuste familiar, separación conyugal, disgregación familiar y degradación familiar. Muchas de las separaciones de parejas tienen como causa el consumo excesivo de alcohol o los malos tratos asociados a su consumo.

Tradicionalmente, el alcoholismo ha sido considerado como un trastorno progresivo. El consumo de bebidas alcohólicas se inicia en la adolescencia y progresa lentamente, llegando a constituirse en un problema hacia la mitad o al final de la segunda década de la vida (Jellinek, 1960). Para llegar a ser un adicto se requiere un patrón de gran bebedor y muy reiterativo, y esto se desarrolla de un modo característico durante unos años. No obstante, hoy sabemos (Abrams y Alexopoulos, 1998) que muchos alcohólicos comienzan a serlo a una edad avanzada, sin haber tenido previamente problemas de abuso o dependencia del alcohol, dándose más este fenómeno en mujeres que en varones mayores, cuando en edades tempranas es a la inversa. Hoy tenemos el grave problema del alcoholismo juvenil, especialmente las borracheras de fin de semana y el nuevo patrón de consumo tipo anglosajón, como nunca había ocurrido en España hasta estos años (Plan Nacional sobre Drogas, 2001, 2002).

Una exposición crónica al alcohol produce dependencia física (Eastman, 1974; Goldstein, 1995). Cuando alguien ha estado bebiendo durante un largo tiempo y luego deja de hacerlo de repente, el síndrome de abstinencia puede ser grave e incluso mortal. Con respecto al síndrome de abstinencia, el alcohol y las sustancias farmacológicamente relacionadas son las drogas adictivas más peligrosas. Los trastornos de abstinencia se alivian instantáneamente con el alcohol, las benzodiazepinas o los barbitúricos.

De igual manera, el síndrome de abstinencia causado por la exposición crónica a las benzodiazepinas o a los barbitúricos se alivia con el alcohol.

España es uno de los países a la cabeza mundial del consumo de alcohol y, consiguientemente, con mayor número de personas dependientes del alcohol. Datos oficiales indican que aproximadamente el 20% de la población adulta consume alcohol de forma arriesgada o perjudicial. Los mayores consumos se dan en el Norte (Galicia, Asturias y País Vasco) y Andalucía. Hoy se considera un consumo prudencial de alcohol aquel que no supera el límite, en mujeres, de 14 unidades/semana (112 gr./semana) y 21 unidades/semana en el varón (168 gr./semana), lo que representa 2 y 3 unidades de bebida estándar al día en varones y mujeres. A partir de dicho límite existiría un riesgo progresivo, aunque el criterio de intervención se sitúa en 21 unidades/semana (168 gr./semana) en la mujer y 35 unidades/semana (280 gr./semana) en el varón, y siempre que sean personas sanas (Rodríguez-Martos, 1999). Estos son los límites normales que no se deben sobrepasar, aunque a algunos les pueden afectar niveles inferiores, especialmente si tienen problemas de dependencia de otras sustancias psicoactivas, o si son jóvenes o muy jóvenes. El alcoholismo se da más frecuentemente en el varón, la mujer con problemas de alcohol comienza a beber más tardíamente, apreciándose en los últimos años un cambio en los patrones de bebida tradicionales hacia el modelo de bebida anglosajón en los más jóvenes (beber el fin de semana cantidades muy importantes de alcohol hasta llegar a la embriaguez), lo que está produciendo también un cambio en el tipo de bebedores y alcohólicos y en la asistencia a los recursos asistenciales.

Como nota positiva, a pesar de la gravedad del problema, y del surgimiento de nuevas formas de consumo, hay que indicar que en los últimos 30 años, en España, como en los países tradicionalmente productores de vino (Francia, Italia, Portugal y Grecia), se ha producido globalmente un descenso en la cantidad de alcohol puro per capita en todos estos países (Gual y Colom, 1997). Es de esperar que esta tendencia, aunque lenta en el descenso, siga manteniéndose en los próximos años. El alcoholismo juvenil es uno de los problemas importantes en esta etapa de la vida por las consecuencias negativas que les acarrea a muchos de sus consumidores (Secades, 1997) y al que se están dedicando muchos esfuerzos preventivos (Calafat, 2002). Probablemente haya que dedicarle aún más que los que hoy se le dedican en los próximos años.

4.2.3 Cannabis

La *cannabis* (*cannabis sativa*) es una planta de la que se pueden fumar sus hojas, en este caso se habla de marihuana («grifa», «maría» o

«hierba») o fumar su resina, el hachís («haschís», «chocolate», «mierda», «costo», «goma»), recibiendo el cigarrillo de hachís nombres como «porro», «canuto», «petardo», etc. El hachís es más potente que las hojas de marihuana y se elabora por agitación, presión o raspadura de las hojas y flores de la planta. Existen otras variedades de plantas que aun conteniendo *cannabinoles*, o *cannabinoides*, los principios activos del cannabis, son muy bajos con respecto a la *cannabis sativa*. En la *cannabis sativa* se han identificado 60 cannabinoides, siendo el más importante y principal componente psicoactivo el *tetrahidrocannabinol* (THC). Además, hoy sabemos que existe un sistema cannabinoide endógeno (Ramos y Fernández, 2000a), sobre el que se han realizado un buen número de investigaciones en los últimos años y descubierto en parte el funcionamiento del mismo.

El origen de la planta parece situarse en Asia, habiéndose utilizado desde la antigüedad dentro de prácticas religiosas, para la búsqueda del placer y en terapéutica (Ramos y Fernández, 2000b). Es actualmente la droga ilegal más consumida y en muchos casos la puerta de entrada a drogas de mayor poder adictivo, como la heroína y la cocaína (Becoña, 1999). Su consumo penetra en la cultura occidental a mediados del siglo pasado, destacando anecdóticamente el famoso Club de Fumadores de Hachís, fundado en París por Moreau en el Hotel Pimodan, al que acudían escritores tan importantes como Víctor Hugo, Balzac, Baudelaire, Gautier, Dumas, Heinrich, etc. (León, 1990). Movimientos de nuestro siglo, como el *beat*, *hippie*, etc., se identificaron totalmente o en parte con el consumo de marihuana (Escohotado, 1998). Como dice Martín (1994), a la amapola (del opio) se le llamó la «planta de la alegría», al alcohol el «elixir de los dioses» y a la planta de la marihuana el «dulce de las palomas». En países como Estados Unidos o Marruecos se encuentra muy arraigado su cultivo y consumo.

Actualmente, como ya indicamos, el cannabis es la droga ilegal más consumida (Bobes y Calafat, 2000; Plan Nacional sobre Drogas, 2002). En los últimos años el consumo de cannabis, como el de otras drogas, va muy unido al fenómeno de la vida recreativa (Calafat, Juan, Becoña et al., 2000), destacando junto a ello una industria cada vez más potente, en torno al cannabis y su promoción.

El consumo de cannabis no está exento de problemas (Schuckit, 2000). La mayor preocupación actual está en la repercusión que tiene la banalización del uso de cannabis por los adolescentes (Bobes y Calafat, 2000). Como un ejemplo, Navarro y Rodríguez (2000) indican como la administración crónica de cannabinoides provoca tolerancia y dependencia, e induce neuroadaptaciones en el circuito de recompensa que son idénticas a las inducidas por las principales drogas de abuso y que se pueden poner de manifiesto mediante el cese de la administración de estos compuestos (sín-

drome de abstinencia comportamental y bioquímico específico). El cannabis tiene efectos nocivos para la salud física y para la salud mental. Sobre la salud física se han encontrado efectos agudos sobre la cognición, broncodilatación, taquicardia, desmayo, infarto, sobre la testosterona y la progesterona, sobre la conducta sexual, etc. (Quiroga, 2000a). Y, sobre la salud mental, junto a los distintos signos del síndrome de abstinencia, el mayor problema es que el THC puede causar episodios psicóticos agudos sin alteración del nivel de conciencia que son diferenciables de las psicosis. De darse, la psicosis no sería producida directamente por el THC, siendo compleja la relación, aunque parece que el THC aceleraría el proceso de aparición de la esquizofrenia en personas genéticamente predisuestas (Quiroga, 2000b). El consumo prolongado de dosis altas de THC puede conducir a un estado de pasividad e indiferencia (síndrome amotivacional) (Quiroga, 2000b), el cual se caracteriza por un estado de pasividad e indiferencia, caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales debido al consumo de cannabis durante años y que persisten una vez interrumpido dicho consumo.

Un debate de los últimos años es el referido a la utilidad terapéutica del cannabis (Lorenzo y Leza, 2000). Lo que subyace en muchos casos a esta discusión es la falacia entre la utilización de un fármaco derivado del cannabis (como ocurre con la metadona respecto a los opiáceos), que tenga garantías de uso y seguridad terapéutica, de la legalización del consumo del cannabis, que es una cuestión radicalmente distinta. Sobre lo primero se está investigando y existe alguna prueba de que puede ser útil para distintos problemas físicos (ej., produce analgesia, disminuye la presión intraocular, es antiemético, etc.) (Lorenzo y Leza, 2000), aunque no siempre exento de polémica en ocasiones y resultados prometedores en otros (Meana y Pantoja, 1998), aunque es una línea de trabajo interesante, probablemente útil y sobre la que habrá que seguir investigando. Sobre lo segundo poco hay que decir, como veremos a lo largo de estas páginas, ya que lo que subyace es un interés meramente legalizador, para que los que lo consumen tengan mayor facilidad de acceso a la sustancia, y que también tiene en muchas ocasiones ramificaciones con claros intereses económicos (Calafat, Juan, Becoña et al., 2000a). Será un debate que se mantendrá vigente en los próximos años.

Por ello, ante el importante nivel de prevalencia que tiene el consumo de hachís en nuestro medio, especialmente en los adolescentes, las consecuencias que produce su consumo, el ser puerta de acceso a otras drogas en algunas personas (Becoña, 1999), es claro que la prevención es el abordaje más lógico y adecuado para las edades de inicio del mismo (Amengual, 2000).

4.2.4 Heroína

La heroína es un opiáceo y, como todos ellos, un derivado del opio (*Papaver somniferum*). La *heroína* fue descubierta en 1874 en la empresa farmacéutica Bayer por el Dr. Heinrich Dresser. Cuando se comercializó, a finales del siglo pasado, se decía de ella que era una sustancia cuyas cualidades no producían hábito, era fácil de usar y, curiosamente, era la única sustancia con la que se podía curar con rapidez a los morfinómanos (Becoña, 1995a). Además, al ser un derivado del opio, era eficaz para el tratamiento de la tos y de la disnea en asmáticos y tuberculosos. Durante los diez años en que estuvo comercializada su difusión fue enorme, incluso la heroína llegó a sustituir a la morfina en China donde hubo las conocidas guerras del opio (Escohotado, 1998), que nos permiten comprender mejor el fenómeno de las drogodependencias. En la actualidad, la heroína sigue siendo la droga que acarrea más problemas sanitarios, de orden público y de alarma social.

La *morfina* es el principal alcaloide del opio, y ese nombre se le puso en honor de Morfeo, el dios del sueño. Tiene excelentes cualidades para aliviar el dolor y, en la actualidad, es una terapéutica habitual en cánceres terminales. Es el mejor analgésico natural que se conoce. Los primeros «morfinómanos» fueron fundamentalmente profesionales de la medicina. En las guerras, la aparición de la jeringa y su poder analgésico permitieron una rápida difusión de la misma. El control actual de la morfina hace que no sea una droga de abuso importante fuera de su administración terapéutica para el dolor.

Otro opiáceo es la *metadona*, en este caso sintético, que se utiliza como sustitutivo de la heroína en muchos programas de tratamiento. Igual ocurre con el *Laam*, otro opiáceo que se ha utilizado para el tratamiento de los heroinómanos.

Hasta hace unos años la heroína se administraba fundamentalmente por vía intravenosa; hoy sólo lo hace de esta forma un 26% de sus consumidores (Plan Nacional sobre Drogas, 2002). También es posible fumarla («chinos») o esnifarla. El primer consumo de heroína produce náuseas, vómitos y disforia; tras estas molestias propias de las primeras ocasiones aparecen los síntomas buscados, como placer, euforia y reducción de la ansiedad; si el consumo continúa, estos efectos placenteros se siguen produciendo durante un tiempo, conocido como la «fase de luna de miel». En la siguiente fase se consume sólo con el objetivo de encontrarse bien y evitar el síndrome de abstinencia. La inyección intravenosa produce inicialmente una sensación de éxtasis muy intensa (*el flash*) durante 5 a 15 minutos. Después se experimenta una sensación, menos intensa, de satisfacción, euforia y bienestar, que dura de 3 a 6 horas. Después de la misma

hay un fuerte deseo de conseguir más droga para obtener esos efectos (American Psychiatric Association, 2000).

Hay que diferenciar la heroína blanca de la marrón. La blanca es soluble, es una sal; la marrón es base y para poder inyectarla es necesario mezclarla con limón. Gusta más la heroína blanca, siendo predominante, por ejemplo, en ciudades como Barcelona. El que exista un tipo u otro de heroína es importante para la vía de uso (inyectada, fumada).

La intoxicación por heroína tiene síntomas muy característicos, como una miosis muy intensa (pupilas en punta de alfiler), junto a otros como euforia, apatía, irritabilidad o disforia, retardo psicomotor, somnolencia, lenguaje farfullante, reducción de la atención y deterioro de la capacidad de juicio. Otros síntomas asociados son bradicardia, hipotensión, hipotermia, analgesia y, en muchas ocasiones, un estreñimiento pertinaz (Pérez de los Cobos, 1996). Cuando la intoxicación es muy intensa puede desembocar en una sobredosis, que en muchos casos produce la muerte (Darton y Dilts, 1998).

El síndrome de abstinencia de la heroína aparece varias horas después desde que el individuo tenía que haberse administrado la dosis, sobre las 8 horas desde el último consumo. Alcanza su punto álgido a los dos o tres días y desaparece tras siete a diez días. Los signos y síntomas más importantes, semejantes a una gripe fuerte, son: piloerección, sudoración, lacrimo, bostezos y rinorrea, al principio; luego, diarrea, dolor generalizado en las articulaciones, incremento de la frecuencia respiratoria, vómitos, dilatación pupilar y pérdida de peso. Transcurridas 36 horas desde el último consumo, los síntomas de abstinencia aumentan en gravedad, pudiendo aparecer contracciones musculares incontrolables, calambres, escalofríos alternando con sudoración, aumento de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea y perturbaciones del sueño. Los síntomas más intensos duran unas 72 horas y disminuyen gradualmente durante los siguientes 5 a 10 días (Pérez de los Cobos, 1996).

El consumo regular de heroína provoca niveles considerablemente altos de tolerancia. No suele ser la primera sustancia consumida, que posee efectos psicoactivos. Una vez establecido un patrón de dependencia o abuso de opiáceos, algo que sucede rápidamente, la búsqueda de la droga se convierte en el centro de la vida del individuo.

Los estudios realizados con morfinómanos indican una elevación del estado de ánimo y una sensación placentera de bienestar asociada a su consumo. Al tiempo que es un analgésico eficaz también es un potente depresor de los centros respiratorios y la tos. Produce un intenso estreñimiento y la característica miosis o constricción pupilar. La heroína tiene efectos similares a la morfina, salvo que con una dosis diez veces menor de heroína se obtienen efectos comparables (Martín, 1994). Ambas sustan-

cias son muy adictivas; desarrollan rápidamente tolerancia y dependencia. Algunos autores llegan a afirmar que una simple dosis de morfina puede producir dependencia física y, en ciertas circunstancias, también psicológica, aunque en este último caso resulta fundamental la posibilidad de la autoadministración.

La frecuencia de enfermedades infecciosas (por ejemplo, tuberculosis, hepatitis B, sida) es alta, lo que produce una elevada mortalidad (Cada-falch, Domingo y López-Navidad, 1993). Se producen numerosas muertes por sobredosis debidas a depresión respiratoria. En muchos casos la sobredosis se produce al aparecer en el mercado una partida de heroína con mayor nivel de pureza que la habitual. Los adulterantes más comunes de la heroína son los polvos de talco y el almidón, aunque pueden encontrarse muchos otros.

También en los últimos años ha cobrado relevancia el preparado conocido como *speedball*, donde se mezcla heroína con cocaína, al ser ambas solubles. Este preparado es peligroso porque ambas sustancias actúan sinérgicamente deprimiendo la función respiratoria.

4.2.5 Cocaína

La cocaína se extrae del arbusto de la coca (*Erythroxylum coca*). Se puede tomar en forma de hojas de coca y, en su estado manufacturado, su alcaloide cocaína o el subproducto *crack*. La *cocaína* propiamente dicha es clorhidrato de cocaína; el *crack* es pasta base de coca amalgamada con bicarbonato sódico.

En toda América del Sur el consumo de coca en forma de hojas masticadas es muy antiguo. Sus propiedades, como impedir la aparición del cansancio, eliminar la sensación de hambre, perder la sensación de frío y actuar como anestésico, tenían una enorme utilidad en muchas zonas donde el hombre vivía y vive a miles de metros de altitud sobre el nivel del mar (Pascual, 2001). Los conquistadores españoles utilizaron mucho las hojas de coca para el control de los indios: les pagaban con ellas para así conseguir que trabajasen más y comiesen menos. Llegó a ser tan importante su consumo que se estableció una medida de distancia, la *cocada*, que era el tiempo que tardaba el indio en masticar una bola de hojas de coca de un punto a otro (León, 1990).

A mediados del siglo pasado Niemann y Wolter aislaron el alcaloide cocaína. Se utilizó inicialmente para el tratamiento de los morfinómanos con resultados desastrosos. Señalar aquí los estudios sobre la cocaína de Sigmund Freud, originalmente publicados en 1884, donde concluyó que su uso moderado «no perjudicaba al cuerpo» (Escohotado, 1998). El frac-

so del tratamiento de su amigo Fleischl le afectó de forma considerable. A principios de este siglo se produjo una epidemia de cocaína en Europa, que empezó a remitir a partir de la Convención del Opio de 1925. En los últimos años se está produciendo una introducción masiva de dicha sustancia. Muchos de sus consumidores creen que no tiene efectos o graves efectos en la salud, cuando sí realmente los produce.

La coca se puede tomar en forma de hojas masticadas, polvos de clorhidrato de cocaína para esnifar o inyectarse, y el *crack* para fumar o, como ya se ha dicho anteriormente, mezclada con heroína (*speedball*). En nuestro medio está comercializado el clorhidrato de cocaína, que es el que recibe realmente el nombre de cocaína. El modo más rápido de absorción de la cocaína es fumada, llegando en este caso por vía pulmonar al cerebro en pocos segundos (San, 1996b).

En el consumo de cocaína se distinguen dos tipos claramente diferenciados: el episódico y el crónico, diario o cuasi-diario. En el primer caso, el consumo se hace en fines de semana, en fiestas, ante una sobrecarga de trabajo, etc. A veces se produce el «colocarse», consistente en consumir esporádicamente pero a dosis altas. Cuando esto ocurre la bajada suele ser intensa y en ocasiones se produce un síndrome de abstinencia que dura varios días. En el consumo crónico, éste se da diariamente o casi diariamente, en dosis moderadas o altas, a lo largo de todo el día o a unas horas determinadas. Conforme transcurre el tiempo se produce el fenómeno de tolerancia, lo que exige ir incrementando la dosis. En un momento determinado la droga deja de producir efectos placenteros o éstos son muy escasos, por lo que se consume básicamente más para evitar el síndrome de abstinencia (American Psychiatric Association, 2000; Llopis, 2001).

Los principales efectos de la cocaína son euforia, labilidad emocional, grandiosidad, hiper alerta, agitación psicomotriz, insomnio, anorexia, hiper sexualidad, tendencia a la violencia y deterioro de la capacidad de juicio. Como ocurre en otras drogas, el consumidor de cocaína suele serlo también de otras drogas, con abuso o dependencia, como alcohol, hipnóticos o ansiolíticos, con el objetivo de aliviar los efectos negativos de la intoxicación por cocaína (Karan, Haller y Schnoll, 1998). Algunos de los efectos producidos por la abstinencia de cocaína son depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía y aislamiento social. Igual que ocurre con el *cannabis*, puede haber disfunción sexual, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria (Llopis, 2001).

Cuando se deja de consumir cocaína se produce un intenso *crash* (síndrome de abstinencia), caracterizado por disforia, dolores gastrointestinales y otras sensaciones desagradables como *craving* (o deseo intenso de consumir), depresión, trastorno de los patrones del sueño, hiper somnolencia e hiperalgesia. Distintos estudios han encontrado relación entre

trastornos afectivos y abuso de cocaína, lo que sugeriría un uso de la misma para controlar el estado de ánimo depresivo. Esto parece claro cuando después del síndrome de abstinencia no remite la depresión, que puede confundirse inicialmente con uno de los síntomas del síndrome de abstinencia de la cocaína. Este hecho se aduce con frecuencia como apoyo de la hipótesis de la automedicación. Los síntomas de abstinencia no dejan ninguna secuela fisiológica, aunque los síntomas como disforia, falta de energía y anhedonia pueden durar de una a diez semanas. Ello facilita la recaída ante el recuerdo de los efectos eufóricos que produce la cocaína.

La cocaína produce un elevadísimo grado de dependencia psicológica y poca dependencia física, como ha demostrado la investigación con animales. Así, cuando se suspende bruscamente la administración de cocaína no se producen trastornos fisiológicos tan graves como los observados con otras sustancias.

Un derivado reciente de la coca es el *crack*. Se consume de forma fumada. Recibe su nombre del ruido que producen los cristales del mismo al romperlo, conocido también por «la cocaína de los pobres», ya que es mucho más barata que la cocaína.

En los últimos años el consumo de cocaína se ha incrementado de modo notable en España (Bobes et al., 2001), unido al fenómeno de la vida recreativa (Calafat, Juan y Becoña et al., 2000c, 2001). Calafat et al. (2001) considera la existencia de tres iniciales tipos de consumidores: los aristocráticos, los recreativos y los atrapados, basado en distintos estudios de campo. Los *consumidores aristocráticos* consumen vía nasal, se rodean de consumidores de su misma clase, mezclan lo menos posible coca con otras sustancias, en todo caso con alcohol y de buena marca; consumen en ocasiones especiales de manera muy discreta, sin llamar la atención, y se jactan de saber controlar el consumo. Se consideran superiores por ser un grupo con un estatus social alto, muchos de ellos son profesionales y se mueven en ambientes prestigiosos. Los *consumidores recreativos* usan la cocaína como una droga más, aunque es la más codiciada, de las que usan para divertirse cuando salen de marcha. Son consumidores más jóvenes, de nueva incorporación, la mayoría en proceso de situarse en un espacio social más consolidado como adultos y profesionales. Utilizan la cocaína por vía nasal aunque les gusta probarla fumada. Suelen mezclarla con alcohol y cannabis. Consumen cocaína y quieren aprender a controlarla, lo que no siempre consiguen. Los *consumidores atrapados*, o de riesgo, son aquellos en los que las drogas ocupan un lugar central en su dinámica vital, consumen diversas sustancias y de forma más compulsiva, buscan a través de las sustancias y en el consumo la solución a sus intereses emotivos, económicos y sociales. Se mantienen muy cerca del narcotráfico, conocen a los vendedores y en ocasiones ellos mismos lo han

sido. Tienen periodos de uso compulsivo seguidos de breves periodos de abstinencia autoimpuesto. Consumen por cualquier vía, con predominio de la esnifada y fumada. También consumen otras drogas. Es un grupo de alto riesgo.

Junto a los anteriores tres tipos donde lo que predomina es el consumo de cocaína, o es la droga principal de consumo, todavía hay que considerar otros dos tipos más. El primero sería el de los *consumidores marginales*, que son los heroinómanos y ex-heroinómanos, algunos en tratamiento con metadona, que consumen cocaína para paliar los efectos de la abstinencia de la heroína, o de los efectos de la metadona, o en busca de sensaciones perdidas. Habría además el grupo de los *consumidores de crack*, que en España son una minoría.

Las complicaciones orgánicas más importantes que produce el consumo de cocaína son distintas alteraciones cardiovasculares, como arritmias, infartos agudos de miocardio e ictus, lo que llama la atención cuando estos cuadros se dan en personas jóvenes, lo que no ocurriría de consumir cocaína (Balcells, 2001). También pueden aparecer alteraciones neurológicas, como convulsiones, vasculitis cerebral, cefaleas, etc. Igualmente pueden aparecer complicaciones respiratorias, en los que la esnifan, como es bien conocida la perforación del tabique nasal; complicaciones en las vías aéreas inferiores (ej., hemorragia pulmonar); fallo renal agudo, infarto de la arteria renal, o facilitar la progresión de una insuficiencia renal crónica; ginecomastia (impotencia), amenorrea, infertilidad; perforación yuxtapiilórica, lo que exige una intervención quirúrgica, etc. (Barcells, 2001). Todo ello indica el gran número de complicaciones médicas que su consumo puede acarrear. En algunos casos pueden llegar a producir la muerte. Igualmente, a nivel psicológico y psiquiátrico, el consumo agudo o crónico de cocaína puede producir depresión, paranoia transitoria, alucinaciones, psicosis inducida por cocaína, etc. La comorbilidad del consumo de cocaína con otros trastornos suele ser frecuente (Becoña y Lorenzo, 2001).

4.2.6 Drogas de síntesis

Se engloban con la denominación de *drogas de síntesis* una serie de sustancias psicoactivas sintetizadas químicamente de forma ilegal, con una estructura química parecida a la de algunos fármacos que son o fueron utilizados en terapéutica. Pertenecen a varios grupos farmacológicos, aunque entre las drogas de síntesis destacan las de tipo anfetamínico. (Bobes et al., 1998; Calafat et al., 1998; Salazar y Rodríguez, 1996) La de uso más común es el éxtasis (MDMA), que fue sintetizada en 1912 en Alemania como anorexígeno. La MDMA, o 3-4-metilendioximetanfetamina, tiene

efectos neuroquímicos sobre los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico. Aunque predominan los efectos estimulantes de las mismas tampoco son extraños los efectos alucinógenos; los problemas de desorientación y las distorsiones perceptivas son menores que las de los alucinógenos clásicos, como el LSD (Weiss y Millman, 1998).

Este tipo de drogas se pueden obtener fácilmente en un laboratorio a partir de la metanfetamina y otras sustancias, teniendo múltiples posibilidades su fabricación, sin necesidad de sustancias naturales ni de productos químicos sofisticados sino de sustancias de fácil compra para combinar con la metanfetamina. Pueden llegar a tener un poder enorme y, aparte, ocupan muy poco espacio al ser algunos de estos productos muy concentrados.

Estas sustancias, al igual que la cocaína, ejercen una acción estimulante sobre el SNC. Sus principales efectos son la elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Al finalizar los efectos estimulantes iniciales surge la depresión y la fatiga. La supresión súbita del consumo provoca la aparición de signos contrarios a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión.

Su intoxicación produce euforia, un sentimiento de espiritualidad y cercanía, incremento de la presión sanguínea, de las pulsaciones y de la sudoración. También se asocia con ansiedad, ataques de pánico, contracciones musculares, sequedad de boca y estado de ánimo lábil (Schuckit, 2000). Este tipo de drogas va muy unido a la vida recreativa (Calafat et al., 1998; 1999, 2000). Con ellas es posible aguantar mejor la marcha y pasárselo bien. Además, se piensa que su consumo no tiene riesgos, que es una droga segura. La realidad indica que ello no siempre es así, como tristemente apreciamos por el goteo de muertes que su consumo precipita en España, como en otros países de Europa, cada año. Habitualmente las drogas de síntesis lo que hacen es acelerar otros procesos fisiológicos o patológicos que ya tenían las personas antes de su consumo y que les lleva a la muerte (ej., problemas renales).

4.2.7 Alucinógenos

El descubrimiento del *LSD-25* por Hofmann y Stoll en 1938 tendría una enorme importancia en la aparición de distintos movimientos culturales, movimientos contestatarios, así como la aparición del abuso de esta sustancia en décadas posteriores (Weiss y Millman, 1998). Este alucinógeno tiene como nombre químico el de dietilamida del ácido lisérgico, LSD como iniciales y 25 por ser el compuesto número 25 sintetizado en aquel entonces por el laboratorio Sandoz. No fue hasta 1943 cuando Hofmann,

por accidente, ingirió una pequeña cantidad de LSD y pudo apreciar sus propiedades como alucinógeno. Sobre el LSD-25 y otros alucinógenos han corrido ríos de tinta, docenas de libros y miles de artículos publicados (cfr. Escohotado, 1998). El denominado «movimiento psikedélico», o «psicodélico», llegó a ser relevante en Estados Unidos en la década de los 50 y 60 (Buchanan, 1992) al tiempo que se hicieron muchas investigaciones con el LSD-25 para estudiar sus propiedades terapéuticas. A mediados de los años 60 fue prohibido en distintos estados norteamericanos y, en 1971, en la Convención para el control de sustancias psicótropas, realizado en Viena y auspiciado por la ONU.

Aunque existen catalogadas alrededor de 100 especies alucinógenas en el mundo vegetal, destacan la psilocibina (sustancia activa de algunos hongos alucinógenos), la mescalina (sustancia activa del peyote) y el producto químico y más conocido LSD-25. Los alucinógenos también se les conoce con el nombre de psikedélicos o psicodélicos (reveladores de la mente) y psicotomiméticos (que simulan estados psicóticos). Los alucinógenos producen cambios en la percepción, el pensamiento y el estado de ánimo sin producir confusión mental, pérdida de la memoria o desorientación en el espacio y el tiempo (Martín, 1994). Las alucinaciones que producen estas sustancias se ven influenciadas de modo importante por las expectativas del sujeto.

La primera experiencia con los alucinógenos resulta negativa o aversiva lo que facilita que muchas personas después de la primera prueba no realicen otras, aunque hay personas a las que le divierte la experiencia y continúan con su uso. Cuando el consumo estaba extendido, sus consumidores habituales y expertos en su uso, indicaban la necesidad de tener un «guía» en la experiencia con alucinógenos, especialmente cuando se ingiere LSD-25. Se ingieren por vía oral y alteran las funciones cognitivas y perceptivas del sujeto de modo importante, por lo que su uso suele ser episódico. Cuando hay un uso continuo se desarrolla rápidamente tolerancia. La realidad indica que sus consumidores, sean dependientes o no de otras sustancias psicoactivas, lo usan mayoritariamente de forma esporádica.

La ingestión de LSD-25 produce mareos, debilidad, náuseas y visión borrosa. Pero también alteraciones de las formas y colores, dificultad para enfocar objetos y agudización del sentido del oído. Puede igualmente producir alteraciones del estado de ánimo, dificultad para expresar los pensamientos, despersonalización y alucinaciones visuales. Estos suelen considerarse efectos agudos. Los efectos crónicos incluyen estados psicóticos prolongados, depresión, estado de ansiedad crónica y cambios crónicos de la personalidad (Weiss y Millman, 1998). Algunos consumidores pueden seguir teniendo algunos efectos durante meses o años, especialmente

trastornos perceptivos (ej., percibir con mayor intensidad de lo normal colores y sabores). La experiencia con alucinógenos se considera que varía de modo importante de persona a persona e incluso en la misma persona bajo distintas condiciones (Weiss y Millman, 1998).

Los alucinógenos tienen, con frecuencia, reacciones adversas como reacción aguda de pánico, alucinaciones desagradables, miedo por las sensaciones experimentadas, estados psicóticos, *flashbacks* o volver a revivir posteriormente lo que experimentó durante la intoxicación pero sin estar ahora presente el consumo de la sustancia (Schuckit, 2000). Los *flashbacks* pueden ser recurrentes y mantenerse mucho tiempo, incluso años.

4.2.8 Anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar

En este grupo se incluyen las anfetaminas, las dextroanfetaminas y las metanfetaminas, así como aquellas que tienen una estructura similar a las anfetaminas (ej., metilfenidato) o que suprimen el apetito. Su vía de administración es oral o intravenosa y algunas, como las metanfetaminas, también se pueden inhalar por vía nasal.

Las anfetaminas son, como la cocaína, estimulantes del SNC. Descubiertas en los años 30 se utilizaron inicialmente como descongestivo nasal. Sus efectos euforizantes produjeron pronto los primeros casos de abuso. Sus principales efectos son: elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Finalizados los efectos estimulantes iniciales surge la depresión y la fatiga. La supresión súbita del consumo provoca la aparición de signos contrarios a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión (American Psychiatric Association, 2000; San, 1996a).

Como estimulante del SNC, sus efectos son similares a los de la cocaína. Muchas personas dependientes de las anfetaminas tienen como antecedente el uso de esa sustancia u otras para suprimir el apetito o controlar el peso. El consumo de anfetaminas en personas con abuso o dependencia de las mismas puede ser episódico o crónico y diario o casi diario. En el primer caso hay un alto consumo episódico seguido por varios días sin consumir (ej., sólo los fines de semana); en el segundo el consumo puede ser alto o bajo pero a diario o casi a diario. El consumo se detiene cuando queda físicamente exhausto o no puede obtener más anfetaminas. El síndrome de abstinencia de las anfetaminas cuando la dosis es alta dura muchos días. Para evitar los efectos negativos de la intoxicación por anfetaminas también suelen consumir, abusar o depender del alcohol, sedan-

tes, hipnóticos o ansiolíticos para aliviar los efectos desagradables de la intoxicación por anfetaminas (American Psychiatric Association, 2000).

Algunos de los efectos conductuales más importantes que producen las anfetaminas son depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía, aislamiento social y, en otros casos, disfunción social, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria (Schuckit, 2000). En ocasiones, tanto con cocaína como con anfetaminas, se incrementa la agresividad del consumidor en el período de intoxicación.

Dado el importante consumo que ha habido de anfetaminas hasta años recientes y el rápido descenso de personas dependientes a las mismas, cuando se introdujeron restricciones importantes a su consumo, es un buen ejemplo para mostrar como la dependencia de cualquier sustancia psicoactiva depende de la sustancia y de su poder adictivo (dosis y vía de administración), del consumidor y del ambiente (San, 1996a). Todos estos factores los hay que tener siempre presentes.

4.2.9 Inhalantes

Los *inhalantes, inhalables o sustancias volátiles*, contenidas en algunos de los siguientes productos: laca de uñas, disolventes, insecticidas, quitamanchas, pinturas, pegamentos, colas, gasolina de coches, barnices, desodorantes, cementos plásticos y aerosoles, se caracterizan por contener productos químicos como acetona, alcohol butílico, tolueno o bencina (Rodríguez-Martos, 1996; Shuckit, 2000). Es, como le pasa al crack, otra droga de los pobres, que tiene una enorme relevancia en los barrios marginales de latinoamérica pero que apenas se consume en nuestro país. Su obtención es fácil y gratuita o de muy bajo coste. Se consume introduciendo la sustancia en un plástico e inhalando sus gases o impregnando con la sustancia un paño y luego aspirar los vapores del mismo por la nariz. La duración de sus efectos es corta.

Los inhalantes toman su definición del modo en que se consumen: inhalados, bien a través de la nariz o de la boca. El compuesto químico que produce efectos psicoactivos son los hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran, básicamente, en la gasolina, pinturas y disolventes (ej., tolueno, benceno). Existen muchos otros productos que se pueden inhalar (ej., líquidos correctores de máquinas de escribir) dado que compuestos como éteres, cetonas y glicoles son comunes en múltiples productos comercializados. En sustancias como pegamentos, disolventes y aerosoles pueden encontrarse estos productos fácilmente (Schuckit, 2000).

El consumo de estas sustancias, propias de zonas marginales, suele comenzar a una edad muy joven. Los efectos producidos por cada inhalación duran sólo unos pocos minutos, aunque pueden realizarse múltiples inhalaciones para conseguir efectos de horas. Los efectos psicoactivos iniciales son similares a la intoxicación alcohólica (Weiss y Millman, 1998), buscando sus usuarios el *rush*, para conseguir de modo rápido un sentimiento de euforia que puede estar asociado con una sensación de flotar y desaparición de las inhibiciones. Este estadio inicial de excitación va seguido de otro de sedación, pudiendo, frecuentemente, aparecer otro final de irritabilidad. Posteriormente, aparecen síntomas físicos como dolor de cabeza y trastornos gastrointestinales (náusea y vómitos, diarrea, calambres intestinales, etc.). Si el consumo de inhalantes persiste a lo largo del tiempo surgen problemas más graves de tipo pulmonar, circulatorio, anemia, hepatitis, trastornos del desarrollo, neuropatías, etc. (Rodríguez-Martos, 1996; Schuckit, 2000; Weiss y Millman, 1998). Esto es, los efectos de los inhalantes son devastadores, con la aparición de problemas físicos y mentales graves. Las complicaciones renales y hepáticas en estos consumidores son frecuentes.

Para los consumidores habituales de inhalantes ésta suele ser la droga de elección, aunque pueden también haber probado otras. En otros casos se ha encontrado dependencia de distintos inhalantes en obreros que manipulan a nivel industrial sustancias con poder adictivo, aunque la legislación tiene normas claras para que no ocurra esta dependencia (ej., utilizar mascarillas, protecciones adecuadas, etc.).

4.2.10 Otras drogas y otros tipos de drogas

Existe un gran número de drogas como ya hemos visto. Las anteriores son las que se consideran de más relevancia, por su prevalencia del consumo o sus efectos en la salud. Hay otras, como veremos a continuación, que también hay que considerar, entre otras existentes, como son la fenciclidina, las drogas de prescripción, y concretamente los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y la cafeína.

Así dentro de la fenciclidina (PCP) y arilciclohexilaminas de acción similar se incluyen la fenciclidina (PCP) y aquellos compuestos que actúan de forma similar como son la quetamina (ketalar) y el tiofeno, que es análogo a la fenciclidina (PCP). Estas sustancias admiten la vía oral, intravenosa, fumada e inhalada. En la calle a la PCP se le conoce con el nombre de «polvo de ángel». Se comenzó a utilizar como anestésico en 1957 y fue suspendido su uso por los efectos secundarios, ya que producía un estado mental similar al de los alucinógenos. Se utiliza de mezcla con otras sus-

tancias y su uso suele ser a altas dosis y de forma episódica. Es raro encontrar personas con una clara dependencia a esta sustancia que, por otro lado, se usa por sus propiedades euforizantes. Sus principales efectos son distorsión de las imágenes, cambios en el estado de ánimo, alucinaciones, desorientación, mareo, taquicardia, sudoración e incremento del tono muscular (Martín, 1994).

El grupo de fármacos incluidos en los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es amplio y de una enorme utilización por parte de la población, tanto a nivel médico como automedicados (Dupont y Saylor, 1998). Dentro de los hipnóticos, también a veces denominados «píldoras para dormir», por ser éste su uso más habitual, se incluyen las benzodiacepinas, los barbitúricos y otras sustancias (ej., hidrato de cloral). Las benzodiacepinas también se utilizan para el tratamiento de la ansiedad y son el tipo de medicación psicoactiva más comúnmente prescrita. A pesar de que hay enormes variaciones de unas a otras sustancias todas tienen el potencial de producir síndromes de intoxicación y abstinencia. Son una de las sustancias de mayor potencial de abuso y dependencia en la actualidad, especialmente fuera del control médico.

La ingestión de estas sustancias suele hacerse por vía oral. El caso más frecuente de dependencia o abuso es después de una prescripción médica para el tratamiento de la ansiedad o del insomnio, cuando la persona incrementa la dosis y la frecuencia de consumo. El fenómeno de la tolerancia aparece y tiene que entrar en una escalada de incremento de la dosis o frecuencia del consumo para conseguir el mismo efecto del principio. Suele diferenciarse una dependencia física «normal» que ocurre en muchos casos, dado que de suspenderse la medicación se produciría síndrome de abstinencia, pero la dependencia «real» o síndrome de dependencia ocurre cuando la persona, como ocurre con las otras sustancias psicoactivas, tiene una intensa preocupación por la búsqueda y consumo de la sustancia y ello le altera el rendimiento y las esferas laboral, familiar y social (American Psychiatric Association, 2000). Los efectos a largo plazo varían de la sustancia consumida, de la detección temprana o tardía de su abuso y de los años que la lleva consumiendo (Dupont y Saylor, 1998).

De las sustancias anteriores destacan las benzodiacepinas, que es la medicina psicótropa más medicada a nivel mundial para el tratamiento de la ansiedad, insomnio, epilepsia, etc. (Dupont y Saylor, 1998). En 1977 se identificaron los receptores de las benzodiacepinas, siendo parte del complejo receptor GABA. La benzodiacepina más utilizada es el diazepam (Valium) y es, por tanto, la sustancia de mayor abuso, aunque éste suele producirse dentro de la propia dosificación del paciente que las está tomando para un problema de tipo médico o psiquiátrico. En las encues-

tas epidemiológicas, como ya hemos visto, aparece un uso importante de las mismas por parte de la población.

Existe otro patrón de consumo de estas sustancias que se da básicamente en jóvenes, consistente en consumirlas para incrementar o disminuir el efecto de otras sustancias psicoactivas. Por ejemplo, consumirlas con opiáceos para incrementar el efecto de la misma o con cocaína o anfetaminas para contrarrestar los efectos estimulantes de ambas.

Finalmente, la cafeína, como sustancia psicoactiva, produce adicción. Es un estimulante, de la familia de las xantinas, aunque en la dosis que se toma (taza de café) no tiene la potencia de otras drogas estimulantes. El efecto estimulante agudo se puede lograr con dosis altas (ej., 10 tazas de café). Produce intoxicación, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc., como cualquier otra droga, aunque sus efectos para la salud son inexistentes en pequeñas dosis, o moderados habitualmente. En dosis altas puede producir tanto trastornos físicos como psiquiátricos (Becoña, 1995).

Muchas otras drogas pueden tener picos de consumo puntuales (ej., la conocida con el nombre de yagé, yaguasa o ayahuasca en una zona; el gamma hidroxibutirato (GHB), denominado erróneamente éxtasis líquido; etc.), a diferencia de las drogas más consolidadas en el mercado, que son las que hemos visto hasta aquí.

4.3 USO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS

Por *uso* de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica. El *abuso* se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La *dependencia* surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana.

Por *dependencia*, denominado *síndrome de dependencia*, según la CIE-10 (OMS, 1992), se entiende: un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia, después de un período de abstinencia, lleva a la instauración

más rápida del resto de las características de la dependencia, de lo que sucede en individuos no dependientes.

Según la CIE-10 (OMS, 1992), para diagnosticar dependencia de una droga, se debe considerar: a) la evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de la sustancia durante los intentos de abandono de su consumo; b) el deseo de dejar de consumir; c) un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado; d) evidencia de fenómenos de neuroadaptación como la tolerancia o la dependencia; e) si hay un consumo de drogas con la finalidad de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; f) el predominio de conductas de búsqueda de droga en decremento de otras prioridades importantes en la vida del individuo; y, g) un rápido resurgimiento de la dependencia después de un período de abstinencia.

Los criterios de la CIE-10 sugieren la existencia de dependencia física, psicológica y social en una persona, pero no como elementos separados sino complementarios y entrelazados. Así, tendríamos los factores físicos (tolerancia, neuroadaptación y abstinencia), los psicológicos (aprendizaje y características personales) y los sociales (grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente).

Tanto las clasificaciones de la CIE de la OMS, como otros autores relevantes, han diferenciado siempre la dependencia física de la psíquica (ej., Schuckit, 2000). Dentro de la dependencia física los dos aspectos principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. La CIE-10 define la *dependencia física* como el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos, esto es, los síndromes de abstinencia, están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga. Por *dependencia psíquica o psicológica* entiende la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar.

Otro concepto relevante es el de *potencial adictivo de una droga* (Medina-Mora, 1994), entendiendo por el mismo la propensión que tiene una sustancia de producir dependencia en aquellos que la usan. Así, por ejemplo, en lo que se refiere a las drogas legales, el tabaco tiene un alto poder adictivo, ya que el fumador no puede controlar su consumo ni fumar con moderación, excepto en raras excepciones. En cambio la mayor parte de consumidores de alcohol son bebedores sociales, que pueden controlar sin problemas su consumo y no beber nada durante días o semanas.

Por su parte, los criterios de la American Psychiatric Association (2000) son semejantes en su DSM-IV-TR a los anteriores, y son más utilizados en las revistas especializadas y en los manuales anglosajones, que son los

predominantes, como también ocurre en la gran mayoría de los nuestros. En las tablas 5 y 6 presentamos los criterios del DSM-IV-TR para el abuso y dependencia de drogas.

Tabla 5
CRITERIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS, SEGÚN EL DSM-IV-TR

- A) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa);
 2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir el automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia);
 3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia);
 4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).
- B) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Tabla 6
CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS,
SEGÚN EL DSM-IV-TR

- A) Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:
1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Codificación del curso de la dependencia: 0 Remisión total temprana; 0 Remisión parcial temprana; 0 Remisión total sostenida; 0 Remisión parcial sostenida; 2 En terapéutica con agonistas; 1 En entorno controlado; 4 Leve/moderado/grave o especificar si:

- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si se cumplen cualquiera de los puntos 1 ó 2).
- Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si no se cumplen los puntos 1 y 2).

4.4 INTOXICACIÓN, SÍNDROME DE ABSTINENCIA Y OTROS CONCEPTOS

Junto a los conceptos de dependencia y abuso de sustancias hay otros conceptos de enorme relevancia en el campo de las drogodependencias. Dos de los más importantes son los de *intoxicación* y *síndrome de abstinencia*.

La *intoxicación* es un estado transitorio que sigue a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol, en el que se producen alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas

fisiológicas y psicológicas. Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para la intoxicación por sustancias se indican en la tabla 7 y, como un ejemplo específico para una sustancia, el cannabis, en la tabla 8. Los síntomas van más allá de la mera intoxicación física, ya que con ella se consigue producir trastornos de la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, de la capacidad de juicio, del control emocional y de la conducta psicomotora.

Tabla 7
CRITERIOS GENERALES PARA LA INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS
EN EL DSM-IV-TR

- A) Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
- B) Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- C) Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Tabla 8
CRITERIOS PARA LA INTOXICACIÓN POR CANNABIS EN EL DSM-IV-TR

- A) Consumo reciente de cannabis.
- B) Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cannabis.
- C) Dos o más de los siguientes síntomas que aparecen a las dos horas del consumo de cannabis: 1) inyección conjuntival; 2) aumento de apetito; 3) sequedad de boca; y 4) taquicardia.
- D) Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Tabla 9
CRITERIOS PARA EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DEL ALCOHOL
EN EL DSM-IV-TR

- A) Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B) Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A: 1) hiperactividad autonómica (ej., sudoración o más de 100 pulsaciones); 2) temblor distal de las manos; 3) insomnio; 4) náuseas o vómitos; 5) alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; 6) agitación psicomotriz; 7) ansiedad; y 8) crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).
- C) Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D) Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Uno de los efectos más indeseables del consumo de drogas es el *síndrome de abstinencia*. Se produce cuando la persona manifiesta un estado de abuso o dependencia de una sustancia y deja de consumirla bruscamente o la dosis consumida es insuficiente. El reforzamiento negativo, que se produce por el alivio de ese estado cuando la persona toma la cantidad de droga necesaria para evitarlo, es el que induce las típicas conductas de búsqueda de la droga. La persona busca la droga con persistencia y, conforme transcurre el tiempo, la consecución de nuevas dosis se convierte en una parte básica y, a veces, la más importante de su vida. En la tabla 9 ejemplificamos los signos del síndrome de abstinencia para una sustancia concreta, el alcohol.

En el caso de los opiáceos, se diferencia el síndrome de abstinencia agudo, el síndrome de abstinencia tardío y el síndrome de abstinencia condicionada (Casas, Duro y Guardia, 1993). El *síndrome de abstinencia agudo* consiste en un conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos, que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo del opiáceo del que la persona es dependiente. El síndrome de abstinencia agudo en consumidores de opiáceos suele ser espectacular, pero poco peligroso, a diferencia de otros síndromes de abstinencia agudos, como ocurre con el del alcohol y el de los barbitúricos; son menos impactantes, pero muy peligrosos e incluso pueden conducir al sujeto a la muerte.

El *síndrome de abstinencia tardío* aparece de 4 a 12 días después del síndrome de abstinencia agudo. Se caracteriza por un conjunto de disfunciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas

básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de haber logrado la abstinencia.

El *síndrome de abstinencia condicionado* consiste en la aparición de la sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no toma droga, al exponerse a los estímulos ambientales que fueron condicionados al consumo de la sustancia de la que era dependiente, a través de un proceso de aprendizaje de tipo pavloviano. El sujeto experimenta períodos de gran ansiedad y miedo al revivir la situación que siguió a la abstinencia. Se incrementa el riesgo de que vuelva a usar droga con la finalidad de evitar esos efectos negativos que se producen en su organismo sin razón aparente. Este síndrome se le conoce popularmente con el nombre de *flash-back* (Mothner y Weitz, 1986).

La tolerancia, la vía de administración y la politoxicomanía son conceptos clave cuando hablamos de adicciones. La *tolerancia* es un estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico. El proceso de metabolización de la droga limita la duración de su efecto. La exposición iterativa ocasiona que la droga se metabolice con mayor rapidez y la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente. Para obtener el mismo efecto anterior hay que aumentar la dosis y la frecuencia de administración de la misma.

Se conocen varios tipos de tolerancia. La *tolerancia cruzada*, que es un fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo, por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina y viceversa, y en menor grado el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos. La tolerancia está muy relacionada con la dependencia. Así, también existe el fenómeno de *la dependencia cruzada*, que se refiere a la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra. Por ejemplo, la metadona puede suprimir el síndrome de la abstinencia de la heroína y, los tranquilizantes, el del alcohol. De hecho, la mayoría de los métodos de desintoxicación se basan en el fenómeno de la dependencia cruzada.

Las drogas se pueden tomar a través de seis *vías de administración*: la oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual; la pulmonar, inhalada y/o fumada; nasal (esnifada); intravenosa; intramuscular o subcutánea; y, rectal. La vía pulmonar es la que permite que la droga llegue con mayor rapidez al cerebro, en menos de diez segundos en la mayoría de las sustancias psicoactivas. En todo caso, la dosis y la frecuencia de consumo desempeñan un papel importante para pasar del uso al abuso y, finalmente, a la dependencia. En función de la vía de administración y del tipo de drogas, así será el efecto más o menos inmediato de ellas y las consecuen-

cias físicas y psicológicas que produzcan. La vía de administración más problemática es la intravenosa, especialmente en el caso de la heroína.

Por último, se habla de *politoxicomanía*, *poliadicción* o *uso de sustancias múltiples* cuando una persona con un diagnóstico principal de dependencia de una sustancia psicoactiva presenta al mismo tiempo dependencia de otra u otras sustancias. Por ejemplo, el consumidor de heroína que consume cocaína cuando escasea la primera o, el consumidor de cocaína, que toma con frecuencia alcohol o ansiolíticos para contrarrestar el efecto de la ansiedad. Los consumidores de heroína o *cannabis* también suelen consumir sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, etc. En la actualidad, éste es un fenómeno frecuente, fundamentalmente cuando el consumo principal es la heroína. El sujeto puede usar otras sustancias psicoactivas, bien porque no hay heroína disponible en un momento puntual, bien para contrarrestar los efectos del síndrome de abstinencia o también para incrementar los efectos de la misma.

4.5 PROBLEMAS Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS

El consumo de sustancias psicoactivas puede producir un gran número de efectos y trastornos de tipo físico y mental. El DSM-IV-TR considera que el consumo de drogas puede producir los siguientes trastornos clínicos: abuso, dependencia, intoxicación, síndrome de abstinencia (con y sin delirium), trastorno psicótico, síndrome amnésico, trastorno del estado de ánimo, trastorno sexual, trastorno del sueño, trastorno perceptivo u otros. Realmente, aunque pueden darse todos éstos, en la práctica van a variar unos u otros en función del tipo de sustancia. Para algunas sustancias, como es por ejemplo la heroína, las consecuencias físicas son claras, especialmente cuando se inyecta con agujas usadas. En este caso la persona se expone a contraer la hepatitis, la tuberculosis y el VIH o SIDA. A su vez distintas drogas producen los denominados trastornos mentales inducidos por sustancias (ej., insomnio, depresión, psicosis, etc.). Los problemas médicos y legales derivados del consumo de heroína han provocado una gran alarma social, lo que a su vez ha facilitado la aparición de una amplia red de tratamiento. En la actualidad, la gran mayoría de las personas dependientes de la heroína están en tratamiento, aunque no siempre se han conseguido resultados exitosos, ni se ha podido contener o disminuir de modo significativo la problemática de este consumo. A su vez, para cada sustancia hay problemas concretos y patologías específicas asociadas. Algunos ya los hemos visto; otros pueden verse en otras publicaciones (ej., American Psychiatric Association, 2000; OMS, 1992; Schuckit, 2000, etc.).

5. FASES POR LAS QUE SE PASA DEL USO AL ABUSO Y A LA DEPENDENCIA

Una persona no comienza a consumir hoy una droga y mañana tiene una dependencia de la misma. El proceso es más complejo, más lento y predecible. Podemos claramente diferenciar una fase previa o de predisposición, una fase de conocimiento, una fase de experimentación e inicio al consumo de sustancias, la fase de consolidación, pasando del uso al abuso y a la dependencia, la fase de abandono o mantenimiento y la fase de recaída.

La fase previa o de predisposición se refiere a toda una serie de factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de consumo de drogas. Estos los veremos detenidamente en el capítulo dedicado a los factores de riesgo y protección. Son factores antecedentes al consumo y pueden ser de tipo biológico, psicológico y sociocultural.

La fase de conocimiento de la sustancia es cuando la persona tiene conocimiento real de la existencia de una concreta sustancia, de la que le dicen que produce unos determinados efectos. Hoy las sustancias psicoactivas están presentes en nuestro mundo social de modo frecuente y así lo han estado en las pasadas décadas, o incluso durante siglos, como son un claro ejemplo las drogas legales, el alcohol y el tabaco, en nuestro medio. Pero el que estén presentes éstas y otras drogas no implica que desde su nacimiento una persona va a tener un contacto directo con todas las drogas. Su contacto y su conocimiento va a depender de la disponibilidad, si es el caso, en su casa o en los lugares donde se relaciona con otros desde la infancia, del interés que surja por ellas en un momento del tiempo, habitualmente en la adolescencia o adultez temprana, y de si los amigos o los propios familiares le inducen a su consumo en un momento determinado del tiempo.

La fase evolutiva tiene mucha relación con el conocimiento y posterior prueba de las distintas drogas. Sabemos que hay unas edades medias para el inicio en el consumo (ver tabla 3), aunque las personas con mayor riesgo suelen comenzar a consumirlas antes de esa edad media. Por ejemplo, en la última encuesta escolar (Plan Nacional de Drogas, 2002), mientras que para el cannabis la edad media de consumo es de 14.8 años, nos encontramos que a los 14 años la han consumido en los últimos 12 meses un 12.8%. Algunos otros con menos edad ya la han probado.

Hoy el conocimiento sobre las distintas drogas es mucho mayor que hace años y a edades más tempranas. La adolescencia es el período por excelencia asociado al consumo de drogas, o al inicio de su consumo. Y, en la adolescencia, lo normal es la transgresión más que la institucionalización. Ello se ve reflejado en los tipos de consumo, como por ejemplo

cuando se bebe alcohol en la calle más que en el bar. También en los últimos años se ha incrementado de modo importante el uso de drogas como una forma recreativa más, o una forma de aguantar mejor la diversión. En un capítulo posterior analizaremos esto más ampliamente.

Conforme la persona va avanzando en edad y en deseo de autonomía, el conocimiento de las drogas no sólo será pasivo, obtenido de otros, sino que también pasará a ser activo. Aunque ello está facilitado hoy en día por múltiples factores, el hecho de salir sin sus padres, con amigos, encontrar una gran facilidad para el consumo de distintas drogas, especialmente las legales, favorece el que el joven desee conocer más sobre las mismas y sobre otras de las que escucha hablar o sabe de su existencia. También por los efectos psicoactivos que obtiene con ellos, con su propia experiencia. Y, dentro de ese conocimiento, es normal que en muchos casos ocurra la prueba. El adecuado conocimiento de los adolescentes, de los factores de riesgo y protección, así como de los distintos modelos teóricos, todo lo cual veremos en los siguientes capítulos, nos permitirá comprender mejor esta problemática y poder abordarla de un modo efectivo.

La fase de conocimiento puede llevar a la experimentación e inicio al consumo de distintas sustancias o bien seguir sin consumir. De nuevo, conocer adecuadamente los factores de riesgo y protección y las características de la etapa adolescente es de gran relevancia en esta fase. Como un ejemplo, sabemos que existen toda una serie de factores de riesgo en el desarrollo (ej., Coie et al., 1993; Wicks-Nelson e Israel, 1996) de distintos tipos como constitucionales (ej., influencias hereditarias y anomalías genéticas), familiares (ej., malos tratos en la infancia, conflicto familiar), emocionales e interpersonales (ej., inmadurez emocional, incompetencia social), intelectuales y académicos (ej., baja inteligencia, fracaso escolar), ecológicos (ej., vecindario desorganizado y delincuencia) junto con acontecimientos de la vida no normativos (ej., la muerte prematura de uno de los progenitores), que incrementan la probabilidad de tener problemas tanto respecto al consumo de drogas como respecto a otras conductas problema (Jessor, 1998). Unido a ello hoy sabemos que un factor de gran relevancia que lleva a la experimentación con las drogas es la disponibilidad de las mismas y la posibilidad de acceder a ellas con su compra. En el caso del tabaco y del alcohol es claro que los mismos no sólo se pueden comprar fuera de casa, sino que incluso se pueden obtener en casa en muchos casos. Las otras drogas pueden conseguirse para las primeras pruebas gratis (ej., un amigo le da un porro para fumar o una calada de él, le invita a tomar una droga de diseño, etc.) o comprarlas entre varios amigos o él mismo. El precio de una unidad, sean legales o ilegales, es hoy

asumible. El problema surge cuando hay que mantener el consumo en un nivel superior a la simple prueba.

Actualmente el número de personas jóvenes que prueban las drogas al menos una vez es enorme. Esto no significa que luego sigan consumiendo siempre o incluso que no lleguen a dejar de consumirlas. En un capítulo posterior analizaremos detenidamente esta cuestión por su relevancia. De todos modos, debemos asumir que lo habitual es el no consumo más que el consumo, a pesar de que a veces pueda parecer que ocurre lo contrario. Los valores que los jóvenes adquieren, transmitidos por su familia, escuela y medio social, favorecen en muchos casos el no consumo o no pasar de la prueba de la sustancia. Sin embargo, en los últimos años ha habido un enorme cambio en esta cuestión, especialmente por el descenso de la percepción de riesgo sobre ciertas sustancias, como el cannabis (ver Plan Nacional sobre Drogas, 2002), lo que ha facilitado el incremento del consumo, o de las drogas legales por su incisiva publicidad dirigida a jóvenes y de ellos especialmente a las mujeres, junto con la estabilización de las drogas ilegales más problemáticas como es la heroína. Las drogas recreativas, como la cocaína o las drogas de síntesis, oscilan año a año; si sumásemos el consumo de ambas veríamos cierto nivel de estabilización en el consumo de estas drogas.

La fase de consolidación del consumo de una sustancia es aquella donde se da el paso del uso al abuso y a la dependencia. El elemento fundamental que va a mantener el consumo de sustancias son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo. En función de las mismas, la persona decidirá continuar o no consumiendo esa sustancia. Las consecuencias estarán en relación a sus iguales, a su familia y a sí mismo. Sus iguales pueden o no aceptar su conducta; pueden reforzarla o castigarla. Es de gran importancia si el consumo se ha producido con ellos. A nivel de su familia, ésta puede tolerar o aceptar el consumo o puede estar en desacuerdo, criticarlo, censurarlo o castigarlo. Finalmente, las consecuencias que el consumo produzca en la propia persona es también de suma importancia. El notará directamente el efecto, positivo o negativo, beneficios o problemas que ve en ello, etc. El que no consume evalúa las consecuencias en los iguales, la familia y en sí mismo. En función de todo esto y de la percepción del riesgo de la sustancia, una vez que la conoce, le llevará a seguir o no consumiendo la misma o, en caso de no consumir, a seguir sin consumir, o hacer intentos o pruebas de consumo en el futuro.

En este proceso se debería tener en cuenta la interacción entre distintas sustancias e incluso entre otras adicciones sin sustancias, por la necesidad de considerar en conjunto la conducta de esa persona, más que en sus componentes independientes. Se sabe también que el estado emocio-

nal es una importante variable en este momento para que se mantenga o no el consumo y se pueda producir un incremento cuantitativo del mismo, pasando del uso, al abuso y a la dependencia, o incluso pasando a consumir otro tipo de drogas más peligrosas. Cuando ya se está en una fase de dependencia y se ha mantenido en el tiempo, entonces se puede afirmar que la persona está en una fase de adicción consolidada.

La última fase es la de abandono o mantenimiento. Cualquier conducta discurre a lo largo de un continuo temporal, en el que la persona puede seguir realizando la misma, o dejar de hacerla, si sus consecuencias son más negativas que positivas. De ahí que entre los consumidores de las distintas drogas, unos dejarán de consumirla después de una o varias pruebas, otros después de un período corto o largo de consumo, y otros consumirán ininterrumpidamente durante muchos años o a lo largo de toda la vida. Serían los que están en la fase de mantenimiento del consumo.

De los que abandonan el consumo, el motivo de éste pueden ser por causas externas o por causas internas. Las causas externas pueden ser la presión familiar, de los amigos, novia, social, legal, sanitaria, etc., para que abandone el consumo de esa sustancia concreta. De tipo interno, cuando la persona decide dejar de hacer un consumo por los problemas que le acarrea, sean de tipo personal, físico, afectivo, familiar, social, etc. El tratamiento para que la persona deje de consumir cobra aquí su máxima importancia para conseguir la abstinencia y el mantenimiento de la misma a largo plazo.

La última fase, que puede ocurrir o no, es la de recaída. La adicción consolidada puede considerarse como una conducta aprendida difícil de extinguir. De ahí que las personas que llegan a niveles de adicción consolidada (dependencia), habitualmente después de varios años de consumo, cuando deciden dejar la sustancia y lo consiguen, con frecuencia recaen. En este caso, el abandono de esa sustancia puede considerarse un proceso a lo largo de una camino de recaídas. Con ello la persona abandona la sustancia, recae, vuelve a abandonarla y vuelve a recaer, hasta que se mantiene este proceso a lo largo del tiempo o bien en un punto consigue la abstinencia. Se estaría hablando en este caso de las fases clásicas de tratamiento y de la posterior de rehabilitación.

6. CONCLUSIÓN

Hoy tenemos claramente perfilado el cuadro de la drogodependencia, tanto desde el conocimiento de las distintas sustancias que tienen poder adictivo, como del proceso por el que pasan las personas cuando consumen, especialmente en los procesos de intoxicación, síndrome de absti-

nencia, tolerancia, etc., así como el modo de diferenciar claramente el uso o consumo puntual, del abuso y de la dependencia. Hay una interacción que no debemos olvidar entre la sustancia, el individuo y el ambiente. Esto es, tan importante es la sustancia concreta que se consume, como el individuo que la consume como el tipo de ambiente donde se consume o se facilita el mismo. Dado que esta triple combinación, que se puede multiplicar por varias posibles combinaciones más, dependiendo del tipo de sustancia, o tipos de sustancias, hace que tengamos un gran número de posibilidades. Esto lleva a que el problema del consumo de drogas no sea simple sino complejo. A su vez, a unos individuos les puede afectar más que a otros una sustancia en las mismas condiciones; a otros las características individuales les incrementan la probabilidad de consumir; y, en ciertos ambientes, se facilita, respecto a otros, distintos consumos. La prevención se orienta precisamente a incidir sobre el individuo y sobre el ambiente. Sobre el individuo para que pueda vivir sin tener que acudir a las drogas; y, sobre el ambiente, concienciándolo en la necesidad de que no se hagan accesibles las drogas. Y, sobre las sustancias, están las estrategias de reducción de la oferta. En el siguiente capítulo veremos varios de estos aspectos así como los conceptos básicos que tenemos que conocer para afrontar efectivamente la prevención de las drogodependencias.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMS, R. C., y ALEXOPOULOS, G. (1998): «Geriatric addictions», en R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive behaviors* (2nd, ed., pp. 374-396). Nueva York: Guildford Press.
- AMENGUAL, M. (2000): «Enfoques preventivos del uso y abuso de cannabis y problemas asociados», *Adicciones*, 12, Supl. 2, pp. 281-300.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, D C: American Psychiatric Association (trad. cast. en Barcelona: Masson, 2002).
- BALCELLS, M. (2001): «Complicaciones orgánicas de la cocaína», *Adicciones*, 13, Supl. 2, pp. 167-177.
- BANEGAS, J. R.; DíEZ, L.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F.; GONZÁLEZ, J., PÉREZ-ARTALEJO y VILLAR, F. (2001): «Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998», *Medicina Clínica*, 117, pp. 692-694.
- BASTIDA, N. (2002): «Problemas laborales asociados al consumo de alcohol», *Adicciones*, 14, Supl. 1, pp. 239-249.
- BECOÑA, E. (1995a): «Drogodependencias», en A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 1, pp. 493-530). Madrid: McGraw-Hill.
- BECOÑA, E. (1995b): «La prevención de las drogodependencias. Introducción a algunas cuestiones actuales», en E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (Coords.),

- Drogodependencias IV. Prevención* (pp. 9-50) Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- BECOÑA, E. (Ed.) (1998): *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa Ediciones/Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo.
- BECOÑA, E. (1999): *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- BECOÑA, E.; GALEGO, P., y LORENZO, M. C. (1987): *El tabaco y su abandono*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- BECOÑA, E., y LORENZO, M. C. (2001): Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, pp. 511-522.
- BECOÑA, E.; PALOMARES, A., y GARCÍA, M. P. (1994): *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- BECOÑA, E., y VÁZQUEZ, F. L. (1998): *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dikynson.
- BECOÑA, E., y VÁZQUEZ, F. L. (2001): *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- BOBES, J., y CALAFAT, A. (2000): «De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis», *Adicciones*, 12, Supl. 2, pp. 7-17.
- BOBES, J.; LORENZO, P., y SAIZ, P. (1998): *Éxtasis (MDMA): Un abordaje comprensivo*. Barcelona: Masson.
- BUCHANAN, D. R. (1992): «A social history of American drug use», *Journal of Drug Issues*, 22, pp. 31-52.
- CADAFALCH, J.; DOMINGO, P., y LÓPEZ-NAVIDAD, A. (1993): «Hepatitis en adictos a drogas», en J. Cadafalch y M. Casas (Eds.), *El paciente heroinómano en el hospital general* (pp. 369-420). Madrid: Citrán-Plan Nacional sobre Drogas-Generallitat de Catalunya.
- CALAFAT, A. (2002): «Estrategias preventivas del abuso de alcohol», *Adicciones*, 14, Supl. 1, pp. 317-335.
- CALAFAT, A.; BOHRN, K.; JUAN, M.; KOKKEVI, A.; MAALSTÉ, N.; MENDES, F.; PALMER, A.; SHERLOCK, K.; SIMON, J.; STOCO, P.; SUREDA, M. P.; TOSSMANN, P.; VAN DER WIINGAART, G., y ZAVATTI, P. (1999). *Night life in Europe and recreative drug use. SONAR 98*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- CALAFAT, A.; FERNÁNDEZ, C.; BECOÑA, E.; GIL, E.; JUAN, M., y TORRES, M. A. (2000a): «Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa», *Adicciones*, 12, Supl. 2, pp. 197-230.
- CALAFAT, A.; JUAN, M.; BECOÑA, E.; FERNÁNDEZ, C.; GIL, E., y LLOPIS, J. J. (2000b): «Estrategias y organización de la cultura pro-cannabis», *Adicciones*, 12, Supl. 2, pp. 231-273.
- CALAFAT, A.; JUAN, M.; BECOÑA, E.; FERNÁNDEZ, C.; GIL, E.; PALMER, A.; SUREDA, P., y TORRES, M. A. (2000c): *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- CALAFAT, A.; JUAN, M.; BECOÑA, E.; FERNÁNDEZ, C.; GIL, E., y LLOPIS, J. J. (2001): Vida social de la cocaína. *Adicciones*, 13, Supl. 2, pp. 61-103.
- CALAFAT, A.; STOCO, P.; MENDES, F.; SIMON, J.; VAN DE WIINGAART, G.; SUREDA, M. P.; PALMER, A.; MAALSTÉ, N., y ZAVATTI, P. (1998): *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: Irefrea.

- CALIMARI, J. E., y COX, W. M. (1996): «Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas», en V. E. Caballo, G. Buena-Casal y J. A. Carrobes (Coord.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (Vol. 2, pp. 205-240). Madrid: Siglo XXI.
- CAMÍ, J. (1988): «Farmacología de la cannabis», *Comunidad y Drogas*, 7, pp. 31-60.
- CASAS, M.; DURO, P., y GUARDIA, J. (1993): «El trastorno por dependencia de opiáceos. Conceptos básicos que deben ser manejados por el personal del Hospital General no especializado en drogodependencias», en J. Cadafalch y M. Casas (Eds.), *El paciente heroínómano en el hospital general* (pp. 29-41). Madrid: Citrán-Plan Nacional sobre Drogas-Generalitat de Catalunya.
- COIE, J. D.; WATT, N. F.; WEST, S. G.; HAWKINS, J. D.; ASARNOV, J. R.; MARKMAN, H. J.; RAMEY, S. L.; SHURE, M. B., y LONG, B. (1993): «The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program», *American Psychologist*, 48, pp. 1013-1022.
- DARTON, L. A., y DILTS, S. L. (1998): «Opioids», en R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive behaviors* (2nd, ed., pp.150-167). Nueva York: Guildford Press.
- DI PARDO, R. (1993): «Los patrones socioculturales de alcoholización en México», *JANO*, 44, pp. 1521-1533.
- EASTMAN, C. (1984): *Drink and problem drinking problems*. Nueva York: Longman.
- ECHEBURÚA, E. (1996): *El alcoholismo*. Madrid: Aguilar
- ESCOHOTADO, A. (1998): *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa.
- ESTRUCH, R. (2002): «Efectos del alcohol en la fisiología humana», *Adicciones*, 14, Supl. 1, pp. 43-61.
- GARCÍA, M. P. (2002): «Patología familiar y violencia doméstica», *Adicciones*, 14, Supl. 1, pp. 221-238.
- GOLDSTEIN, A. (1995): *Adicciones*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias
- GUAL, A. (1996): «Unidad de bebida estándar. Resumen de los resultados obtenidos en el trabajo de campo», en *XXIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Libro de Actas* (pp. 237-249). Oviedo: Astra.
- GUAL, A., y COLOM, J. (1997): «Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe?», *Addiction*, 92 (Suppl. 1), S21-S31.
- HANSEN, W. B. (1992): «School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990», *Health Education Research*, 7, pp. 403-430.
- HUNT, W. A. (1993): «Neuroscience research: How has it contributed to our understanding of alcohol abuse and alcoholism. A review», *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, pp. 1055-1065.
- INSTITUTE FOR HEALTH POLICY (1993): *Substance abuse: The nation's number one health problem. Key indicators for policy*. Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation.
- JELLINEK, E. M. (1960): *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick, NJ: Hillhouse Press.
- JESSOR, R. (Ed.) (1998): *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.

- KARAN, L. D.; HALLER, D. L., y SCHNOLL, S. H. (1998): «Cocaine and stimulants», en R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive behaviors* (2nd. ed., pp. 168-201). Nueva York: Guildford Press.
- LEÓN, J. L. (1990): «Evolución de las toxicomanías en las últimas décadas». *Revista Española de Drogodependencias*, 15, pp. 221-237.
- LORENZO, P., y LEZA, J. C. (2000): «Utilidad terapéutica del cannabis y derivados», *Adicciones*, 12, Supl. 2, pp. 149-168.
- LLOPIS, J. J. (2001): «Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína», *Adicciones*, 13, Supl. 2, pp. 147-165.
- MARTÍN, S. L. C. (1994): «Farmacología de las sustancias psicoactivas», en R. Tapia (Ed.), *Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas* (pp. 270-283). México: El Manual Moderno.
- MARTÍN, E. (1995): «De los objetivos de la prevención a la “prevención por objetivos”», en E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- MARTÍN, E. (1997): «La prevención en España hoy: Propuestas de consenso institucional, técnico y social. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.)», *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 67-84). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- MARTÍN, M., y LORENZO, P. (1998): «Conceptos fundamentales en drogodependencias», en P. Lorenzo, J. Ladero, J. C. Leza e I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias* (pp. 3-20). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- MEANA, J. J., y PANTOJA, L. (Eds.) (1998): *Derivados del cannabis: ¿drogas o medicamentos?* Bilbao: Universidad de Deusto.
- MEDINA-MORA, M. E. (1994): «Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición», en R. Tapia (Ed.), *Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas* (pp. 25-55). México: El Manual Moderno.
- MELERO, J. C., y PÉREZ, J. A. (2001): *Drogas: + información – riesgos*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- MILLMAN, R. B., y BOTVIN, G. J. (1992): «Substance use, abuse, and dependence», en M. Levine, N. B. Carey, A. C. Crocker y R. T. Gross (Eds.), *Developmental-behavioral pediatrics* (2nd. ed., pp. 451-467). Nueva York: Saunders.
- MONCADA, S. (1997): «Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas», en Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- MOTHNER, I., y WEITZ, A. (1986): *Cómo abandonar las drogas*. Barcelona: Martínez-Roca.
- MUÑOZ, M.; GRAÑA, J. L., y CRUZADO, J. A. (2000): *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicopatología Clínica, Legal y Forense.
- NAVARRO, M., y RODRÍGUEZ, F. (2000): «Cannabinoides y conducta adictiva», *Adicciones*, 12, Supl. 2, pp. 97-108.

- NIDA (1997): *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. National Institute on Drug Abuse, and National Institutes of Health.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992): *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- PARÉS, A., y CABALLERÍA, J. (2002): «Patología orgánica», *Adicciones*, 14, Supl. 1, pp. 155-173.
- PASCUAL, F. (2001): «Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína», *Adicciones*, 13, Supl. 2, pp. 7-22.
- PÉREZ DE LOS COBOS, J. (1996): «La drogodependencia de opioides», en E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. III. Drogas ilegales* (pp. 101-130). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1998): *Observatorio español sobre drogas. Informe n.º 1*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1999): *Observatorio español sobre drogas. Informe n.º 2*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2000a): *Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2000b): *Observatorio español sobre drogas. Informe n.º 3*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2001): *Observatorio español sobre drogas. Informe n.º 4*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2002), *Observatorio español sobre drogas. Informe n.º 5*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- QUIROGA, M. (2000a): «Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física», *Adicciones*, 12, Supl. 2, pp. 117-133.
- QUIROGA (2000b): «Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental», *Adicciones*, 12, Supl. 2, pp. 135-147.
- RAMOS, J. A., y FERNÁNDEZ, J. A. (2000a): «Sistema cannabinoide endógeno: ligandos y receptores acoplados a mecanismos de transducción de señales», *Adicciones*, 12, Supl. 2, pp. 59-81.
- RAMOS, J. A., y FERNÁNDEZ, J. A. (2000b): «Uso de los cannabinoides a través de la historia», *Adicciones*, 12, Supl. 2, pp. 19-30.
- RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (1996): «Abuso de sustancias volátiles», en E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. III. Drogas ilegales* (pp. 221-255). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (1999): «Diagnóstico del síndrome de dependencia del alcohol», en E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Coord.), *Drogodependencias. V*.

- Avances 1999* (pp. 57-99). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- RELMAN, A. S. (Ed.) (1987): *Marihuana y salud*. Santiago de Compostela: Plan Autonómico sobre Drogodependencias.
- SALAZAR, I., y RODRÍGUEZ, A. (1986), «Uso y abuso de cannabis y derivados», en E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. III. Drogas ilegales* (pp. 11-39). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- SALAZAR, I., y RODRÍGUEZ, A. (1996): «Drogas de síntesis: psicodélicos», en E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. III. Drogas ilegales* (pp. 221-255). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- SAN, L. (1996a): «Dependencia de anfetaminas», en E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. III. Drogas ilegales* (pp. 199-219). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- SAN, L. (1996b): «Dependencia de la cocaína», en E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. III. Drogas ilegales* (pp. 41-99). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- SÁNCHEZ, L. (2002): «Consumo alcohólico en la población española», *Adicciones, Supl. 1*, pp. 79-97.
- SCHUCKIT, M. A. (2000): *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (5th ed.). Nueva York: Plenum Medical Book Company.
- SECADES, R. (1996): *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- U.S.D.H.H.S. (1988): *The health consequences of smoking. Nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services,
- U.S.D.H.H.S. (2000): *Reducing tobacco use. A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- WEISS, C. J., y MILLMAN, R. B. (1998): «Hallucinogens, phencyclidine, marijuana, inhalants», en R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive behaviors* (2nd, ed., pp. 202-232). Nueva York: Guildford Press
- WICKS-NELSON, R., e ISRAEL, A. C. (1996): *Psicopatología del niño y del adolescente*, 3.^a edición. Madrid: Prentice-Hall.

CAPÍTULO 2. CONCEPTOS BÁSICOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

1. INTRODUCCIÓN

Es claro que las consecuencias que acarrea el consumo de drogas son de una gran relevancia, tanto en la esfera individual, como sanitaria y social, pasando por la familiar, orden público, económica, etc. Ante este hecho uno de los modos que parece idóneo para atajar esta problemática es mediante la prevención de las drogodependencias. Esta ha ido surgiendo al unísono de la aparición de los problemas de drogas en las sociedades desarrolladas, fundamentalmente a partir de los años 70 en la mayoría de ellas, con la epidemia de la heroína, la cocaína, el cannabis, etc., y sin perder de vista el gran incremento que se ha producido también del consumo de drogas legales, alcohol y tabaco, en muchos de estos países, especialmente en los jóvenes en fin de semana, aunque en algunos empieza a haber un descenso en tales consumos precisamente por la aplicación de medidas preventivas.

Poco después del surgimiento y extensión del consumo de drogas, en el sentido en que hoy lo conocemos, la alarma social que se ha producido ha sido enorme. En su base han estado los problemas de delincuencia a ellas asociados, marginación, y los enormes costes que dicho consumo ha producido y produce. Esto se aprecia claramente en las enfermedades y sufrimiento para los consumidores dependientes y sus familiares (Ammerman et al., 1999), especialmente desde la aparición del VIH y su importante asociación con el consumo de heroína por vía parenteral, aunque esto va cambiando poco a poco (Plan Nacional sobre Drogas, 2002). Pero ello va más allá al asociarse los consumos más problemáticos de drogas, como ocurre especialmente con la heroína, y puede ocurrir pronto con la cocaína, con problemas asociados de delincuencia, aparte de las

consecuencias en cadena que ello acarrea para el individuo, las familias y el resto de la sociedad, como es especialmente claro para el sistema policial, judicial y penal, aparte de los problemas de orden público, marginalidad, etc., que con ocasiones vemos directamente o podemos leer en los periódicos cuando se intenta abrir un centro de drogodependientes en un barrio concreto, una comunidad terapéutica, etc.

Ante ello la respuesta de la prevención ha sido clara. Y hoy podemos hablar de la ciencia de la prevención. Coie et al. (1993), hace unos años, se han decantado claramente por aplicar esta denominación específica de «ciencia de la prevención», o lo que podemos llamar también a sus profesionales «preventólogos», como Amador Calafat suele frecuentemente sugerir, como una nueva disciplina científica que se nutre de las aportaciones de distintas ciencias, como lo exige un tema tan complejo y multifacético como es el del consumo de drogas.

La ciencia de la prevención ha tenido una buena fundamentación en estos últimos años (ej., Institute of Medicine, 1994). Específicamente, para la prevención de las drogodependencias el avance ha sido enorme en muy pocos años y hoy tenemos claros principios conductores de qué podemos hacer, tanto nacionales (Plan Nacional sobre Drogas, 1996, 2000), como de otros países (Sloboda y David, 1997; CSAP, 1997; Gardner et al, 2001). El haber conseguido desmenuzar relativamente bien los factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas, disponer de adecuados modelos teóricos, así como programas preventivos con buenos niveles de calidad científica, entre las razones más importantes, han propiciado el enorme avance del campo de la prevención de las drogodependencias en estos pocos años.

Si queremos dar una definición de *prevención de drogodependencias* por ella entendemos «un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas» (Martín, 1995, p. 55).

Son varios los objetivos que pretende conseguir la prevención de las drogodependencias. De los que se han enumerado podemos listar los siguientes (Ammerman et. al., 1999; Martín, 1995; Paglia y Pandina, 1999; Plan Nacional sobre Drogas, 2000):

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
2. Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
3. Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas.
4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.

5. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
6. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
7. Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Aunque se listan varios objetivos, con frecuencia suelen indicarse sólo dos o tres de ellos. La relevancia de los mismos es que son objetivos realistas y adecuados a lo que conocemos sobre las drogas y los consumidores. Esto es, el objetivo no es que todas las personas no consuman drogas. Este sería un objetivo idealista y utópico. Pero sí es un objetivo realista el que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o una parte importante de ellos no las lleguen a consumir. Realmente, lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman drogas, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables (Ammerman et al., 1999). Esto podemos hoy hacerlo porque conocemos relativamente bien varios de ellos. Además, en los últimos años se ha ampliado el campo de intervención del nivel individual, habitualmente aplicado en la escuela, al nivel de la familia y el de toda la comunidad, junto a otros lugares (ej., lugar de trabajo). Todo ello ha ido produciendo un cambio en la relevancia de la intervención en drogodependencias desde sólo aplicar el tratamiento, a tener también en cuenta la prevención y el proceso posterior al tratamiento, de incorporación social.

A continuación exponemos los conceptos básicos más relevantes que debemos conocer para la realización de la prevención de las drogodependencias. Analizaremos aspectos relacionados con diferencias conceptuales (ej., prevención de la oferta y de la demanda; prevención universal, selectiva e indicada, etc.); tipos de prevención (prevención escolar, familiar, comunitaria, laboral y otras); cómo evolucionan los consumos de unas a otras drogas a lo largo el tiempo; y toda una serie de aspectos relevantes con la intervención, en muchos casos de tipo técnico o profesional (ej., tipos de programas preventivos). En los sucesivos capítulos se van exponiendo muchos de los aspectos que tenemos que saber para hacer una prevención en drogodependencias eficaz.

2. REDUCCIÓN DE LA OFERTA Y DE LA DEMANDA Y PREVENCIÓN

En ocasiones las intervenciones preventivas se agrupan en dos grandes bloques, el de reducción del consumo, denominado como reducción

de la demanda y el de la reducción de la oferta, con vistas a disminuir la disponibilidad de la sustancia en el mercado al que accede el consumidor. Realmente, cuando hablamos de la prevención de drogas aplicada a los individuos nos estamos refiriendo a la reducción de la demanda de drogas; esto es, lo que pretendemos es entrenar a los individuos para que si se les ofrecen drogas las rechacen y con ello se reduzca la demanda de drogas circulante en el mercado en una concreta comunidad, región o país. Por el contrario, la reducción de la oferta de drogas se orienta a que en el mercado haya menos cantidad de droga disponible. Para ello se establecen leyes, controles, cambios en los sistemas o en el ambiente o políticas orientadas a tal fin (Pentz, Bonnie y Shopland, 1996). Esto es aplicable tanto para las drogas legales como para las ilegales.

La prevención orientada a la reducción de la demanda se centra en el individuo (cambiar actitudes, percepciones, conductas; reducir los factores de riesgo; entrenarlo en habilidades; etc.). Cuando se realiza a un nivel más amplio, ej., escolar, familiar, comunitario, etc., el objetivo sigue siendo el individuo o grupo de individuos al que se dirige. Por el contrario, la reducción de la oferta se dirige a la sustancia, a que haya menos cantidad de sustancia disponible o circulando en el mercado. Para ello se establecen controles desde donde se produce la sustancia (cultivo, elaboración), su transporte y almacenaje, hasta el punto de venta intermedio y final. Se relaciona con la producción, tráfico y venta de drogas, realizado por productores, elaboradores, traficantes, financiadores, transportistas, vendedores, blanqueadores, etc. Aquí la policía, los agentes de aduanas, el ejército, u otros cuerpos de seguridad, dependiendo de cada país, tienen el papel más importante. El control y lucha contra el tráfico de drogas, como así se le denomina, no se hace sólo a nivel nacional sino internacional.

Aunque ambos tipos de intervención son necesarias, la prevención se ve como la mejor alternativa para solucionar o paliar este problema (Pentz, 1999), a pesar de las dificultades inherentes al mismo.

Con las drogas legales se puede hacer combinadamente una reducción de la oferta y de la demanda (Holder, 1999), ya que junto al entrenamiento de la persona adolescente, o de los adultos, para que no consuman o abusen de las mismas, también podemos poner en marcha medidas para que la sustancia esté menos disponible, como se puede hacer restringiendo el acceso a las mismas, incrementar los precios, incrementar la edad legal de consumo, restringir y hacer cumplir el horario legal de cierre de locales de copas, etc. Mientras que con las drogas legales las medidas de reducción de la demanda se han mostrado eficaces, no se puede decir lo mismo en el caso de las drogas ilegales y, especialmente en el caso de la cocaína (Holder, 1999). Aún así, sin este tipo de control el consumo podría dispararse al estar más disponible la droga y poder

bajarse los precios. El precio alto es una barrera para el consumo experimental y ocasional. Como dice Holder (1999), la legalización de una droga reduciría su precio, incrementaría la demanda y con ello se incrementaría el consumo. También hay el problema de que si en poco tiempo sube mucho el precio de la droga ilegal las personas dependientes utilizarán otros procedimientos (ej., robo, prostitución, etc.) para conseguir más dinero para poder conseguir su dosis de drogas. Pero siempre hay que diferenciar las personas dependientes, de los que consumen esporádicamente o abusan de alguna droga.

Saltz et al. (1995) notan que las intervenciones políticas y otras ambientales para la prevención tienen algunas ventajas naturales. Tales aproximaciones no dependen de persuadir a los individuos y sus efectos no decaen con el paso del tiempo. Sin embargo, las políticas trabajan directa e indirectamente reflejando normas sociales y reflejando lo que es y lo que no es aceptable. Este impacto positivo de las políticas sobre el consumo de drogas, así como el subsecuente daño, está apoyado por evidencia científica consistente, especialmente en el caso del alcohol y del tabaco.

En otros países, como en el nuestro, una polémica permanente es si primar la reducción de la oferta o la reducción de la demanda. Este es un importante debate político y social, en donde los técnicos y científicos tenemos poco eco o no nos escuchan adecuadamente. Es necesario un acercamiento realista al tema, establecer alianzas con los distintos sectores implicados, coordinar mejor los esfuerzos dedicados a la prevención, pero es igualmente importante coordinarse con la asistencia, el sistema penal, las escuelas, etc. Llevar la bandera de la buena práctica puede ser un buen camino para mantener los programas en el tiempo y asumir el adecuado funcionamiento de los mismos (Swisher, 2000).

Lo cierto es que la prevención no puede ser puntual, tiene que estar mantenida en el tiempo. No puede orientarse a solucionar una crisis puntual. En el caso americano, su famosa «guerra a las drogas» o «tolerancia cero» no es realista y ha sido además claramente inefectiva desde una perspectiva preventiva y pragmática. Por el contrario, hay que transmitir la clara idea de que la prevención es una labor que tiene que mantenerse en el tiempo, trabajar largo tiempo y esperar a ver los resultados a largo plazo, no de modo inmediato o mañana mismo. Como ejemplo, la prevalencia del consumo de drogas tiene su mayor nivel de prevalencia en Estados Unidos dentro de los países industrializados (Morin y Collins, 2000). Esto produce un enorme coste tanto de tipo sanitario como social. Los gastos federales del gobierno norteamericano para el tema de drogas fueron en el año 2000 de 18.500 millones de dólares. De este dinero, la mayoría se dedicó a la reducción de la oferta, no de la demanda. Concretamente se

dedicaron 12.500 millones a reducir la oferta de drogas (el 68%) y 5.900 millones a la reducción de la demanda (el 32%). Esto significa que de cada 3 dólares 2 se dedican a la reducción de la oferta y 1 a la de la demanda. Además, una parte nada despreciable de ese dinero se dedica anualmente a ser invertida fuera del territorio norteamericano, como es un buen ejemplo actual la fuerte inversión en el Plan Colombia para reducir el cultivo de cocaína en ese país, centrado fundamentalmente en acciones de tipo militar. Concretamente, de todos los fondos, en el año 2000 se dedicó el 50% (9.000 millones de dólares) a hacer cumplir las leyes sobre drogas, el 10% (1.900 millones) a la represión y el 8% (1.500 millones) a la parte internacional. El restante 32% se dedica a la reducción de la demanda, entendiendo por tal tanto lo que abarca el tratamiento de las personas dependientes de las drogas como la prevención y la investigación (Morin y Collins, 2000). A pesar de esta enorme inversión en reducción de la oferta, la evidencia indica que es poco útil o eficaz la misma. El ejemplo claro es que el consumo no desciende o desciende poco. Morin y Collins (2000) indican que, a pesar de no haber evidencia de ello, la política actual sigue y probablemente seguirá siendo esta. Incluso planteamientos como enfatizar la prohibición y la agresiva tolerancia cero está fuera de la realidad, de lo que vemos diariamente y de lo que ha ocurrido en las últimas décadas. También es un claro desconocimiento del complejo fenómeno que son las drogodependencias. Quien paga una parte de las consecuencias de todo esto es, primero, el tratamiento y, de modo más acusado, la prevención. A pesar de que la prevención sería la mejor estrategia a utilizar ésta es considerada una estrategia secundaria no una estrategia principal. En el caso norteamericano una parte importante del dinero se gasta en la denominada «guerra a las drogas» no en la prevención del consumo. Esto va en contra de la investigación y de los datos actualmente disponibles pero hay un parte social y política en este tema que tampoco podemos dejar de lado.

En suma, para que la prevención funcione, para que la prevención se pueda aplicar, para que la prevención tenga un adecuado rango científico y, por ello, sea aceptada y utilizada adecuadamente, precisa que tenga un bagaje científico propio, una unidad, aunque fruto de puntos de vista complementarios y por ello enriquecedores, como ha ocurrido hasta ahora al proceder los profesionales de distintos campos del saber, pero va siendo cada vez más necesario que la prevención tenga un corpus de conocimiento propio con el que sus profesionales se identifiquen. Lo cierto es que la prevención, y específicamente, la prevención en drogodependencias está surgiendo como una profesión, especialmente en los países más desarrollados como es el nuestro, cada vez más con un corpus de conocimientos comunes y con un mismo lenguaje. Una profesión se caracteri-

za por una fundamentación teórica, una base científica que guíe su práctica, un periodo de entrenamiento, la especialización y la autorización social (Swisher, 2000).

En nuestro caso, y en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 (Plan Nacional sobre Drogas, 2000), como reducción de la oferta viene la actuación, a través de la Secretaría de Estado de Seguridad y del Plan Nacional sobre Drogas, con sus competencias y la coordinación de los distintos Servicios y Unidades de los distintos Departamentos Ministeriales, especialmente con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, interviene en tres grandes áreas: la lucha contra las organizaciones internacionales dedicadas al tráfico de drogas; la lucha contra la distribución interior de drogas ilegales, especialmente en los grupos organizados; y, la lucha contra la venta de drogas al por menor. A su vez se incide en que el Plan Nacional sobre Drogas participe en el ámbito normativo contra las organizaciones criminales relacionadas con el tráfico, distribución o venta de drogas. Y, como reducción de la demanda se para en tres aspectos: prevención del consumo de drogas, reducción de daños, y asistencia e integración social. En cada uno de ellos especifica los distintos tipos de intervención que se corresponde con lo que los técnicos entendemos habitualmente por prevención, tratamiento e incorporación social.

En las páginas que siguen nos centramos en el primer aspecto, la reducción de la demanda, dado que el objetivo de la prevención, como su mismo significado implica es prevenir, en este caso prevenir el consumo de sustancias con poder adictivo que van a acarrear daños al individuo a corto, medio y largo plazo.

3. DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA A LA PREVENCIÓN UNIVERSAL, SELECTIVA E INDICADA

En el campo de la prevención de las drogodependencias hasta hace unos años se hacía la diferenciación de la prevención en tres tipos, a partir de la propuesta hecha por Caplan (1980). Este diferenciaba la prevención primaria, la secundaria y la terciaria. Esta diferenciación equivalía, de modo muy sintético a prevenir, curar y rehabilitar. En la prevención primaria intervenimos antes de que surja la enfermedad y tiene como misión impedir la aparición de la misma. Es el tipo de prevención más deseable. En la prevención secundaria el objetivo es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; esto es, parar el progreso de la enfermedad que se encuentra en los primeros estadios. Finalmente, la prevención terciaria, se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad

se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Se centra en los procedimientos de tratamiento y rehabilitación para la enfermedad que tiene ya claros síntomas clínicos. En una terminología más actual los tres tipos de prevención anteriores son en parte equivalentes a lo que se conoce por prevención (prevención primaria), tratamiento (prevención secundaria) y rehabilitación (prevención terciaria). En el caso de las drogas, la prevención primaria se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección; la secundaria se orienta a que si surge un problema con las drogas se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor; y, la terciaria se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas.

En los últimos años una nueva terminología se ha ido imponiendo. Es la que diferencia la prevención en tres tipos (Gordon, 1987): la universal, la selectiva y la indicada. Por ejemplo, si la prevención la dirigimos a adolescentes, la prevención universal se dirige a todos los adolescentes, beneficiándolos a todos por igual. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamientos duraderos. Se incluirían en estos programas la mayoría de los programas preventivos escolares, como los que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores, habilidades para la vida, etc. La prevención selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo de ser consumidores mayor que el promedio de los adolescentes. Se dirigen a grupos de riesgo. Finalmente, la prevención indicada es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose los mismos tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo (Eggert, 1996). Para diferenciar un tipo y otro de prevención, en la tabla 10 se indican las características de una y otra.

Dado que ya se lleva unos años aplicando programas preventivos bajo esta nueva denominación, también nos es posible conocer la utilidad de la misma y la bondad cara a su aplicación. Como un ejemplo que nos es de una gran utilidad, Offord (2000) presenta un listado de las ventajas y desventajas que él ve en los programas universales (tabla 11) y en los selectivos e indicados (tabla 12). Como se puede ver en las tablas citadas, un tipo y otro de prevención tienen ventajas y desventajas. La selección de un tipo u otro va a depender del objetivo de nuestra intervención, del grupo diana al que dirijamos la misma y de las posibilidades reales que tenemos para poder intervenir (medios, disponibilidad de tiempo, etc.).

Tabla 10
TIPOS DE PREVENCIÓN SEGÚN LA CONCEPTUALIZACIÓN CLÁSICA
Y LA MÁS ACTUAL EN DROGODEPENDENCIAS

Conceptualización	Tipos de prevención	Definición
Clásica	Primaria	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas
Actual	Universal	Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción (ej., chicos de 12 a 14 años de edad)
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.
	Indicada	Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Tabla 11
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS PROGRAMAS UNIVERSALES

Ventajas	Desventajas
— No etiqueta ni estigmatiza	— Puede ser poco atractivo para el público y para los políticos
— La clase media se implica y ello hace que el programa funcione bien	— Pequeño beneficio para el individuo
— Proporciona un lugar concreto para lograr los objetivos del programa	— Puede tener los mayores efectos en aquellos que están en bajo riesgo
— Proporciona la posibilidad de focalizarse sobre los factores de riesgo de la comunidad	— Innecesariamente caro
— Es conductualmente apropiado porque se centra en cambiar conductas que suelen ser exhibidas por todos de algún modo (excepto en exceso por los de alto riesgo). Tiene un buen potencial a nivel de toda la población	— La población de bajo riesgo no tiene la oportunidad de hacerlo bien
	— Puede percibirse que las iniciativas de la comunidad no son necesarias
	— Puede ser percibido por la población de bajo riesgo que es de poco beneficio para ellos
	— Difícil de demostrar un efecto global beneficioso

Adaptado de Offord (2000).

Tabla 12
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS PROGRAMAS SELECTIVOS E INDICADOS

Ventajas	Desventajas
— Posibilidad de tratar los problemas tempranamente	— Posibilidad de etiquetación y estigmatización
— Potencialmente eficiente	— Dificultades con el screening: — coste y considerable esfuerzo para hacerlo

(continuación)

Ventajas	Desventajas
	<ul style="list-style-type: none"> — mayor rechazo entre aquellos en mayor riesgo — problemas de punto de corte — el estatus de riesgo es inestable a lo largo del tiempo — dificultades de elegir el grupo de riesgo adecuadamente — El poder para predecir el trastorno futuro habitualmente es muy bajo — El grupo de alto riesgo contribuye con muy pocos casos en relación a como lo hace el grupo de bajo riesgo — Tendencia a ignorar el contexto social como un objetivo de intervención — La intervención puede ser conductualmente inapropiada
<p>Adaptado de Offord (2000).</p>	

4. TIPOS DE PREVENCIÓN: ESCOLAR, FAMILIAR, COMUNITARIA, LABORAL Y OTRAS

Los ámbitos en los que se realiza la prevención pueden ser múltiples. La prevención puede hacerse en el ámbito escolar, en el familiar, el laboral, a nivel comunitario, con grupos específicos, etc. En la práctica, el tipo de prevención que más se ha desarrollado ha sido la prevención escolar. Ello ha venido dado porque es en la Escuela (e Instituto) donde está el grupo con mayor riesgo de consumir drogas. De ahí que si podemos aplicarles a todos ellos un programa preventivo (de tipo universal), conseguiremos a bajo coste un impacto importante, ya que llegamos a todos ellos y podemos hacer una intervención con todos sin excepción. Sin embargo, aunque la prevención escolar es muy importante, y necesaria, es insuficiente en muchos casos si ésta no va acompañada de una prevención más intensiva a nivel familiar, comunitario, etc., cara no sólo a los que consu-

men, o a los que tienen el mayor riesgo de consumir. En muchos casos es necesario implicar al propio ambiente social para que con ello se facilite el no consumo y una vida saludable.

Por ello, en los últimos años ha cobrado gran relevancia, junto a la prevención escolar, la prevención familiar y la prevención en el ámbito laboral. Igualmente, aunque más compleja y difícil, la prevención comunitaria ha cobrado gran relevancia en programas específicos, y especialmente cuando se integran los otros tipos de prevención con una perspectiva comprensiva. También, con el desarrollo de la prevención se ha facilitado el que ésta pueda hacerse no sólo para un completo grupo de edad (ej., de 12 a 14 años, en niños escolarizados), sino que pueden realizarse programas preventivos para un grupo específicos (ej., gitanos), para una sustancia concreta (ej., drogas de síntesis), para un grupo de edad con un riesgo concreto (ej., los jóvenes de 12 a 15 años del barrio x), para un solo sexo (ej., en mujeres), etc.

A continuación exponemos los principales ámbitos de la intervención preventiva.

4.1 PREVENCIÓN ESCOLAR

En los últimos años ha cobrado más relevancia, con la generalización de la prevención, la prevención escolar. La prevención escolar permite llegar a los jóvenes escolarizados, en la edad de máximo riesgo para el consumo de las distintas drogas, facilitándose así de modo importante realizar la prevención. Esto ha llevado a que muchas intervenciones preventivas se realizan en exclusiva en la escuela y es donde hay más programas preventivos evaluados (Botvin, 1999). Esto en parte es debido a que al estar la mayoría de los niños y niñas escolarizados constituyen teóricamente «muestras cautivas», dado que teóricamente tenemos acceso a todo el grupo diana que nos interesa. En la práctica esto no siempre es así ya que la aplicación de un programa preventivo exige la correspondiente autorización (administrativa, escolar, etc.) y el consentimiento de los participantes y de sus padres. No olvidemos que una parte de los que más precisan intervenciones preventivas para que no consuman drogas no asisten a la escuela o tienen fracaso escolar, lo que les lleva a abandonar la misma antes de tiempo. Estos son elementos negativos para la persona y son factores de riesgo para el consumo de drogas. Uno de los objetivos de la prevención escolar es éste junto a otros. Por ello la prevención se realiza fundamentalmente en la escuela, pero no necesariamente es suficiente para evitar el consumo de drogas. Hay que implicar no solo al resto de los elementos sociales sino a todas las personas en riesgo acudiendo a su con-

texto social o ambiental de consumo. Y, específicamente debe implicarse a toda la comunidad escolar (Plan Nacional sobre Drogas, 2000), que se constituye de los alumnos, de los profesores y los padres.

Lo que es claro es que son muchas las ventajas que tiene hacer la prevención en la escuela. Alonso, Freijo y Freijo (1996) nos indican varias, tal como aparecen en la tabla 13. En España la prevención escolar se hace a través de la educación para la salud, de modo transversal, en distintas materias escolares. En otros países hay una asignatura específica de educación para la salud, drogodependencias, o similar. La actividad preventiva es realizada por el profesorado, habitualmente entrenado para ello, donde aplicarán elementos preventivos en sus asignaturas o componentes de los programas preventivos de drogas. También en ocasiones aplican programas preventivos, en el sentido en el que los conocemos, en las clases de tutoría. Muchos programas preventivos se han evaluado de este modo en España.

La prevención escolar debe conseguir que los jóvenes no consuman drogas o retrasen la edad de inicio. Aplicada en la escuela debe conseguir este objetivo en todos los alumnos pero puede haber distintos grados de intensidad. Así, los programas universales son útiles para todos, pero en otros sería conveniente aplicar programas selectivos, o bien remitir a las personas con problemas de drogas, o problemas de otro tipo (psicopatológicos, familiares, sociales, etc.), a los servicios sociales, sanitarios o de salud mental, para paliar los mismos o poder, aún mejor, solventarlos. Por ello la escuela es importante pero no lo es todo en la prevención. Esto es importante indicarlo y exige a su vez que los profesores tengan el suficiente apoyo técnico y profesional para los problemas que se vayan encontrando en este caso concreto de la prevención de las drogodependencias. Otros aspectos también los tendrán que tratar como aspectos generales de la educación de la salud (ej., hábitos de higiene, salud sexual, VIH, etc.), dependiendo de cada grupo de edad.

4.2 PREVENCIÓN FAMILIAR

En los últimos años la prevención familiar ha incrementado su relevancia al conocerse cada vez más, por los factores de riesgo y protección, la importancia de la misma en la etiología del consumo de drogas (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Moncada, 1997). La familia constituye un elemento esencial en la socialización del niño y del adolescente. Por ello una familia estructurada facilita mejor los tránsitos y la adaptación a nuestra sociedad actual. Uno de estos aspectos adaptativos es el no consumo de drogas o no pasar de un consumo esporádico en ciertas drogas. Lo cierto es que en los últimos años se han producido importantes cam-

Tabla 13
POR QUÉ HACER LA PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
EN LA ESCUELA

- Porque es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de iguales, y es en ella donde se continúa el proceso de socialización iniciado en la familia, bien reforzando las actitudes en ella generadas o bien modificándola en aquellos casos en que sea preciso.
- Porque actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia.
- Porque a lo largo de la edad escolar los alumnos están sometidos a cambios y momentos de crisis que les exponen a múltiples riesgos (entre ellos, el consumo de drogas).
- Porque la obligatoriedad de la escolarización hasta los dieciséis años implica que por ella deben pasar todas las personas durante el período más importante de la formación de la personalidad.
- Porque es un espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo.
- Porque los profesores, así como otros componentes de la comunidad educativa, son agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos, a su papel como modelos y a su función educadora.
- Porque la Reforma crea un marco, la Educación para la Salud, en el que trabajar la prevención del abuso de drogas.

FUENTE: Alonso, Freijo y Freijo (1996).

bios en la familia, y el consumo de drogas en ocasiones se relaciona con dichos cambios (Ríos, Espina y Baratas, 1997). Varios factores de riesgo de tipo familiar se asocian con el consumo de drogas; por contra, otros de protección o el tipo de crianza facilitan el no consumir drogas.

Otro hecho que ha facilitado el surgimiento de los programas preventivos familiares ha estado en que los programas preventivos escolares suelen tener un componente dedicado a la familia. En otros casos es necesario incidir de modo más intensivo en ella. Y, específicamente se han elaborado programas preventivos con el único objetivo de centrarse en la familia (ej., García-Rodríguez, 2000). Lo que hacen estos programas es fomentar habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementar el sentido de competencia de los padres y su capa-

cidad para la resolución de problemas y concienciarlos de la importancia que tienen como agentes de salud para sus hijos (Plan Nacional sobre Drogas, 2000).

El mayor problema que tienen los programas preventivos a nivel familiar es la escasa participación de los padres. Y, cuando participan, suele ser la madre la que acude a las sesiones más que el padre. De modo parecido, en las escuelas de padres que se han creado para los mismos, orientadas específicamente para la prevención de las drogas, ocurre algo semejante: suelen acudir las madres y de las que acuden no siempre son las que tienen los hijos con mayores problemas de consumo de drogas o de riesgo de consumirlas. En la práctica, las familias con mayor cantidad de problemas tienen menos tiempo para acudir a los mismos. Por ello se sugiere que se facilite a los padres el poder acudir (CSAP, 1997), o incluso que se les financie el acudir a dichos programas. En muchas ocasiones las escuelas de padres es el nombre que recibe el sitio donde acuden los padres para aplicarles un programa preventivo en drogodependencias más o menos estructurado.

Una intervención importante es aquella orientada específicamente a familias problemáticas donde los padres o los hijos consumen drogas o tienen un riesgo muy alto de consumir (Díaz y Ferri, 2002). Facilitar el acceso de los mismos a dichos programas o combinarlos con otras intervenciones de tipo comunitario facilita la adherencia a los mismos.

4.3 PREVENCIÓN COMUNITARIA

La prevención en su sentido más amplio debiera ser comunitaria. Sin embargo, como lo comunitario es tan amplio suele optarse por tipos de prevención más realistas y parcializados. La prevención comunitaria en drogodependencias lo que pretende es prevenir el consumo de drogas en una comunidad concreta poniendo en marcha distintos recursos para lograr este fin. El objetivo que pretende es reforzar los mensajes y normas de la comunidad en contra del abuso de drogas y la preservación de la salud (Plan Nacional sobre Drogas, 2000). Implica poner en marcha distintos recursos y medios comunitarios y, con ello, la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, colectivos, grupos y personas de la comunidad. Esto indica que un programa comunitario es comprensivo y puede abarcar cualquier aspecto de la comunidad. Cuantos más participen, siempre que haya un adecuado nivel de coordinación, más fácil será conseguir el objetivo preventivo.

Hacer la prevención desde una perspectiva comunitaria tiene claras ventajas, como que se puede incidir en más factores de riesgo en distin-

tos niveles, podemos conseguir una mejor consistencia en los mensajes, poder conseguir una mejor difusión al disponer de más canales, etc. (Pentz, 1999). Por ello, es muy importante en este tipo de programas que haya una buena planificación, coordinación, puesta en práctica y medios para el mismo. Habitualmente un programa comunitario incluye otros sub-programas, o programas que a su vez funcionan independientemente, como la prevención escolar, la familiar, la laboral, etc., pero que si se coordinan dentro de un programa comunitario pueden funcionar sinérgicamente todos entre sí. De ahí la relevancia de adecuar todo programa comunitario a las necesidades concretas de esa comunidad y de las personas que tienen mayor problema de consumo de drogas. En un capítulo posterior se presenta cómo implantar un programa siguiendo una perspectiva de prevención comunitaria.

Los pasos que sigue el diseño y aplicación de un programa comunitario pueden ser los de (Santacreu, 1995): análisis de necesidades e identificación de las poblaciones de riesgo, establecimiento de las metas de la prevención, establecimiento de los objetivos, planificación y establecimiento de estrategias de cambio, identificación de recursos, adecuación de recursos-necesidades (entre lo que se tiene y lo que se necesita, en función de metas y objetivos concretos), establecimiento de canales de comunicación y asignación de tareas, implementación, evaluación y revisión del programa en función de los resultados obtenidos con el mismo. De especial relevancia es el conocimiento de la comunidad. Esto implica saber cuál es el nivel de consumo de drogas (nivel epidemiológico), los recursos existentes en esa comunidad (barrio, ciudad, municipio, etc.), grupos con mayores problemas de consumo de drogas, zonas en donde se consumen drogas o se venden, nivel de participación ciudadana en otras actividades para conocer la respuesta al programa comunitario, nivel de apoyo que podemos lograr de estamentos claves sociales (ej., hosteleros, policía, asociaciones de vecinos, etc.), si contamos con el apoyo de los medios de comunicación de masas y de las personas claves de esa comunidad (ej., periodistas, políticos, empresarios, etc.) y, especialmente, seleccionar cuidadosamente la población diana, o poblaciones diana, a la que se va a dirigir el programa, ya que es claro que no tendríamos medios para llegar a todos.

4.4 PREVENCIÓN LABORAL

En los últimos años otro tipo de prevención que ha cobrado relevancia es la prevención laboral. Esto viene dado por el alto nivel de consumo de drogas, tanto legales como ilegales, en los trabajadores (ej.,

Navarro y Rodríguez, 2002). Esto ha propiciado que tanto desde las administraciones, como desde los sindicatos y asociaciones patronales, y especialmente desde muchas grandes empresas, se hayan puesto en marcha distintos programas para prevenir el consumo abusivo de drogas en el ámbito laboral.

La prevención en el ámbito laboral se ha centrado de modo importante en las drogas de tipo legal (Roman y Blum, 1999), aunque sin dejar de lado las de tipo ilegal. Ello viene dado por la relevancia que tiene el consumo de alcohol, y sus consecuencias en la salud y en la accidentabilidad laboral (Calafat, 2002), como en el tabaco, por la morbi-mortalidad que la misma produce (Becoña, 1998). Muchos programas se han puesto precisamente en marcha por el alto nivel de trabajadores en situaciones de riesgo existentes en distintos ámbitos laborales o cuando el propio trabajo implica riesgos incompatibles con dichos consumos (ej., trabajar en una empresa de madera para los fumadores; trabajar en una empresa de conducción de máquinas de precisión para el alcohol). Los servicios de medicina de empresa han tenido y tienen un papel muy importante en este aspecto, así como la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y otras leyes como la Ley de los Trabajadores.

Estos programas habitualmente incluyen (Plan Nacional sobre Drogas, 2000) información, sensibilización y orientación, facilitar tratamiento a los trabajadores con problemas derivados del consumo de drogas, etc. En muchos casos hablaríamos de prevención primaria y en otros de secundaria, en la denominación de Caplan (1980), o de prevención universal o selectiva en la denominación de Gordon (1987). Esto indica, aplicado al mundo del trabajo, que la prevención aunque tiene su máxima relevancia en los adolescentes y adultez temprana, también se extiende a lo largo de la vida. Además, cobra una gran relevancia este tipo de prevención a nivel laboral en los más jóvenes porque no sólo consumen en el trabajo sino que tienen mayor riesgo que los que tienen más años de consumir en fin de semana, cuando salen de marcha, o cuando salen a divertirse después de salir de trabajar (Calafat, Juan, Becoña et al., 2000).

4.5 OTROS TIPOS DE PREVENCIÓN

Existen tantos tipos de prevención posibles como tipos de actividades humanas realizamos. Sin embargo, hay unos ámbitos en los que se aplican programas preventivos específicamente y otros en los que es más difícil hacerlo. De ellos destacan los realizados en los medios de comunicación social, en el ámbito militar, en el ámbito de la salud y los realizados

en otros centros de reclusión (ej., centros penitenciarios, centros de protección y reforma de menores, campamentos, etc.).

La prevención dentro del ámbito de los medios de comunicación social es importante pero sólo realizable desde organismos a nivel estatal o de las comunidades autónomas. El objetivo es que los medios de comunicación social participen en los esfuerzos preventivos proporcionando mensajes objetivos, claros, fiables y que consigan crear en su audiencia unas opiniones preventivas adecuadas y, al tiempo, corrijan falsas creencias, mitos o falacias sobre las drogas en general, el consumo de drogas, los consumidores, los traficantes, etc. Con frecuencia los medios de comunicación social se utilizan como una parte de otro tipo de programas preventivos, como ocurre especialmente en la prevención comunitaria. En este caso pueden servir claramente de apoyo a la misma y de reforzamiento de las distintas acciones y programas preventivos que se están llevando a cabo.

La prevención en el ámbito militar se ha incrementado en distintos países (Bray et al., 1999). Ello viene dado por el incremento global del consumo de drogas entre los jóvenes, el ser los jóvenes los que participan en la vida militar, especialmente cuando hay servicio militar obligatorio, o bien cuando son soldados profesionales los que componen el ejército. En uno y otro caso ello implica que en ellos va a haber cierto nivel de consumo de drogas que no va a ser muy distinto al del resto de los jóvenes (Bobes et al., 2001).

La prevención en el ámbito de la salud abarca a todos los profesionales sanitarios, bien estén trabajando en atención primaria, en hospitales, en consultas especializadas, o en cualquier servicio sanitario. Se orienta este tipo de prevención a la educación para la salud, en la línea del modelo de educación para la salud de la Organización Mundial de la Salud (Costa y López, 1996), como veremos en un capítulo posterior. El objetivo es la detección precoz de los problemas relacionados con el consumo de las drogas legales, alcohol y tabaco, y de las ilegales, para con ello poder intervenir bien sea a nivel preventivo o bien a nivel de realizar con dichas personas un tratamiento concreto.

Otro tipo de prevención es el que se realiza en centros de reclusión (ej., centros penitenciarios, centros de protección y reforma de menores, campamentos, etc.). En unos casos (ej., centros penitenciarios, centros de protección y reforma de menores), el consumo de drogas es muy importante y se precisan programas específicos de tipo preventivo (prevención selectiva e indicada) y, en muchos, casos hay que tener programas formales de tratamiento (ej., programa de metadona en cárceles). La prevención tiene una especial relevancia en los centros de protección y reforma de menores ya que al ser menores tienen un mayor riesgo de consumo de

drogas, o ya las están consumiendo, que el resto de los compañeros de su edad que no están en los mismos. Al ser personas altamente vulnerables hacia los consumos de drogas este tipo de programas son imprescindibles en ellos y suelen ser una parte de su proceso educativo en dichos centros.

5. MODELO TEÓRICO GENERAL SUBYACENTE COMO PRINCIPIO CONDUCTOR EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Como ya hemos revisado en otro lugar (Becoña, 1999a), el modelo teórico general subyacente a los programas preventivos de drogas se fundamenta en lo que conocemos sobre la etiología del consumo de drogas. Este podría resumirse, aunque ello sea una simplificación, pero que nos permite enmarcar de modo sintético la cuestión, en tres ejes básicos que son los siguientes: 1) hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras, 2) hay una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen, y 3) toda una serie de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias. Los distintos modelos teóricos, como veremos en otro capítulo, se han centrado básicamente en analizar distintas variables, bien parcialmente o de modo comprensivo, para comprender por qué unas personas consumen drogas y otras no. Con dicho conocimiento podremos aplicar estrategias preventivas adecuadas para que el consumo no se produzca o se detenga cuando se aplica la prevención (Pentz y Li, 2002). Dado que por lo afirmado anteriormente tenemos variables dependientes (las que se evalúan) y variables independientes (las que se pueden cambiar o manipular experimentalmente), sería claro que unas explicarían las otras, concretamente unas (las socio-culturales, biológicas y psicológicas) explicarían el consumo o no de drogas (las variables dependientes). Sin embargo, con frecuencia las variables dependientes se convierten en independientes y éstas en dependientes. Con ello queremos indicar que estamos ante un tema complejo del que nos gustaría disponer de respuestas claras e intervenciones simples, aunque la realidad no es ésta.

El modelo que subyace a la prevención de las drogodependencias es el de la escalada del consumo de drogas desde las drogas legales (tabaco y alcohol) a la marihuana y de ésta a la cocaína y heroína. La hipótesis de la escalada se propone en los años 50. En su formulación inicial se afir-

maba taxativamente y de modo claramente exagerado que el consumo de marihuana conducía al consumo de heroína. Como dicen O'Donnell y Clayton (1982) este tipo de afirmaciones eran imprecisas y exageradas, dado que quienes defendían y afirmaban esa causalidad no eran científicos, sino las personas encargadas de la represión del consumo y que no siempre seguían un criterio objetivo.

La hipótesis de la escalada vendría a sostener que el uso de la marihuana necesariamente conduce al uso de la heroína. Algunos sostienen que la teoría de Kandel (ej., Kandel, 1973, 1975) facilitó el desarrollo de una teoría secuencial de la implicación en el uso de drogas en una línea semejante a la teoría de la escalada. En sus estudios encontraron cuatro fases para el consumo de drogas, que iban del consumo de drogas legales a las ilegales: 1) consumo de cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana, y 4) otras drogas ilegales. Lo cierto es que estas fases se han confirmado tanto en distintos estudios en Estados Unidos (ej., Kandel, 2002), como en otros países, entre ellos el nuestro (ej., Recio, 1995), indicando por tanto una secuencia general de progresión estable y acumulativa entre los adolescentes. Sin embargo, no hay que olvidar que esto lo hay que considerar en términos de probabilidad, no de causalidad. Esto viene a decir que aunque el uso de una droga previa no implica inevitablemente pasar a ser consumidor de la siguiente, sí que de aquellos que consumen marihuana hay pocos que previamente no han utilizado tabaco y alcohol, o los que usan otro tipo de drogas ilícitas no hayan consumido previamente tabaco, alcohol y marihuana. Sin embargo, no debe olvidarse que la progresión para el consumo de una droga específica está influenciada no sólo por el consumo de drogas previas, sino por otros factores como la personalidad, el estilo de vida y factores ambientales, como han indicado Yamaguchi y Kandel (1984), Werch y Anzalone (1995), entre otros. Por todo ello, la investigación indica que hay una progresión en el uso de drogas que comienza desde el no consumo, uso de drogas legales, uso de marihuana y uso de otras drogas ilegales para los que llegan a esta etapa pero que también muchos no progresan de las primeras sustancias a las sucesivas. El argumento de la progresión también lo utiliza Werch y Anzalone (1995) para justificar su modelo de etapas de adquisición, aunque reconoce que la exacta progresión en cada caso particular es menos clara. Además, mientras que está clara la progresión del tabaco y alcohol para el uso de la marihuana, está menos clara la relación de las drogas legales, tabaco y alcohol, para el uso de otras drogas. Además, no se pueden olvidar variables claras en esta progresión como son la edad, grupo étnico, sexo, lugar geográfico, nivel de uso de la droga, edad de comienzo, disponibilidad de la droga, aceptación de la droga y precio de la droga (Werch y Anzalone, 1995).

Los estudios longitudinales, a su vez, muestran que un subgrupo de adolescentes son vulnerables al proceso de escalada del uso de sustancias. Metodológicamente esto se ha analizado a través de análisis de regresión múltiple cuando se dispone de datos de consumo de drogas en dos tiempos, examinando un tipo particular de escalada, tanto a través de estudios retrospectivos como longitudinales. Como un ejemplo de lo anterior, en el estudio de Kandel y Davies (1982) siguieron a una muestra de estudiantes de secundaria hasta la adultez para comprobar el uso de marihuana tanto en adultos como años antes cuando eran adolescentes. El estudio encontró que el comienzo temprano, tener compañeros con conductas desviadas, baja participación religiosa, bajas expectativas educativas y consumo de sustancias por parte de los padres se relacionaba con el índice criterio.

Uno de los estudios que consideramos más relevante de los realizados sobre esta cuestión es el de Hammer y Vaglum (1990, 1991). En él analizan específicamente las variables que llevan al inicio, mantenimiento y abandono del consumo de cannabis. Utilizaron una muestra representativa de jóvenes noruegos de 17 a 20 años de edad, evaluándolos con distintos cuestionarios sobre características demográficas, consumo de cannabis en el pasado (1985) y actualmente (1988), así como si habían dejado de consumir, junto a un índice de exposición al cannabis en una escala de 0 a 6 puntos. Sus resultados mostraron que un 12% de su muestra había hecho algún uso del cannabis alguna vez. Noruega es un país donde el consumo de cannabis es bajo y donde además su consumo aparece sistemáticamente asociado a un consumo importante de alcohol. Encontraron diferencias entre los que vivían en la ciudad de Oslo (17%) respecto a los que vivían en el resto del país (5%) en el consumo de cannabis, más consumo en varones que en mujeres así como si tenían sus padres divorciados o vivían con un solo padre o sin sus padres biológicos. También abandonaban tempranamente la escuela y no tenían empleo. Estas variables se asociaban a un mayor consumo de cannabis junto con hacer menos actividades en el tiempo de ocio, menor ejercicio y tener menos contactos sociales con sus amigos y estar menos integrados en el grupo. Además, tenían más problemas de salud, fuesen somáticos o psicológicos (20% vs. 10%).

En un análisis de regresión logística con las variables anteriores, las variables significativas más relevantes fueron los problemas de salud mental, seguida por tener padres divorciados, abandonar prematuramente la escuela y estar desempleado. En su subanálisis de los que han utilizado cannabis 5 o más veces o menos de 5 veces, no aparecía como significativo tener problemas psicológicos ni tener padres divorciados ni estar desempleado, para el grupo de menos de 5 veces. Esto indica que las

variables anteriores se asocian a los de alto consumo de cannabis. Respecto al consumo de alcohol y tabaco hay claras diferencias significativas entre los consumidores o no de cannabis, con unos mayores consumos de alcohol y tabaco en los que también consumen cannabis. Así, los que consumen cannabis beben tres veces más alcohol y fuman el doble de tabaco que los que no lo usan. La comparación de los que dejaron de consumir cannabis respecto a los que seguían consumiendo, los que lo dejaron tenían un mejor ajuste laboral, bajo desempleo en los previos dos años y mayor participación educativa y menos contactos con la policía, respecto a los que lo seguían consumiendo.

La inclusión de las anteriores variables dentro de un análisis de regresión logística muestra que sólo aparece como significativa para el consumo el no tener empleo en los dos años previos. Otros análisis muestran que establecer una familia parece ser un importante predictor en abandonar el consumo del cannabis. Estos resultados son semejantes a otros, como los de Kandel y Raveis (1989), aunque diferentes de los obtenidos en el de Newcomb y Bentler (1988).

El estudio de Hammer y Vauglum (1990) sugiere que establecer una familia o ser madre son dos factores que incrementan la probabilidad de dejar de consumir cannabis, lo que va en la línea de la teoría de la incompatibilidad del rol, tal como sugirieron Yamaguchi y Kandel (1985). También el tener aspiraciones futuras a nivel escolar o profesional facilita dejar de consumir cannabis. Otro resultado que consideramos de gran interés es que dejar de fumar cannabis no lleva a un incremento del consumo de alcohol, como en ocasiones se sugiere, aunque también es cierto que siguen consumiendo una cantidad de alcohol mayor que los que nunca han probado el cannabis. Esto es, dado que partían de un consumo muy elevado de alcohol, aunque no lo incrementen o lo disminuyan, aún van a consumir más que los que nunca lo habían consumido al partir unos de un nivel de consumo muy elevado y otros de apenas consumo.

Una tendencia más actual cuando se considera la hipótesis de la escalada es integrarla con otras variables, lo que ha hecho Kandel, como la mayoría de los autores (ej., Recio, 1995) que han estudiado este fenómeno.

La hipótesis de la escalada fue ampliamente utilizada a partir de los años 50, asumiéndose que el consumo de alcohol y tabaco conducía al consumo de marihuana, y desde ésta al consumo de heroína y cocaína. Sin embargo, este planteamiento ha tenido sus críticas. En la revisión de Werch y Anzalone (1995), donde encontraron 11 estudios que analizan la progresión del uso de drogas, de los cuales 6 son estudios longitudinales,

se halla relación pero no una causalidad de las primeras a las siguientes sustancias. El que no se hayan hecho apenas estudios sobre esta cuestión ha facilitado el que la confusión haya reinado en ocasiones sobre este tema y siga incluso ahora reinando. Concretamente sobre el cannabis, son bien representativas las palabras de Hammer y Vaglum (1991), quienes después de hacer un amplio estudio que hemos comentado sobre el inicio, mantenimiento y abandono del cannabis, sugieren que la investigación debe dirigirse a analizar los factores de personalidad y los procesos sociales que llevan a la gente joven que está en un medio de alto riesgo a ser capaz de resistir el uso de sustancias como el cannabis u otras. Esto viene a decir que tenemos un conjunto importante y al mismo tiempo «clave» de variables que se asocian al consumo de cannabis, en este caso. Algunas de ellas son las que proponen estos autores, junto a otras adicionales que habría que incluir. Así, «los factores principales que discriminan entre los adultos jóvenes que han consumido cannabis respecto a los que nunca lo han hecho son residir en zona urbana, sexo (varón), padres divorciados, problemas con la educación, desempleo, integración social y problemas de salud. Encontramos, sin embargo, que entre aquellos que sólo han experimentado con el cannabis los problemas psicológicos no diferencian entre los que lo usan y los que no» (Hammer y Vaglum, 1990-1991, pp. 905-906).

De modo semejante, Kandel (1986) encontró que la variable empleo era clave para el consumo de cannabis. Aquellos que estaban desempleados durante un largo período de tiempo y que no tenían la oportunidad de encontrar trabajo o de poder trabajar por su cuenta, tenían una mayor probabilidad de continuar consumiendo cannabis.

Pero ello no debe hacernos olvidar que sí que existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales, alcohol y tabaco, en consumidores de cannabis respecto a los que no consumen. Y, como concluyen Stenbacka et al. (1993) de su estudio «nuestros hallazgos también proporcionan evidencia del papel del cannabis como una escalada para el abuso de drogas más duras» (p. 38). Por ello, sabemos que si prevenimos el consumo de tabaco y alcohol incrementamos la probabilidad de un menor consumo de cannabis y, al tiempo, la prevención del consumo de cannabis previene el consumo de heroína y de otras drogas. Sin embargo, son también otras variables las que hay que tener en cuenta aparte de lo que es el propio consumo o la «sustancia» en sí. Por ello, y como un ejemplo, Stevens, Freeman, Mott y Youells (1996) partieron para la elaboración de un programa preventivo de la marihuana de que era necesario tanto una intervención comunitaria como una intervención curricular en la escuela, dado que las creencias y conductas en la comunidad pueden afectar al

consumo de marihuana. En su estudio encontraron que la iniciación al consumo de marihuana se relacionaba con tener más edad, ser varón, baja satisfacción escolar, bajo rendimiento académico, sentirse no querido en su familia, no ser popular y ser parte del grupo de iguales que consumen drogas. Los resultados de su programa preventivo no consiguieron detener el comienzo del consumo de marihuana aunque sí fue efectivo en reducir la intensificación de su uso.

Recientemente Kandel (2002) ha editado un libro en el que se revisan distintos estudios para comprobar el estado actual de la hipótesis de la escalada. En su capítulo de síntesis (Kandel y Jessor, 2002) exponen las tres proposiciones de dicha hipótesis y su apoyo empírico. Estas se exponen en la tabla 14, donde como se puede ver hay evidencia para las dos primeras pero no para la tercera, en la línea de lo que hemos expuesto hasta aquí. Ello les lleva finalmente a afirmar que «concluimos que las interpretaciones de la hipótesis de la escalada deberían estar restringidas a las proposiciones sobre la secuencia y la asociación. La proposición de la causalidad no tiene apoyo evidente en este momento» (Kandel y Jessor, 2002, p. 372).

Por todo ello, como ya indicamos en otro lugar (Becoña, 1999a), podemos concluir que: 1) existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y el posterior consumo de cannabis, y entre el consumo de cannabis y el posterior consumo de heroína; 2) aunque existe relación no se puede confundir «relación» (estadística) con «causalidad»; 3) también existen otras variables relacionadas con el consumo de heroína, como del cannabis que, a su vez, en muchos casos están en la base del consumo previo de cannabis o de heroína o cocaína que deben ser tenidas en cuenta, porque pueden ser las que explican el inicial consumo de cannabis, su mantenimiento y su progresión al consumo de cocaína o heroína y a otras conductas asociadas con dicho consumo; 4) aún así, desde una perspectiva preventiva y de salud pública, hay que intervenir tanto sobre el cannabis, como sobre las otras variables que se relacionan con el consumo, tanto las sustancias previas en la cadena de consumo (ej., alcohol, tabaco), como en variables de tipo social (aceptación, disponibilidad), biológicas (predisposición) y psicológicas (ej., rasgos de personalidad, aprendizaje); y, 5) la prevención debe, por tanto, centrarse tanto en poner en marcha acciones para frenar el consumo de drogas como igualmente para mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento del consumo de las distintas drogas centrándose en las variables del individuo (ej., incrementar sus estrategias de afrontamiento) y del sistema social (ej., que tenga oportunidades), así como en otras conductas relacionadas con el consumo de drogas (predisposición, conductas delictivas, baja autoestima, etc.).

Tabla 14
PROPOSICIONES DE LA HIPÓTESIS DE LA ESCALADA Y EVIDENCIA
ACTUAL DE LAS MISMAS

Proposición	Evidencia
1. Entre los adolescentes hay una secuencia de desarrollo de su implicación con distintas clases o categorías de drogas, de tal modo que la iniciación en el consumo de drogas comienza con las primeras drogas de la secuencia, es decir con el alcohol y el tabaco. Luego pueden seguir las ilegales, con el cannabis entre las legales y las ilegales.	Fuerte evidencia
2. El consumo de una droga de inicio en la secuencia está asociado con un incremento del riesgo o probabilidad de utilizar otra droga de la secuencia más tarde.	Fuerte evidencia
3. El consumo de una droga temprana en la secuencia, como el alcohol o el tabaco, causa el consumo de una droga posterior de la secuencia, por ejemplo marihuana	No hay apoyo para la proposición de causalidad

Adaptado a partir de Kandel y Jessor (2002).

6. ¿QUÉ DEBEMOS SABER SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS?

6.1 CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE DROGAS Y SOBRE PREVENCIÓN

En el capítulo 1 hemos expuesto toda una serie de conceptos básicos sobre las drogas y en éste se exponen los conceptos más relevantes sobre la prevención de las drogodependencias. Dado que una parte de los mismos se exponen en este capítulo y otros en el resto del libro no nos vamos a detener aquí en los mismos. Lo que sí está claro es que el técnico precisa conocer toda una serie de conceptos que se relacionan con su campo de estudio. Estos deben ir desde lo que son las distintas sustancias, los efectos que las mismas producen en el individuo, los factores relacionados con el consumo, qué explica el que se consuma o se deje de consumir, qué es la prevención, cómo se puede hacer prevención de drogodependencias, qué es un programa preventivo, tipos de programas preventivos, cómo podemos evaluar nuestro trabajo, etc., etc. La lista la

podríamos hacer mucho más extensa. De todos modos, en los epígrafes siguientes se desgranar algunos de los conceptos que desde este momento hay que manejar adecuadamente para ir avanzando en la comprensión del fenómeno de las drogodependencias y el de su prevención.

6.2 PREVENCIÓN Y PROGRAMA PREVENTIVO

Es importante diferenciar entre aquellas actividades que tienen teóricamente una intencionalidad preventiva con un programa preventivo. Esta es una cuestión importante y que a veces se olvida, siendo necesario distinguir entre el concepto genérico de *prevención* del más específico de *programa o programas preventivos*. Y ello aplicado tanto al campo de las drogodependencias como a cualquier otro campo donde se haga prevención. Dado que es muy fácil, cómodo y muchas veces vacío hablar de *prevenir*, el término ha perdido, aplicado específicamente al campo de las drogodependencias, su sentido para muchas personas. Al estar el término *droga y drogodependencia* en boca de todos (afectados, padres de afectados, ciudadanos, periodistas, policías, colectivos profesionales, etc.), de modo insistente, continuo y con puntos de referencia cambiantes por la complejidad del fenómeno, lleva a que un término importante pueda con el tiempo quedar vacío de contenido. No significa ello que el término no sea importante, como lo es, sino que el abuso de su uso puede llevar, y lleva a veces, por su mala utilización, a un uso inadecuado, descontextualizado o carente de sentido.

Como ya indicamos anteriormente, por *prevención de drogodependencias* se entiende, siguiendo a Martín (1995), «un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas» (p. 23). Un *programa* es el diseño de un conjunto de actuaciones, entre sí relacionadas, para la consecución de una meta (Escámez, 1990). Por tanto, un *programa preventivo* es un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo. En el caso de las drogodependencias a impedir, o retrasar, la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas drogas. Un programa preventivo puede ser global para toda la comunidad o específico para un subgrupo de personas, barrio concreto, grupo de edades, etc.

Con los términos y distinciones anteriores queremos dejar claro que en muchas ocasiones se confunde o se utiliza inadecuadamente las denominaciones de prevención y de programa preventivo, que son distintas.

Mientras que prevención es un término genérico y que como tal puede llegar a carecer de significado por la mala utilización del mismo, el programa preventivo es específico y lo será más conforme vaya orientado a objetivos concretos o grupos claramente delimitados, lo que permite tomar medidas más directas, hacer diseños más realistas y, lo más importante, evaluar el impacto de dicho programa. La evaluación es algo que debe estar íntimamente unido siempre a cualquier programa preventivo.

Más recientemente, y aplicado a la prevención de las drogodependencias, se ha introducido una distinción entre los siguientes tipos de prevención: universal, selectiva e indicada. Propuesta esta distinción inicialmente por Gordon (1987) y aceptada por el NIDA (Sloboda y David, 1997), ha sido rápidamente aceptada por los expertos y trabajadores en este tema (Gilchrist, 1995), como ya hemos visto en un punto anterior.

6.3 DIFERENCIAR CLARAMENTE LA PREVENCIÓN ESPECÍFICA DE LA INESPECÍFICA

Una diferenciación que se hacía con frecuencia hace años era la de prevención específica y prevención inespecífica. Actualmente es una terminología sin sentido desde una perspectiva científica, pero todavía hay ocasiones en que las personas la utilizan. Por ello vamos a comentar en qué consistía y en la necesidad de abandonar definitivamente la denominación de prevención inespecífica.

Calafat (1995) distinguió la prevención específica de la inespecífica del siguiente modo: «muy brevemente entendemos por prevención específica aquellas actuaciones que de una forma clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de drogas. Por contra, la inespecífica es la que trata de alterar los consumos indirectamente, a través de programas o actuaciones o ámbitos nada conectados en principio con el uso de drogas» (p. 90). Esto significa que la prevención específica se orienta de modo concreto a prevenir el problema de las drogas; la inespecífica se orienta a otro tipo de actividades no directamente relacionadas con las drogas, tales como iniciativas para ocupar el tiempo libre, fomentar actividades deportivas, culturales y artísticas, crear asociaciones juveniles, fomentar el desarrollo y autonomía personal, etc., cara a facilitarles las condiciones para que no aparezca el problema. La diferencia básica de si una actividad es específica o inespecífica para la prevención de las drogodependencias está en si hay una conexión entre dicha actividad y el consumo de drogas y podemos evaluar dicha relación. Esto es, si haciendo cierto tipo de actividad que asumimos va a disminuir el consumo de drogas podemos evaluar si realmente lo consigue. Si no podemos afirmarlo entonces no estamos

haciendo prevención de drogodependencias, estamos haciendo otra cosa distinta. El no haber tomado en consideración esta diferenciación ha llevado a perder muchos esfuerzos en el campo preventivo en años previos (Becoña, 1995).

Para clarificar más la cuestión, Escámez (1990) iba un poco más allá y afirmaba que la prevención específica se orientaba a: a) la reglamentación legal para restringir el consumo de drogas, b) la promoción de medidas educativas para proporcionar conocimientos, formar actitudes y generar hábitos de vida sana y, c) el establecimiento de medidas sociales en favor de grupos, particularmente los de riesgo. Los programas aplicables, dentro de la prevención específica, se podían dirigir a adultos, llevarse a cabo en el barrio, en la escuela, en toda la población, etc. En la práctica todo lo anterior se operativiza en lo que se conocen como programas preventivos, programas preventivos que tienen que estar evaluados y elaborados con los criterios científicos de calidad de un programa preventivo. Por ello el concepto de prevención inespecífica sobra porque no hay modo de establecer una relación comprobable entre lo que se dice que es una actividad preventiva inespecífica y la evaluación o medición de dicho cambio en el consumo de drogas. De todos modos, también hay que indicar que otro tipo de actividades son adecuadas y buenas para los jóvenes, y que en muchos casos forman parte de su proceso educativo normal, como hacer deporte, incrementar la convivencia, que en algunos casos pueden estar relacionados directa o indirectamente con ciertos consumos de drogas, pero no debemos confundir una cosa con otra, y menos dedicar recursos a una cuestión en la que podemos obtener mejores resultados de otro modo.

6.4 DIFERENCIAR ENTRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Aunque parece evidente la diferencia entre prevención y tratamiento, son necesarias unas líneas para clarificar más adecuadamente a qué nos referimos con uno y otro término. Ello es relevante en la actualidad dado que la clasificación de Caplan (1980) de tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria en ocasiones es una fuente de confusión más que de ayuda cuando nos referimos al tema de la prevención de las drogodependencias.

Solemos entender por prevención aquellas medidas que ponemos en marcha para que un problema no aparezca o para que podamos retrasar el inicio del mismo. Por tanto, sabemos que ciertos problemas existen, que es probable que surjan en ciertas personas y, por ello, ponemos medidas en marcha para evitarlas, porque en muchos casos el ponerlas o no en

marcha va a depender el que la persona padezca o no graves problemas o incluso le lleve a la muerte a corto, medio o a largo plazo, dependiendo de a qué problema, trastorno o enfermedad nos estemos refiriendo. Quizás esto se entienda más claramente cuando hablamos de las vacunas. La persona es vacunada no porque padezca una enfermedad en el momento en que se la inyecta, sino para evitar el que pueda padecer un tipo concreto de enfermedad que puede serle molesta (ej., gripe), causarle lesiones irreversibles (ej., poliomielitis) o incluso causarle la muerte (ej., meningitis). De poco o nada sirve una intervención preventiva en el momento en que la persona sufre el estado de enfermedad, especialmente cuando no es posible revertirla o tiene un curso crónico que llevará a un empeoramiento y a la posterior muerte. Sí es cierto que una vez que la persona ha pasado ese estado de enfermedad (ej., después de una gripe) pueden volver a realizarse medidas preventivas (esto es, una nueva inmunización) para que no surja de nuevo la enfermedad. Lo bueno de las intervenciones preventivas está en que en la mayoría de los casos con una intervención profiláctica preventiva ya es suficiente, como ocurre con la mayoría de las vacunas. Pero esto no siempre es así y con el paso del tiempo ciertos tipos de inmunización pierden efectividad y es preciso inmunizarse de nuevo (ej., el tétanos). Lo anterior se refiere fundamentalmente a aspectos biológicos de la persona, referidos a la prevención de enfermedades físicas, donde la conducta tiene una parte en el problema (ej., si se llevan a cabo o no prácticas de higiene), pero no es lo más importante. En los anteriores casos la causa es eminentemente biológica o la causa esencial es de tipo biológico (ej., un virus), aunque también es cierto que esas causas biológicas pueden estar moduladas por factores sociales (ej., pobreza, falta de agua corriente e higiene adecuada, etc.) y factores psicológicos (ej., estrés, conductas de riesgo, características de personalidad, etc.).

El caso de la prevención de las drogodependencias es claramente distinto al anterior. Aunque tiene algunas similitudes, lo cierto es que depende en grado acusado de la persona consumir o no drogas. En cambio, nos es más difícil evitar la exposición al virus de la gripe. Podemos tomar medidas (ej., llevar una mascarilla), pero éstas no nos inmunizan totalmente (ej., tenemos que comer y quitar la mascarilla), ni aislarnos en función del virus (ej., no acostar a nuestros hijos cuando ellos tienen el virus de la gripe). Además, cuando una enfermedad es endémica (ej., la malaria en ciertos países), u otros virus que pueden aparecer ocasionalmente y para los que nuestro organismo no está preparado. De ahí que en los casos anteriores (ej., el virus de la gripe) el modelo explicativo central y más importante es el biológico o de salud pública, mientras que en el que nos ocupa, las drogodependencias, el primer modelo explicativo tiene que

ser psicológico y/o social y, en segundo término, con menor relevancia, el biológico. De ahí que mientras que la salud pública se ha desarrollado enormemente para la inoculación con el objetivo de prevenir enfermedades mediante vacunas y medidas preventivas para evitar enfermedades, ha tenido menos relevancia, o ésta es escasa o apenas existente, en la prevención de conductas como la del consumo de drogas, porque entre otras cosas no disponemos de una vacuna que haga que el consumo de las mismas sea inefectivo, al tiempo que la persona ante las mismas puede o no consumirlas, a diferencia de cuando hay un virus en el ambiente y la persona no lo sabe y puede afectarle en mayor o menor grado dependiendo de su inmunización ante el mismo (externa, mediante las vacunas), su sistema inmunológico (interno, de su organismo) y de otras circunstancias relacionadas (tiempo de exposición, reexposición, etc.).

Partiendo de lo anterior se hace más fácil distinguir la prevención del tratamiento, aplicado específicamente al campo de las drogodependencias. Un tratamiento tiene como objetivo tratar, reparar o curar una alteración concreta que tiene la persona, sea ésta una herida, un trastorno o una enfermedad, a la cual le causa un claro malestar objetivable que le impide funcionar adecuadamente y que puede representar un riesgo para su supervivencia. El ejemplo de la enfermedad física, y del dolor, lo entendemos claramente. Cuando una persona padece una enfermedad su objetivo es curarla, especialmente porque suele ir acompañada de dolor, malestar, debilidad, fiebre, incomodidad, etc. En muchos casos la persona consigue curar su enfermedad con los distintos procedimientos desarrollados para su curación (descanso, estar en cama, fármacos, operaciones quirúrgicas, etc.). Pero no siempre es posible curar la enfermedad, bien porque es una enfermedad crónica, enfermedad para la que no hay una cura o enfermedad que responde mal al tratamiento por la edad de la persona o por su debilidad física.

El tratamiento, a diferencia de la prevención, es más específico, se centra en la persona y exige una intervención rápida o inmediata en muchas ocasiones (ej., en el caso de un infarto agudo de miocardio). En caso contrario corre peligro la vida del individuo.

Como un ejemplo, en el tratamiento de las drogodependencias, si una persona tiene una dependencia de la heroína y acude a tratamiento lo primero que desea es dejar de consumir, o controlar el síndrome de abstinencia de la heroína, de modo que le sea tolerable pasar la abstinencia, pasar de consumir a no consumir heroína sin tener que sufrir de modo acusado y no padecer dolor ni malestar. Y, si acude a tratamiento, es por las consecuencias que le produce el consumo de heroína, sean éstas de tipo físico, económico, familiar, policial, legal, o de otro tipo (Becoña y Vázquez, 2001).

Volviendo a Caplan (1980) y a su clasificación de la prevención en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria, en nuestra opinión creemos que la misma aplicada al campo de la prevención de las drogodependencias es hoy poco útil y es frecuente motivo de confusión, especialmente porque lo que hacemos en la prevención de las drogodependencias hoy es muy específico, con un campo de trabajo bien delimitado y con una metodología clara. Mientras que la clasificación de Caplan (1980) puede ser útil para otras enfermedades (ej., la gripe), no lo es para las drogodependencias. Por ello, se ha propuesto por parte de Gordon (1987) la distinción dentro de la prevención de tres tipos de ella: la universal, la selectiva y la indicada. Estas no son del todo equivalentes a las que ha propuesto Caplan (1980) y se orientan a abordar los problemas que puede tener un individuo o grupo de individuos antes de tener un trastorno concreto. En ese caso ya hablaríamos de la necesidad de tratamiento, la prevención sobraría o no sería útil en ellos. En la práctica, en el campo de las drogodependencias en pocos años se ha impuesto la clasificación de Gordon (1987) y se ha aparcado la de Caplan (1980).

Como un resumen de todo lo expuesto, en la tabla 15, exponemos las diferencias entre prevención y tratamiento aplicado al campo de las drogodependencias.

Tabla 15
DIFERENCIAS ENTRE LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO
EN DROGODEPENDENCIAS

	Prevención	Tratamiento
Objetivos	Prevenir la aparición de un trastorno o retrasar el inicio del mismo	Buscar una solución inmediata a la persona ante el problema por el que demanda nuestra ayuda, habitualmente en la esfera biológica y en menor grado en la mental
Destinatarios	Fundamentalmente niños y jóvenes; en menor grado personas o grupos en riesgo de distintas edades	Personas que abusan o tienen dependencia de una sustancia
Técnicas utilizadas	Diversas, orientadas a entrenar a las personas en habilidades específicas para que no consuman drogas	Concretas, dirigidas a que la persona deje de consumir y se mantenga abstinente. Si ello no es

(continuación)

	Prevención	Tratamiento
		posible se aplica un programa de reducción de daños
Meta	Que no consuma la sustancia o que retrase el inicio del consumo	Que consiga la abstinencia y se mantenga abstinente o que mejore en su nivel de salud
Coste	Barato por persona	Caro por persona tratada
Valoración social	Baja-Media	Alta
Medios disponibles	Escasos	Medios-altos
Resultados (a largo plazo)	Medios	Medios-bajos
Tipo de profesional	Varios	Psicólogos y médicos junto a trabajadores sociales
Prestigio profesional	Medio	Alto
Integrado en el sistema sanitario	No	Si
Presión para la evaluación de resultados	Media-alta	Baja-media
Formación específica	Parcial	Si
Asunción de su eficacia		
— Profesional	Baja	Alta (contención)
— Pública	Media	Alta
Categorías: Baja, media y alta		

6.5 TIPOS DE PROGRAMAS PREVENTIVOS

6.5.1 La evolución de los programas preventivos

La evolución de los programas preventivos ha sido considerable desde los años 60 y 70, que es cuando comienzan a aplicarse los primeros, hasta el momento actual. Lo cierto es que en estos casi 40 años hemos aprendido mucho y hoy sabemos lo que se puede hacer adecuadamente en este campo (Paglia y Room, 1999), porque ya ha llegado a su etapa de madurez (Ammerman et al., 1999).

La clasificación de Gorman (1996), tal como mostramos en la tabla 16, nos servirá para enmarcar en el tiempo los distintos tipos de programas preventivos. Los primeros programas se basaban en el modelo racional o informativo. Estos se utilizaron fundamentalmente en los años 60 y 70. Luego le siguieron los programas afectivos y los programas inespecíficos, en los años 70 y 80. Finalmente a partir de los años 80 y 90 se imponen los programas basados en el modelo de influencia social. Hoy, si tuviésemos que caracterizar a los programas, indicaríamos que se utilizan los que se basan en la evidencia científica, y que son fundamentalmente los basados en el aprendizaje de distintos tipos de habilidades.

Tabla 16
TIPOS DE PROGRAMAS PREVENTIVOS

Años	Programas preventivos dominantes
1960-70	Basados en el conocimiento Basados en proporcionar información sobre el consumo de drogas y sus efectos
1970-80	Programas afectivos Programas inespecíficos (ej., de desarrollo personal)
1980-90	Programas basados en el modelo de influencia social — Entrenamiento en habilidades de resistencia — Entrenamiento en habilidades sociales
Actualidad	Programas basados en la evidencia científica

Adaptado y ampliado a partir de Gorman (1996)

Los primeros programas preventivos partían de la creencia de que lo que ocurría era que el adolescente no tenía suficiente información sobre

los efectos negativos del consumo de drogas y, por tanto, proporcionarle dicha información solucionaría el problema. Se insistía en los aspectos negativos del consumo, asumiendo que con dicha información ellos tomarían una decisión racional de no consumo. De ahí que a este modelo se le haya denominado modelo racional o modelo informativo. También en ocasiones se le denomina modelo tradicional, por ser el que se ha utilizado desde los inicios de la prevención y el que más se ha mantenido en el tiempo (Becoña et al., 1994).

Ya puesto en práctica, lo que se hacía en este tipo de programas era mostrar las consecuencias negativas a corto, medio y largo plazo que tenían las distintas sustancias, tanto las legales como las ilegales. Los programas iniciales apelaban al miedo y, en ocasiones, a contenidos de tipo moralista (Perry y Kelder, 1992). Nótese que en Estados Unidos hay un importante movimiento que procede de finales del siglo pasado, basado en aquel inicial movimiento de la temperancia (Alexander et al., 1996), que se reflejó claramente en los primeros programas preventivos puestos en marcha en ese país, y extendidos en cierto modo a otros países en los primeros momentos del problema, dado el gran influjo anglosajón y específicamente norteamericano.

Conforme fue transcurriendo el tiempo, y ante el poco éxito del anterior enfoque, los programas fueron centrándose en los déficits de personalidad. Aquí se dedicó mucho esfuerzo a la clarificación de valores o a la mejora de la autoestima. Muchos de estos esfuerzos se han mantenido hasta nuestros días. Pero la realidad ha mostrado, cuando se han hecho evaluaciones rigurosas de este tipo de acercamientos (ej., Rundell y Bruvold, 1988), la inutilidad de los mismos. Por desgracia, este acercamiento fue el más predominante durante años tanto en otros países como en una parte importante del nuestro (Bellver y García, 1997). Partía de la idea de que lo esencial es cambiar el conocimiento (¿positivo?) hacia las drogas por un conocimiento adecuado (¿negativo?) hacia las mismas. Se espera que si la persona tiene un conocimiento adecuado sobre las drogas no tendrá actitudes ni intenciones a consumir y, lo más importante, no consumirá. Sin embargo este enfoque es demasiado simple, porque hay un gran número de factores que se relacionan con la conducta que van mucho más allá del conocimiento sobre una sustancia o sobre una conducta.

Algunas de las técnicas utilizadas dentro de este modelo son la discusión en grupo sobre lecturas realizadas previamente sobre los miembros del mismo, comentar películas sobre la temática de las drogas, escuchar charlas de personas que se consideran especialistas en el tema, etc. Lo que subyace a todo esto es que el conocimiento cambia las actitudes. Este cambio de actitudes lo que permite a la persona es tener unas intenciones

y una conducta de acuerdo con ellas. De ahí que se denomine modelo racional, ya que se espera que haya una concordancia entre el conocimiento, las actitudes y la conducta. Sin embargo esto no siempre es así (Becoña, 1986). Como un claro ejemplo, pensemos en los miles de fumadores que saben que el tabaco les hace daño y que quieren dejar de fumar pero no saben cómo hacerlo o van posponiendo la decisión por múltiples motivos.

Este modelo se ha ido desechado paulatinamente por su poca efectividad, al tiempo que han surgido otros de mejor funcionamiento y resultados preventivos. Nótese que en algunas ocasiones estos programas no sólo conseguían sus efectos, la prevención, sino que eran contrapreventivos, en el sentido de que dicho programa lo que hacía era incrementar el consumo que se quería evitar al proporcionar información inadecuada para ciertas edades, aumentar la curiosidad, no percibir los destinatarios los mensajes del mismo modo que los entendían los que los transmitían, etc. La investigación clarificó muchos aspectos relacionados con el consumo de drogas y la facilitación del surgimiento de nuevos y eficaces programas preventivos.

A partir de los años 70 y 80 aparecen los programas preventivos basados en el modelo de influencias sociales o psicosociales a partir de distintos estudios, tanto de la psicología social (Evans, 1976), como del aprendizaje social (Bandura, 1986) y de los estudios sobre los antecedentes del consumo de drogas (Jessor y Jessor, 1977). Estos modelos consideran la existencia de tres factores de riesgo que son imprescindibles considerar para el desarrollo de programas preventivos efectivos (Perry y Kelder, 1992): los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual.

El ambiente social es de gran importancia, ya que la conducta, el consumo o no de drogas en este caso, se produce en un concreto ambiente social con unos parámetros que pueden o no facilitar dicho consumo. Por ejemplo la observación de cómo otras personas llevan a cabo conductas relacionadas con las drogas facilitará el consumo o no, o incluso facilitará la socialización en dicho consumo. A veces el consumo/no consumo es un elemento de identificación o un elemento de apoyo social en ese ambiente. Piénsese como un ejemplo prototipo en nuestro medio lo que ocurre con el alcohol y su utilización en celebraciones (ej., fiestas, bodas, celebraciones) y donde su uso es «normativo» y un elemento más de la normalidad de la persona cuando lo consume. También es cierto que el propio ambiente social suele marcar los límites al consumo adecuado e inadecuado. Lo que decimos del alcohol vale para el tabaco, la marihuana, la cocaína, las drogas de síntesis o la heroína. Cuantos más modelos tenga la persona presente, y que le muestre y modele el consumo de sus-

tancias, mayor probabilidad tendrá de consumir esa sustancia. Para este factor de riesgo la prevención se orienta a proporcionar nuevos modelos, más adecuados con el no consumo de drogas, o a conseguir modos de reducir el acceso a esas sustancias. Nótese que la mayoría de las personas experimentan con las sustancias en el ambiente social, no a solas. De ahí la gran relevancia de tener el ambiente social en cuenta, conocerlo y saber cómo facilitar el no consumo o un consumo no peligroso.

Pero el ambiente social no lo es todo. Es sólo un elemento del trípode. Los otros dos elementos, la personalidad y los factores de riesgo conductual también son de gran importancia. El manejo adecuado de las situaciones de riesgo, sus habilidades en las mismas, el participar en alternativas sin drogas, son elementos de gran importancia para que no se produzca el inicio en el consumo de las sustancias. De ahí que los programas preventivos de tipo psicosocial dan gran relevancia al aprendizaje de habilidades sociales específicas. Esto además está fuertemente apoyado por los estudios de tipo longitudinal que han claramente encontrado que la intervención en esos tres elementos produce mejores resultados preventivos que la intervención en sólo uno de ellos (ej., Flay, 1985; Perry, 1986; Sussman, 1989). También se da relevancia a que la aceptación de las normas convencionales se convierte en un factor protector del consumo de drogas (Hawkins et al., 1992). Esto se relaciona con que distintos estudios dentro de este modelo han claramente demostrado como el consumo de drogas cumple distintas funciones para los que las prueban inicialmente y luego las consumen. Concretamente el consumo de tabaco y alcohol, en un principio, y luego la marihuana, son un modo de desafiar la autoridad paterna y la autoridad social, o transgredir las normas de los adultos, al asumir el adolescente que ya es un adulto o que tiene los mismos derechos que los adultos o que tiene que tener la misma posibilidad de acceso a ciertos elementos sociales como los adultos. De ahí que cobra gran relevancia conocer el papel del joven, la adolescencia y las edades críticas por las que va a pasar con sus conflictos consigo mismo, con sus padres, a veces con sus amigos y con el sistema social. Lo que está en juego es la búsqueda de su identidad (Kroger, 1996). Por ello, la autonomía y la independencia son dos valores claves en la adolescencia que chocan frontalmente con los padres y con el sistema social o que pueden chocar. Este es un elemento esencial a considerar como una parte normal del desarrollo del adolescente y que forma parte del desarrollo humano normal. Por ello los programas preventivos en este modelo se centran en el ambiente social más próximo, en la personalidad y en los factores de riesgo conductual.

Perry y Kelder (1992) indican siete componentes que caracterizan a esta orientación en los programas llevados a cabo en la escuela para la

prevención del consumo de tabaco, alcohol y marihuana. El primero es la identificación por parte del estudiante de las consecuencias sociales del uso de sustancias a corto plazo (ej., oler mal para el tabaco, tener un accidente de tráfico para el alcohol). En pequeños grupos de discusión se analizan las consecuencias que ellos consideran relevantes. El segundo es analizar las razones por las que los adolescentes consumen sustancias, como divertirse, hacer amigos, madurez, afrontar los problemas personales, etc. En el tercero se hacen ejercicios para que descubran, a diferencia de lo que piensan, de que el consumo de drogas no es una conducta normativa en su grupo equivalente de edad. Se contraponen lo que piensan a los datos que obtienen sobre consumos y se discute la sobreestimación. En el cuarto aprenden la importancia que tiene en nuestra cultura los modelos que se relacionan con el consumo a través de los medios de comunicación y de los modelos adultos como iguales. Aquí es fácil presentarles los distintos procedimientos, junto con varios anuncios, de cómo hacen los anunciantes de alcohol y tabaco para que la gente siga consumiendo o cómo conseguir nuevos consumidores. En el quinto aprenden y practican distintas habilidades para que puedan resistir las anteriores influencias ya analizadas. Con ello se espera que sean competentes en afrontar esas situaciones en las diversas situaciones sociales. En el sexto aprenden que el uso de drogas no sólo les afecta a ellos y a las personas más cercanas (amigos, padres, conocidos), sino que afecta a toda la comunidad. Por ello se analizan varios modos para conseguir que sean socialmente responsables en ese ambiente y no consuman drogas. Finalmente, el séptimo, consiste en un compromiso público de no consumo. Con ello se espera que la persona asuma, después de todo el aprendizaje anterior, lo aprendido y lo especifique conductualmente con un compromiso público.

En los años 80 y 90 surge el modelo de habilidades generales. Este modelo parte de que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención de drogodependencias. De ahí que se denomine modelo de habilidades generales, porque va más allá del entrenamiento específico en el rechazo al consumo de drogas.

Este tipo de modelos representan también un cambio respecto a modelos y programas previos, en el sentido que se orientan a todas las drogas, a diferencia de programas específicos para sólo tabaco, alcohol o la combinación de ambos o la inclusión también de marihuana (ej., Hansen, 1992). Dentro de este modelo se tratan todas las drogas. Aún así, realmente, por lo que ya hemos comentado hasta aquí, en la práctica

éstos programas están dirigidos específicamente a prevenir el comienzo del uso de drogas y lógicamente se enfocan en las llamadas drogas de inicio; es decir, el tabaco, el alcohol y la marihuana. Se basan en la idea de una multicausalidad en el proceso de comenzar a usar cualquier sustancia por parte de los adolescentes y por lo tanto cubren diversas áreas que pueden ser deficitarias en ellos y facilitarles el que sean capaces de hacer frente a la tentación de usar cualquier sustancia como forma de compensación de dichas deficiencias. Dos de estos programas más representativos en estos años son el de Botvin (1995) y el de Johnson et al. (1990). Por ejemplo, el programa de *Entrenamiento en habilidades para la vida* («Life Skills Training», LST) de Botvin et al. (1990, 1997) consiste en un currículo de 12 unidades que se enseña a lo largo de 15 sesiones. Cada unidad tiene su objetivo principal, objetivos de los estudiantes, contenido y actividades de clase. El programa puede ser integrado en cualquier área del currículo escolar, pero la Educación para la Salud y la Educación sobre Drogas son las más apropiadas según sus autores. El objetivo principal del LST es facilitar el desarrollo personal y de habilidades sociales, haciendo énfasis en el desarrollo de habilidades para manejar las influencias sociales para fumar, beber o consumir drogas. Enseña a los escolares habilidades cognitivo-conductuales para aumentar la autoestima, resistir la presión de los anuncios publicitarios, manejar situaciones generadoras de ansiedad, para comunicarse de forma efectiva, para mantener relaciones personales y tener una asertividad adecuada. Estas habilidades se enseñan utilizando técnicas como la demostración, el ensayo conductual, el feedback con refuerzo y tareas para practicar fuera del contexto de las clases.

Además de todo lo anterior, el programa imparte conocimientos sobre el tabaco, el alcohol y el consumo de otras drogas y enseña habilidades para problemas específicos como, por ejemplo, aplicar las habilidades asertivas generales a situaciones concretas en las que pueden estar sometidos a presiones interpersonales para fumar. A diferencia de los programas tradicionales de prevención de drogas, en este programa sólo se ofrece una información mínima sobre las consecuencias a largo plazo para la salud del consumo de drogas. En su lugar se ofrece información que se considera más importante para los adolescentes como son las consecuencias negativas inmediatas del consumo, la disminución de la aceptabilidad social de aquellos que usan sustancias y la prevalencia actual de consumo entre los adultos y los adolescentes. Concretamente, se dedican cuatro clases a información, dos al entrenamiento en toma de decisiones, dos al manejo de la ansiedad, habilidades sociales y asertividad y una a tratar las influencias de los anuncios, a técnicas de autocontrol y habilidades de comunicación.

Si tuviésemos que caracterizar a los programas efectivos actuales tendríamos que indicar que éstos se basan en la evidencia científica que tienen, la cual recoge los avances que se han realizado hasta el momento presente, como han sido los programas de influencia social, u otros que incluyen componentes que han mostrado ser efectivos. Estos los analizamos en el punto siguiente.

6.5.2 Programas preventivos efectivos: la prevención basada en la evidencia

En los últimos años en el campo científico aplicado ha habido una gran revolución en lo que se ha denominado la medicina basada en la evidencia, la psicología basada en la evidencia (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000), todo lo cual se ha ido extendiendo a todos los aspectos de las ciencias biomédicas, las ciencias sociales y otras actividades humanas. Esto está llegando también a la prevención de las drogodependencias. Lo que subyace a esto es que debemos utilizar aquello que tiene no sólo una buena fundamentación teórica (como veremos en otro capítulo), sino que tiene que tener una buena base empírica basada en la evidencia y demostrar que consigue el resultado que se espera. Esto es, que es eficaz.

Hoy es relativamente fácil disponer de un listado fiable de todos los programas que funcionan en la prevención de las drogodependencias, esto es, que son eficaces y/o eficientes. De los norteamericanos pueden verse listados en Swisher (2000), aunque destaca la continua evaluación que hace el *Center for Substance Abuse Prevention*, CSAP (ej., Gardner et al., 2001). Dentro de la Unión Europea podemos ver los que funcionan efectivamente en la red EDDRA, del Observatorio Europeo de Drogas de Lisboa. Y, en España disponemos de muchos ejemplos de programas preventivos eficaces en la revista *Idea-Prevención*. Por suerte también disponemos en España de un estudio paralelo al del CSAP (Gardner et al., 2001) norteamericano, como es el *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias* (Antón, Martínez y Salvador, 2001; Martínez y Salvador, 2000), auspiciada por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. En la misma se consideran varios criterios para clasificar los programas, siempre basados en los criterios científicos que se deben seguir, especialmente en los criterios de la base EDDRA. Diferencian los programas por estrategias de intervención, en programas que desarrollan estrategias de influencia destinadas a incrementar el conocimiento y cambiar las actitudes respecto a las drogas, programas que llevan a cabo estrategias de desarrollo de competencias

destinadas a mejorar los recursos y habilidades personales para afrontar las situaciones cotidianas y las presiones promotoras del uso problemático de drogas, programas que desarrollan estrategias de control destinadas a poner en marcha medidas de protección que regulan la disponibilidad, la accesibilidad y son capaces de modificar los códigos, las actitudes y los usos públicos en relación con las drogas, y los programas que ponen en marcha estrategias de diseño ambiental destinadas a modificar los entornos inmediatos de los individuos. A su vez se distinguen los siguientes contextos de aplicación: sistema educativo, familiar, comunitario, laboral, deportivo, ejército/cuerpos de seguridad, medios de comunicación, y conducción/educación vial. Se incluye asimismo la diferenciación de los programas en universales, selectivos e indicados. Y, finalmente, al grupo destinatario: niños o pre-adolescentes; niños o preadolescentes en situación de riesgo; adolescentes; adolescentes en situación de riesgo; padres; padres, con riesgo en los padres o en los hijos; personas mayores; y, población general. La aplicación de los criterios metodológicos, con mayor o menor nivel de calidad, lleva a clasificar a los programas de una a tres estrellas. Los de tres estrellas, los mejores, son aquellos programas derivados de estudios experimentales controlados o de estudios cuasi-experimentales. Los de dos estrellas son los programas que solo tienen resultados de proceso que incluyen información sobre nivel de implantación del programa y sus efectos en los diversos participantes. Aportan información sobre dónde y cómo tuvo lugar la intervención, si se realizó conforme fue diseñada y si llegó al grupo diana. Y, finalmente, los programas de una estrella, son los considerados programas novedosos que en muchos casos no tienen evaluación.

El resultado de aplicar los criterios anteriores a toda una serie de programas que han evaluado, tanto aplicados en España como en otros países, fundamentalmente en Estados Unidos, lleva a clasificar a dichos programas en una, dos y tres estrellas, en los ámbitos y tipos de programas ya citados. En el primer volumen (Martínez y Salvador, 2000) aparecen descritos 12 programas con tres estrellas y 3 con dos estrellas. En el segundo (Antón et al., 2001) otros adicionales 10 programas preventivos con tres estrellas, 4 con dos estrellas y 1 con una estrella. En la tabla 17 aparece el listado de los programas con tres estrellas.

Es de resaltar que en estos catálogos aparece una descripción lo suficientemente comprensiva de cada uno de los programas evaluados que nos permite conocer la calidad de cada uno de ellos, su campo de aplicación y si nos puede ser o no útil para nuestro trabajo. También proporciona información útil de cómo hacerse con dicho programa y material bibliográfico y direcciones sobre el mismo.

Tabla 17
PROGRAMAS PREVENTIVOS CON TRES ESTRELLAS DEL CATÁLOGO
DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS

Nombre del programa	Autor de contacto
<i>2000:</i>	
Programa de transición en la adolescencia	Dishion
Programa todas las estrellas. Versión comunitario	Hansen
Programa ATLAS para la prevención del consumo de sustancias esteroides anabolizantes en jóvenes deportistas	Goldberg
Construyendo salud. Promoción del desarrollo personal y social	Plan Nacional sobre Drogas. Moncada
Programa centrado en las familias	Catalano
Programa de prevención de drogodependencias en centros educativos de la comunidad de Madrid (PPD)	Dirección Técnica
Preparándose para un futuro sin drogas	Hawkins
Proyecto STAR	Pentz
Programa de reorientación a jóvenes	Eggert
Programa de fortalecimiento de las familias	Kumpfer
Programa de prevención sobre paternidad positiva, triple P	Sanders
Tú decides. Programa de educación sobre drogas	Calafat
<i>2001:</i>	
Entre generaciones. Programa de prevención intergeneracional	Tylor
Programa ALFIL. Grupos psico educativos para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo	Socidrogalcohol
Proyecto de desarrollo infantil, Fase I	Wood
Programa de prevención del tabaquismo en E.S.O.	EDEX
3CP: programa piloto europeo para la prevención del consumo de éxtasis	Rabes
Programa de prevención del consumo de drogas entre adolescentes de la ciudad de Granada	Carrasco

Nombre del programa	Autor de contacto
Prevención del abuso de sustancias en la escuela. PASE	Nebot
Recursos para el consumo de drogas y la discapacidad. Proyecto PALS	SARDI Program
Tabaco, alcohol y educación. Programa de actuación intensiva para la prevención del consumo del tabaco y alcohol en el primer curso de E.S.O.	Plan Regional sobre Drogas. Comunidad de Castilla-La Mancha.
Programa de prevención del consumo de drogas en la escuela. PPCDE	Plan de Galicia sobre Drogas

FUENTE: Antón et al. (2001) y Martínez y Salvador (2000).

6.6 CONOCER LOS FACTORES DE RIEGO Y DE PROTECCIÓN

Actualmente, uno de los aspectos más relevantes, y que están dando mejores frutos, es conocer los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Se entiende por factor de riesgo «un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)» (Clayton, 1992, p. 15). Por factor de protección «un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas» (Clayton, 1992, p. 16). Si conocemos los mismos podremos aplicar más adecuadamente un programa preventivo orientado a debilitar los factores de riesgo y a potenciar los factores de protección. Por su relevancia dedicamos un capítulo expresamente a los mismos en este libro.

6.7 CONOCIMIENTO SOBRE LA ETAPA ADOLESCENTE, ADULTEZ TEMPRANA Y LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS

Si como ya hemos dejado claro, la prevención se orienta fundamentalmente al periodo adolescente y al comienzo de la adultez, es necesario

que tengamos un buen conocimiento sobre esta etapa del desarrollo. La adolescencia es una etapa importante en la vida de cualquier persona. En ella se forma la identidad y adquiere la independencia que tiene que tener como un adulto maduro. Ello implica conocer los procesos psicológicos básicos y otros procesos que se relacionan con el funcionamiento personal de estas personas en este periodo temporal de sus vidas. Igualmente el proceso de la adultez temprana. Por ello en varios capítulos posteriores se analizan distintos procesos psicológicos básicos (ej., cómo percibimos y sentimos, cómo aprendemos, cómo pensamos, etc.) y otros procesos claramente relacionados con el desarrollo específico de la persona (ej., el análisis del periodo adolescente, adultez temprana, el proceso de socialización, los estilos de crianza, etc.). Todas estos procesos se analizan con el objetivo de conocer más sobre nuestro objeto de estudio y sobre cómo podemos conocer un poco mejor, o poder explicar, el consumo o no de las distintas drogas. Lo que si es claro es que dichos conocimientos no solo son útiles sino que son imprescindibles, para poder saber realizar adecuadamente una buena intervención preventiva en los mismos.

6.8. CONOCER CÓMO ELABORAR, SELECCIONAR Y EVALUAR UN PROGRAMA PREVENTIVO

Cuando tenemos claramente delimitada nuestra población diana, o grupo al que vamos a dirigir nuestra intervención, precisamos elaborar o seleccionar un programa preventivo para aplicarles. Aunque en otras épocas era habitual dedicar mucho tiempo y esfuerzo a elaborar el programa preventivo específico para aplicar, por suerte en los últimos años ello no es necesario. Como hemos visto en un punto anterior, hoy disponemos de un gran número de programas preventivos a los que tenemos acceso, que se han evaluado y que están disponibles. Tanto el Plan Nacional sobre Drogas, como las Comunidades Autónomas a través de sus planes de drogodependencias, como ayuntamientos, ONGs y otros organismos, disponen de programas preventivos, muchos de los cuales han evaluado. Véase como un ejemplo de ello la tabla 17 en donde se muestra un gran número de programas preventivos eficaces.

Si aún así decidiésemos elaborar un programa preventivo tendríamos que hacerlo siguiendo algunos pasos como son: tener un buen conocimiento de que es la prevención, y específicamente la prevención en drogodependencias; conocer bien el objeto de nuestra intervención, adolescentes habitualmente; conocer los programas preventivos existentes; delimitar a qué grupo o grupos vamos a aplicar la intervención, el rango de la misma, etc.; conocer los principios clave para elaborar dichos pro-

gramas; conocer cómo evaluarlos; etc. En varios capítulos posteriores aparecen muchas de estas cuestiones. En el siguiente apartado se indican los principios que deben regir un programa preventivo en la infancia y en la adolescencia.

6.9 PRINCIPIOS QUE DEBEN REGIR UN PROGRAMA PREVENTIVO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Cuando se elabora un programa preventivo para la infancia y adolescencia hay una serie de principios que hay que tener en cuenta. Previo a los mismos se presupone que se parte de un modelo teórico adecuado que, basado en datos empíricos, nos permita elaborar un adecuado programa preventivo con el que es previsible obtener buenos resultados. En suma, que conocemos el campo, que sabemos cuáles son sus principios básicos y que sabemos qué es lo que debemos hacer para conseguir nuestro objetivo: prevenir el consumo de drogas.

Se han identificado ocho factores que inciden de forma clara en los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud en la infancia y adolescencia (Palomares, 1990). La prevención de las distintas drogas está dirigida a las edades previas al inicio del hábito por lo que caen dentro del ámbito infantil y juvenil y les son aplicables todos ellos. A continuación se exponen los mismos

1. *Empleo de las técnicas de modificación de conducta.* Puesto que se intenta implantar en los niños lo que se ha dado en llamar un inmunógeno conductual (no fumar tabaco, no beber alcohol, no fumar hachís, etc.), es lógico que se utilice toda la metodología existente en el armamentario de los psicólogos y ello conllevará desde el uso del reforzamiento positivo hasta la utilización de las técnicas de la teoría del aprendizaje o las cognitivas, como el modelado, reforzamiento, etc. No debe olvidarse que estamos hablando de un comportamiento, por lo que deberemos utilizar técnicas desarrolladas en la investigación comportamental y que hayan mostrado su efectividad en la modificación de la conducta.

Creemos sumamente importante que a los profesores se les entrene en los distintos procedimientos de modificación de conducta (Becoña et al., 1994). Estos facilitan adquirir estrategias adecuadas y son parte central de los programas más efectivos en los programas de prevención de drogas actuales, metodológicamente bien evaluados y con seguimientos de varios años, especialmente los programas basados en el modelo de influencia social.

2. *Consideración de la etapa de desarrollo.* La etapa evolutiva en la que se encuentra el grupo al que va a aplicarse el programa preventivo es un elemento a considerar tanto en la complejidad de las tareas que se vayan a desarrollar durante las sesiones del programa, como en la presentación formal de las mismas. Puesto que los programas preventivos se suelen dirigir a poblaciones entre los once y los trece años (antes de la edad de inicio del hábito), es necesario que tanto el lenguaje utilizado como los temas que se traten sean comprensibles y adecuados a dicha edad. Más aún, existen diferencias cualitativas importantes en cuanto a la forma de enfocar ciertos temas dentro de los programas. Como ejemplo podemos considerar que a la edad de once años, en el caso del tabaco, las consecuencias inmediatas de fumar más importantes pueden ser las referentes al rendimiento deportivo, mientras que a la edad de trece años cobran más importancia aspectos como el mal olor del aliento o del cabello y sus repercusiones en sus relaciones con miembros del sexo opuesto, y en base a ello, los ejemplos que se planteen en las tareas a desarrollar dentro del programa, deben hacer hincapié en uno o en otro de los aspectos citados. No sólo debe pensarse en la etapa del estadio evolutivo en que por su edad se hallan los participantes en el programa, sino también en el estadio del proceso de llegar a ser fumador o bebedor en que se encuentren (Prochaska y Prochaska, 1993). Si a la edad en que se aplica el programa la mayoría de los adolescentes participantes aún no han probado los cigarrillos o el alcohol, es interesante que desarrollen argumentos que puedan dismantelar la imagen de persona agradable, triunfadora en las relaciones sociales y en los deportes, que suelen presentarles los anuncios de cigarrillos y alcohol. En el caso de que un porcentaje importante de los jóvenes se encuentren en la etapa de experimentación, conviene enseñarles a interpretar los síntomas asociados a fumar los primeros cigarrillos (toses, lacrimo, picor de garganta, mareo, náuseas, etc.) como señales de alerta que el organismo envía para indicar que está siendo dañado, y su desaparición como indicativa de la destrucción de dicho sistema de aviso, en lugar de interpretarlo como una señal de fortalecimiento del organismo, tal como suelen hacerlo los que se inician en el hábito. Lo mismo sobre el alcohol.
3. *Influencias paternas.* Los padres tienen un papel relevante en la posterior conducta fumadora y bebedora de los hijos. Es muy difícil para un niño juzgar como negativo algo que hacen a diario las personas más queridas para él. Por ello, los programas de pre-

vención deben tratar con respeto a los fumadores y bebedores, intentando hacer caer la imagen idealizada que los adolescentes suelen tener de los mismos, pero respetando en todo momento a la persona fumadora o bebedora, enseñando a comprender a los que han caído en la adicción y la dificultad que tienen para salir de ella, mientras se aprovecha esa misma comprensión como elemento preventivo. Lo mismo es aplicable para el hachís.

4. *Influencias sociales.* Los adolescentes adoptan comportamientos que se consideran normativos en el grupo social de referencia en el que se mueven. No es extraño, por tanto, que los individuos que pertenecen a un grupo en el que la mayoría de los miembros son bebedores o fumadores, sufran una gran presión para adoptar el hábito y tener así un elemento común más con sus compañeros. En este sentido los programas preventivos deben incorporar entrenamiento en técnicas que ayuden al adolescente a resistir la mencionada presión sin dejar de pertenecer al grupo y sin que ello les cree enfrentamientos con algunos de sus miembros.
5. *Medios de comunicación.* En nuestra cultura los niños y adolescentes dedican un buen número de horas a ver la televisión. Ello unido a la gran receptividad que muestran hacia los spots publicitarios hace necesario que cualquier programa preventivo deba tener presente dicha influencia. El ambiente que en un momento determinado establecen los anuncios televisivos o de otros medios de comunicación, puede actuar a favor o en contra de la efectividad del programa y por esto es conveniente incluir dentro del mismo elementos del ambiente que en ese momento existan, en unos casos para contrarrestarlos y en otros para potenciarlos cuando sean favorables a los efectos del programa. La aparición de Internet, y el creciente uso del mismo por los jóvenes, es otro elemento nuevo al que le hay que prestar atención, especialmente por la relación que en individuos vulnerables puede tener con las drogas, el incremento de información a través de la red, la obtención de drogas en ella, etc.
6. *Ambito educativo.* La escuela es un agente primario de socialización y en ella confluyen alumnos, padres y educadores por lo que supone un medio idóneo para la implantación de los programas preventivos y de promoción de la salud. Los profesores constituyen un modelo para muchos de sus alumnos por lo que debieran iniciarse campañas de sensibilización hacia la educación para la salud. En otros países se dedican un cierto número de horas lectivas a la enseñanza de materias de salud, aunque en el nuestro esto se hace transversalmente, cuando se hace, en la asignatura

de Educación para la Salud. Sería deseable que los programas de prevención de drogas se implantasen dentro de un marco general de educación para la salud con un mayor nivel de intensidad.

En la práctica, la colaboración de los profesores en los programas preventivos es buena. Así, Escámez (1990) en la presentación de su libro *Drogas y escuela* afirma que «la colaboración de nuestro equipo con los docentes, nos ha evidenciado las dificultades que presenta una prevención primaria de la drogadicción, que pretenda ser seria y rigurosa, pero también que tal prevención es posible y que, si se cumplieran determinadas condiciones, el profesorado está dispuesto a realizarla» (Escámez, 1990, p. 5). Por otro lado no debemos perder de vista el tema de la calidad educativa, la cual es una de las mejores bases para una buena educación sobre drogas (Vega, 1995).

7. *Mantenimiento de los efectos del programa.* En las distintas técnicas de tratamiento se ha abordado la investigación de la generalización (en el tiempo y a distintas situaciones) de los efectos del tratamiento. En la implementación de los programas preventivos debe pensarse desde su diseño en este problema y disponer formas que ayuden al mantenimiento en el tiempo de los efectos conseguidos. Para ello se ha propuesto la utilización de sesiones de recuerdo, pero sería deseable la inclusión de técnicas específicas como los programas de refuerzo intermitente, o la enseñanza del autorrefuerzo y del autocontrol en las conductas adecuadas para el mantenimiento de la salud.
8. *Perspectiva de la actuación.* Antes de iniciar un programa debe valorarse si el objetivo puede ser conseguido con una mejor relación coste-beneficio desde una perspectiva poblacional, mediante la actuación sobre el entorno o sus condiciones (promulgación de leyes, construcción de instalaciones, etc.) o si, por el contrario, puede lograrse de manera más asequible mediante actuaciones sobre los individuos (programas educativos, campañas en colegios, etc.). Estas dos opciones, lejos de ser antagónicas, son complementarias en el caso de la prevención de la conducta de fumar y beber alcohol y los efectos de un tipo de actuación actúan de forma sinérgica sobre los del otro.

7. RESUMEN Y CONCLUSIONES

Hoy podemos afirmar que la ciencia de la prevención aplicada a las drogodependencias ha dado enormes pasos en poco tiempo (Martín,

2000). Disponemos de los medios teóricos, científicos y técnicos para poder hacerla. Hoy podemos afirmar que la prevención en drogodependencias es efectiva (Botvin, 1999), aunque ello no obsta para también afirmar que se necesita hacer más investigación sobre muchas cuestiones que no conocemos completamente o que solo conocemos en parte (Salvador, 2000). La prevención se lleva a cabo en distintos ámbitos, como son principalmente el escolar, el familiar y el comunitario. Cualquier otro ámbito de la vida humana es un medio en el que se puede hacer prevención. Sin embargo, la prevención en drogodependencias puede utilizarse de modo relevante en la etapa adolescente, que es cuando comienza el consumo de drogas y es cuando de no darse, se retrasa la edad de inicio o puede conseguirse que la persona no llegue nunca a consumir ciertas drogas. La teoría de la escalada está en la base de lo anterior, en el sentido de que hay una escalada de los consumos desde las drogas legales a las ilegales, aunque no es una escalada causal, como ya hemos analizado.

Hay otras cuestiones que hemos comentado de pasada y que vamos a citar brevemente. Una es la de que cada vez es más evidente, y de ahí que crezca la relevancia sobre este aspecto, de la relación entre consumo de drogas, especialmente referido al abuso y dependencia, con tener asociados problemas de salud mental (Becoña y Lorenzo, 2001), lo que también conocemos con el nombre de comorbilidad psiquiátrica (Becoña y Vázquez, 2001). Esto exigirá intervenciones adicionales y múltiples en el futuro en este tipo de personas.

Otro tema que es de gran relevancia es insistir en la prevención como una ciencia con un buen estatus científico actual. Coie et al. (1993) se decantó claramente por la ciencia de la prevención en el campo de las drogodependencias. Otras publicaciones especializadas para el campo de la prevención en general (Institute of Medicine, 1994) asentaron claramente el campo. Y, a partir de ahí se han ido proponiendo principios específicos para la prevención de las drogodependencias, como veremos más detenidamente en un capítulo posterior (ej., Sloboda y David, 1997; Plan Nacional sobre Drogas, 2000; Gardner et al., 2001). En el caso español es claro el gran avance que se ha dado en la prevención de las drogodependencias en los últimos años. Un ejemplo concreto puede verse en los programas de prevención existentes a lo largo de la geografía nacional y los que pueden verse en la revista *Idea-Prevención*. Pero no hay que ser optimistas en exceso, sino realistas. Queda mucho por hacer en el campo de la prevención de las drogodependencias. Y quedan muchos equipos técnicos por consolidar.

Relacionado con lo anterior hay que insistir en la necesidad de la investigación en drogodependencias. Como dice Sloboda (1999) «la investigación deberá ser aplicable para crear programas preventivos más efica-

ces» (p. 223). Algunas aproximaciones, como la de mejora de la competencia aplicada a la prevención de las drogodependencias está propiciando adecuados resultados (Botvin, 1999). Y, hablando de investigación, siempre queda la cuestión de unir la investigación con la práctica (Botvin, 1999), hecho que no solo se da en la prevención, sino que también es habitual en el tratamiento (Becoña, 1999b). Por ejemplo, Botvin (2000) propone que junto a la evaluación de la eficacia del programa se evalúe en qué grado el programa produce un impacto en las variables mediacionales hipotetizadas y si el cambio en estas variables son las que llevan al cambio en la conducta. Esto es de gran relevancia para identificar los ingredientes activos de un programa preventivo, para poder refinar futuros programas preventivos y así tener información relevante que permita desarrollar nuevas aproximaciones preventivas. Esto es, si sabemos como trabaja un programa preventivo también podemos refinar nuestras teorías.

En las distintas guías o catálogos de programas de prevención efectivos que existen, una de las ideas centrales que subyace a las mismas es la de unir la ciencia con la práctica. Este es uno de los problemas que preocupa mucho en los últimos años por la necesidad de unir lo que se investiga, y se evalúa adecuadamente, con el del profesional que tiene que seleccionar, y a veces él mismo aplicar, el programa preventivo. A éste le preocupa menos la evaluación de su trabajo que aplicar y convencer a sus responsables o superiores de que lo que hace es útil o se adecua a lo que le piden.

La realidad americana, por ejemplo, indica la gran discrepancia que existe entre la investigación y la práctica. Por ejemplo, a pesar del gran número de guías que se han elaborado en ese país para seleccionar el mejor programa preventivo y saber qué funciona adecuadamente, la realidad en ocasiones va por otro sitio. El ejemplo paradigmático en este caso es el programa D.A.R.E. (*Drug Abuse Resistance Education*, «educación en la resistencia al abuso de drogas»). Este es un programa que aplica la policía en distintos estados americanos en las escuelas. La evaluación del mismo (Elliot, 1995; Lyman et al., 1999; Rogers, 1993) muestra resultados negativos o de ineficacia. Pero a pesar de esto es utilizado en Estados Unidos en el 75% de los distritos escolares, para el quinto grado americano (Swisher, 2000). Algo semejante ocurre con otros programas. Curiosamente, ante los resultados del D.A.R.E., y en vez de desecharlo, se ha reelaborado el programa, siguiendo los adecuados principios de la prevención, para ser aplicado en el séptimo grado (Pennsylvania Commission on Crime & Delinquency, 1999), estando en este momento en fase de evaluación a nivel nacional en Estados Unidos.

Como conclusión de todo lo visto, son bien representativas las palabras de Swisher (2000) cuando dice que «a pesar de existir algunas razo-

nes para el optimismo en la situación actual, es importante para el campo desarrollar un punto de vista más estratégico y a más largo plazo de cómo sostener los programas preventivos efectivos que están siendo ahora implementados más ampliamente que en el pasado» (p. 967).

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, B. K., SCHWEIGHOFER, A. R. F. y DAWES, G. A. (1996). American and Canadian drug policy: «A canadian perspective». En W. K. Bikel y R. J. DeGrandpre (Eds.), *Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse* (pp. 251-278). Nueva York: Plenum.
- ALONSO, D., FREIJO, E. y FREIJO, A. (1996). *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- AMMERMAN, R. T., OTT, P. J., TARTER, R. E. y BLACKSON, T. C. (1999). «Critical issues in prevention of substance abuse». En R. T. Ammerman, P. J. Ott y R. E. Tarter (1999). *Prevention and social impact of drug and alcohol abuse* (pp. 3-20). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- ANTÓN, A., MARTÍNEZ, I. y SALVADOR, T. (2001). *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias 2*. Madrid: Agencia Antidroga.
- BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Barcelona, Martínez-Roca, 1987).
- BECOÑA, E. (1986). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela: Grial.
- BECOÑA, E. (1995). «Drogodependencias». En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 1, pp. 493-530). Madrid: McGraw-Hill.
- BECOÑA, E. (1995). «La prevención de las drogodependencias. Introducción a algunas cuestiones actuales». En E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (Coords.), *Drogodependencias IV. Prevención* (pp. 9-50) Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- BECOÑA, E. (Ed.) (1998). *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa Ediciones.
- BECOÑA, E. (1999a). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- BECOÑA, E. (1999b). «Discrepancia entre la investigación y la práctica clínica de la terapia de conducta». *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 71-103.
- BECOÑA, E. y LORENZO, M. C. (2001). «Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar». *Psicothema*, 13, 511-522.
- BECOÑA, E. y VÁZQUEZ, F. L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- BECOÑA, E., PALOMARES, A. y GARCÍA, M. P. (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- BELLVER, M. C. y GARCÍA, R. (1997). «Objetivos y estrategias de los programas de prevención escolar y comunitaria nacionales: Una revisión (1985-1994)». En J.

- Escámez (Ed.), *Prevención de la drogadicción* (pp. 115-134). Valencia: Nau Llibres.
- BOBES, J., SÁIZ, P. A., GONZÁLEZ, M. P. y BUSCARÁN, M. T. (2001). «Epidemiología del uso/abuso de cocaína». *Adicciones*, 13, Supl. 2, 23-36.
- BOTVIN, G. (1995). «Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos». *Psicología Conductual*, 3, 333-356.
- BOTVIN, G. J. (1999). «Prevention in schools». En R. T. Ammerman, P. J. Ott y R. E. Tarter, R. E. (1999). *Prevention and social impact of drug and alcohol abuse* (pp. 281-305). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- BOTVIN, G. J. (2000). «Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors». *Addictive Behaviors*, 25, 887-897.
- BOTVIN, G. J., Baker, E., DUSENBURY, L., TORTU, S. y BOTVIN, E. M. (1990). «Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a three-year study». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 437-446.
- BOTVIN, G. J. y BOTVIN, E. M. (1992). «Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues». *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.
- BOTVIN, G. J., EPSTEIN, J. A., BAKER, E., DIAZ, T., IFILL-WILLIAMS, M., MILLER, N. y CARDWELL, J. (1997). «School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth». *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6, 5-19.
- BRAY, R. M., MARSDEN, M. E., MAZZUCHI, J. F. y HARTMAN, R. W. (1999). Prevention in the military. En R. T. Ammerman, P. J. Ott y R. E. Tarter, R. E. (1999). *Prevention and social impact of drug and alcohol abuse* (pp. 345-367). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- CALAFAT, A. (1995). «Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos». En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (cord.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 75-103). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- CALAFAT, A. (2002). «Estrategias preventivas del abuso de alcohol». *Adicciones*, 14, Supl. 1, 317-335.
- CALAFAT, A., JUAN, M., BECOÑA, E., FERNÁNDEZ, C, GIL, E., PALMER, A, SUREDA, P. y TORRES, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- CAPLAN, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- 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, DC: American Psychological Association.
- COIE, J. D., WATT, N. F., WEST, S. G., HAWKINS, J. D., ASARNOW, J. R., MARKMAN, H. J., RAMEY, S. L., SHURE, M. B. y LONG, B. (1993). «The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program». *American Psychologist*, 48, 1013-1022.

- Center for Substance Abuse Prevention, CSAP (1997). *Selected findings in prevention. A decade of results from the Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- DÍAZ, R. y FERRI, M. J. (2002). «Intervención en poblaciones de riesgo (1): los hijos de alcohólicos». *Adicciones, 14, Supl. 1*, 353-374.
- ELLIOT, J. (1995). «Drug prevention placebo: How DARE wastes time, money and police». *Reason, 26*, 14-21.
- ESCÁMEZ, J. (1990). «Directrices para la elaboración de programas preventivos en drogodependencias». En J. Escámez (ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención* (pp. 193-208). Madrid: Dykinson.
- EVANS, R. (1976). «Smoking in children: Developing a social psychology strategy of deterrence». *Preventive Medicine, 5*, 122-126.
- FLAY, B. R. (1985). «Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings». *Health Psychology, 4*, 449-488.
- GARCÍA-RODRÍGUEZ, J. A. (2000). *Mi hijo, las drogas y yo. Todo lo que padres y educadores necesitan saber sobre la educación y prevención en el consumo de drogas en la adolescencia*. Madrid: EDAF.
- GARDNER, S. E., BROUNSTEIN, P. J., STONE, D. B. y WINNER, C. (2001). *Guide to science-based practices. 1. Science-based substance abuse prevention: A guide*. Rockville, MD: Substance and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- GORDON, R. (1987). «An operational classification of disease prevention». En J. A. Steinberg y M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- GORMAN, D. M. (1996). «Etiological theories and the primary prevention of drug use». *Journal of Drug Issues, 26*, 505-520.
- HAMMER, T. y VAGLUM, P. (1991). «Users and nonusers within a high risk milieu of cannabis use. A general population study». *International Journal of Addictions, 26*, 595-604.
- HANSEN, W. B. (1992). «School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990». *Health Education Research, 7*, 403-430.
- HAMMER, T. y VAGLUM, P. (1990). «Initiation, continuation or discontinuation of cannabis use in the general population». *British Journal of Addiction, 85*, 899-909.
- 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.
- HOLDER, H. D. (1999). «Prevention aimed at the environment». En B. S. McCrady y E. E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (pp. 573-594). Nueva York: Oxford University Press.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- JESSOR, R. y JESSOR, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.

- JOHNSON, C. A., PENTZ, M. A., WEBER, M. D., DWYER, J. H., BAER, N., MACKINNON, D. P., HANSEN, W. B. y FLAY, B. R. (1990). «Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 447-456.
- KANDEL, D. B. (1973). «The role of parents and peers in adolescent marijuana use». *Science*, 181, 1067-1070.
- KANDEL, D. B. (1975). «Stages in adolescent involvement in drug use». *Science*, 190, 912-914.
- KANDEL, D. (1996). «The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences». *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.
- KANDEL, D. B. (Ed.) (2002). «Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis». Cambridge: Cambridge University Press.
- KANDEL, D. B. y DAVIES, M. (1992). «Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use». En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-253). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- KANDEL, D. B. y JESSOR, R. (2002). «The gateway hypothesis revisited». En D. B. Kandel (Ed.), *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 365-373).. Cambridge: Cambridge University Press.
- KANDEL, D. B. y RAVEIS, V. H. (1989). «Cessation of illicit drug use in young adulthood». *Archives of General Psychiatry*, 46, 109-116.
- KROGER, J. (1996). *Identity in adolescence. The balance between self and other*, 2nd ed. London: Routledge.
- LABRADOR, F. J., ECHEBURÚA, E. y BECOÑA, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dikynson.
- LYMAN, D. R., Zimmerman, R., NOVAK, S. P., LOGAN, T. K., MARTIN, C., LEUKEFELD, C. y CLAYTON, R. (1999). «Project DARE: No effects at 10-year follow-up». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 590-593.
- MARTÍN, E. (1995). «De los objetivos de la prevención a la "prevención por objetivos"». En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (cord.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- MARTÍN, E. (2000). «Psicología y drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro». *Papeles del Colegio*, 77, 3-12.
- MARTÍNEZ, I. y SALVADOR, T. (2000). *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga.
- MONCADA, S. (1997). «Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas». En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- MORIN, S. F. y COLLINS, C. (2000). «Substance abuse prevention: moving from science to policy». *Addictive Behaviors*, 25, 975-983.
- NAVARRO, J. y RODRÍGUEZ, E. (2002). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- NEWCOMB, M. D. y BENTLER, P. M. (1988). «Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study». *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 64-75.

- O'DONNELL, J. A. y CLAYTON R. R. (1982). «The stepping-stone hypothesis-Marijuana, heroin, and causality». *Chemical Dependencies: Behavioral and Biomedical Issues*, 4, 229-241.
- OFFORD, D.R. (2000). «Selection of levels of prevention». *Addictive Behaviors*, 25, 833-842.
- PAGLIA, A. y ROOM, R. (1999). «Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations». *Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50.
- PALOMARES, A. (1990). «La promoción de la salud en la infancia: Factores en el diseño de programas». *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 277-295.
- Pennsylvania Commission on Crime and Delinquency (1999). Assessment of the D.A.R.E. program in Pennsylvania. *The Justice Analyst*, 13, 1-10.
- PENTZ, M. A. (1999). «Prevention aime at individual: An integrative transactional perspective». En B. S. McCrady y E. E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (pp. 555-572). Nueva York: Oxford University Press.
- PENTZ, M. A. (1999). «Prevention in the community». En R. T. Ammerman, P. J. Ott y R. E. Tarter, R. E. (1999). *Prevention and social impact of drug and alcohol abuse* (pp. 327-344). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- PENTZ, M. A., BONNIE, R. J. y SPOPLAN, D. S. (1996). «Integrating supply and demand reduction strategies for drug abuse prevention». *American Behavioral Scientist*, 39, 897-910.
- PENTZ, M. A. y LI, Ch. (2002). «The gateway theory applied to prevention». En D. B. Kandel (Ed.) *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 139-157). Cambridge: Cambridge University Press.
- PERRY, C. L. (1986). «Community-wide health promotion and drug abuse prevention». *Journal of School Health*, 56, 359-363.
- PERRY, C. L. y KELDER, S. H. (1992). «Models for effective prevention». *Journal of Adolescent Health*, 13, 355-363.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 5*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- PROCHASKA, J. O. y PROCHASKA, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 85-136). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- RECIO, J. L. (1995). The influence of family, school and peers on adolescent drug misuse. *International Journal of Addictions*, 30, 1407-1423.
- RÍOS, J. A., ESPINA, A. y BARATAS, M. A. (1997). *La prevención de las drogodependencias en la familia*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- ROGERS, E. M. (1993). «Diffusion and re-invention of Project D.A.R.E.». En T. E. Blacker y M. Rogers (Eds.), *Organizational aspects of health communications campaigns: What works?* (pp. 139-162). Nueva York: Sage Publications.

- ROMAN, P. M. y BLUM, T. C. (1999). «Prevention in the workplace». En R. T. Ammerman, P. J. Ott y R. E. Tarter, R. E. (1999). *Prevention and social impact of drug and alcohol abuse* (pp. 307-325). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- RUNDELL, T. G. y BRUVOLD, W. H. (1988). «A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs». *Health Education Quarterly*, 15, 317-334.
- SALVADOR, T. (2000). «Avances y retos en prevención del abuso de drogas». *Papeles del Colegio*, 77, 18-24.
- SLOBODA, Z. (1999). «The prevention of drug abuse: Interrupting the paths». En M. D. Glantz y C. R. Hartel (Eds.), *Drug abuse. Origins & interventions* (pp. 223-242). Washington, DC: American Psychological Association.
- STENBACKA, M., ALLEBECK, P. y ROMELSJÖ, A. (1993). «Initiation to drug abuse: The pathway from being offered drugs to trying cannabis and progression to intravenous drug abuse». *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21, 31-39.
- STEVENS, M. M., FREEMAN, D. H., MOTT, L. y YOUELLS, F. (1996). «Three-year results of prevention programs on marijuana use: The New Hampshire Study». *Journal of Drug Education*, 26, 257-273.
- SUSSMAN, S. (1989). «Two social influence perspectives on tobacco use development and prevention». *Health Education Research*, 4, 213-223.
- SWISHER, J. D. (2000). Sustainability of prevention. *Addictive Behaviors*, 25, 965-973.
- VEGA, A. (1995). «La prevención educativa en los centros educativos». En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (cord.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp.105-136). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- WERCH, C.E. y ANZALONE, D. (1995). «Stage theory and research on tobacco, alcohol, and other drug use». *Journal of Drug Education*, 25, 81-98.
- YAMAGUCHI, K. y KANDEL, D. (1984). «Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: III. Predictors of progression». *American Journal of Public Health*, 74, 673-681.
- YAMAGUCHI, K. y KANDEL, D. (1985). «On the resolution of role incompatibility: A life event history of analysis of family roles and marijuana use». *American Journal of Sociology*, 90, 1284-1325.

CAPÍTULO 3. HECHOS BIEN ASENTADOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

1. INTRODUCCIÓN

A diferencia de lo que ocurría hace años, en la actualidad podemos hacer afirmaciones consistentes en el campo de la prevención de las drogodependencias. Claramente, en los últimos 10 años, se han producido una serie de avances de una gran relevancia, que han abarcado tanto la formulación y evaluación de adecuados modelos teóricos; elaboración, aplicación y evaluación de distintos programas preventivos que han mostrado ser claramente eficaces; la ampliación de la prevención más allá del campo escolar al campo familiar, comunitario, de los medios de comunicación de masas, etc. La comprobación de la utilidad y eficacia de la prevención se ha visto facilitado con la dedicación de mayor cantidad de medios a la misma así como un incremento de su respetabilidad tanto en el campo científico, como en el administrativo o político y en el social. Los estudios científicos, por una parte, y la elaboración de informes de una gran calidad, claridad y consistencia, por otra, han facilitado esto. Por ello, en las páginas que siguen vamos a exponer algunos hechos que hoy están bien asentados en el campo de la prevención de las drogodependencias. Estos se basan en varias fuentes. La primera, en los informes de organismos oficiales de prestigio que han elaborado para los profesionales, consumidores y administradores guías en donde se indica qué es la prevención, cómo funciona, qué sabemos de ella y cuáles son sus limitaciones. De ellos exponemos los que consideramos más relevantes. Dos norteamericanos, el de *National Institute on Drug Abuse*, NIDA (Sloboda y David, 1997), y el del CSAP, o *Center for Substance Abuse Prevention* (1997), de 1997 y el más reciente de 2001 (Gardner, Brounstein y Winner, 2001; Gardner, Brounstein, Stone y Winner, 2001a, 2001b). Dentro de los

españoles destaca, en primer lugar, los dos del Plan Nacional sobre Drogas, el primero sobre los criterios básicos que debían seguir los programas preventivos, del año 1996 (Plan Nacional sobre Drogas 1996), junto a lo que indica la estrategia nacional sobre drogas 2000-2008, dado a conocer en el año 2000 (Plan Nacional sobre Drogas, 2000). Y, dentro de España, también hablaremos de los criterios de la asociación Irefrea (2002) sobre prioridades preventivas. Lo anterior lo vamos a complementar con otras propuestas realizadas por importantes autores, en función de revisiones sistemáticas de la literatura (ej., Hansen, 1992) y las de Tobler (1986, 1993, 1994, 1997, Tobler y Straton, 1997, Tobler et al., 2000), con sus metaanálisis sobre programas preventivos. Aparte del Plan de Acción sobre Drogas de la Unión Europea para el período 2000-2004, que comentaremos, destaca en el campo de la prevención la guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el campo de las drogodependencias (Kröger y Winter, 1997). Ésta no la expondremos en este capítulo ya que las mismas nos va a servir de guía para el capítulo posterior dedicado a cómo poner en marcha un programa preventivo. Este informe, orientado a la realidad europea, se centra a nivel operativo en cómo hacer efectivamente una prevención de calidad.

2. REVISIONES DE LA LITERATURA

Hasta hace pocos años el único modo que teníamos para poder conocer lo que ocurría en un campo del saber era la revisión de la literatura científica existente en el mismo, realizada por una persona que conocía el campo y revisaba la información existente sobre un aspecto del mismo. Actualmente, junto a este procedimiento, tenemos otros, como iremos viendo a continuación, como reunión de grupo de expertos para elaborar guías o llegar a consensos o meta-análisis.

Dentro de las revisiones de la literatura sobre qué era lo más adecuado hacer en el campo de las drogodependencias nos podemos encontrar con muchas. Sin embargo, si nos centramos en una revisión más exhaustiva que combine los métodos cualitativos con los cuantitativos ya hay menos. De las existentes, por su relevancia, y conclusiones a las que llega vamos a analizar la de Hansen (1992), que aunque tiene diez años, abrió en su momento, y sigue siendo de referencia, una brecha a favor de los programas preventivos eficaces siguiendo los resultados que la investigación nos iba proporcionando.

Hansen (1992) incluyó 45 estudios en su revisión, excluyendo previamente aquellos orientados exclusivamente a la prevención del consumo de tabaco. Observamos que 12 están orientados solo a la prevención del

alcoholismo, 1 a la prevención de tabaco y alcohol, 2 a la prevención de alcohol y marihuana, 19 a la prevención de tabaco, alcohol y marihuana, 8 a la prevención de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas, 2 a la prevención de marihuana y otras drogas y 1 a alcohol, marihuana y otras drogas. Si tomásemos en consideración también los programas dedicados a la prevención del consumo de tabaco, que son abundantes y adecuadamente evaluados (cfr., Becoña et al., 1994), como los del consumo de alcohol (cfr., Moskowitz, 1989), claramente podemos concluir que los programas más importantes son aquellos dedicados a la prevención conjunta de tabaco, alcohol y marihuana (el 42 % de los incluidos en la revisión de Hansen (1992), seguidos por los programas específicos de prevención del consumo de tabaco o del consumo de alcohol.

Hansen (1992) para clasificar los programas preventivos identifica los conceptos teóricos principales utilizados por los investigadores para describir sus programas. Así, obtiene una lista de doce elementos o componentes de los programas: información (conocimientos y creencias sobre las consecuencias del riesgo de usar la sustancia), toma de decisiones (proceso para tomar decisiones racionales sobre la sustancia), compromiso (adopción de un compromiso personal de no usar la sustancia), clarificación de valores (examinar la relación entre los propios valores y las consecuencias de la conducta y demostrar que los valores personales son incompatibles con el uso de la sustancia), establecimiento de metas (enseñar habilidades para la situación y atenerse a los objetivos y alentar la adopción de una orientación de éxito), manejo del estrés (enseñar habilidades de afrontamiento para manejar el estrés, especialmente en situaciones psicológicamente difíciles), autoestima (desarrollar sentimientos individuales de autoconfianza y valía), entrenamiento en habilidades de resistencia (identificar y resistir asertivamente la presión y las influencias para usar sustancias de los iguales, hermanos, padres, adultos y los medios de comunicación), entrenamiento en habilidades de vida (se enseña un amplio conjunto de habilidades sociales incluyendo habilidades de comunicación, habilidades de relaciones humanas y habilidades para resolver conflictos interpersonales), establecimiento de normas (establecer normas conservadoras respecto al uso, corrigiendo las percepciones erróneas de la prevalencia y accesibilidad a las sustancias y estableciendo normas de grupo conservadoras), asistencia (proporcionando intervención y consejo para enfrentarse a los problemas de la vida) y alternativas (proporcionar experiencias en actividades que son incompatibles con el uso de sustancias).

A partir de los elementos anteriores clasifica a los distintos programas en función de si tienen o no cada una de esas características. De todos los programas el 92% incluye información, seguido por un 44% tanto para el entrenamiento en habilidades de toma de decisiones como para el entre-

namiento en habilidades de resistir la presión social. Le siguen con valores en torno al 25% clarificación de valores, establecimiento de normas y programas alternativos, encontrándose en menor grado los otros elementos.

Al aplicar un análisis cluster a los datos anteriores describe seis agrupaciones de programas. La primera, con nueve programas, enfatiza básicamente el conocimiento; la segunda, con diez programas, representa una aproximación de educación afectiva; la tercera, con doce programas, se centra principalmente en enseñar a los estudiantes las presiones de los iguales y de otras personas y a desarrollar habilidades para resistir esas presiones; la cuarta, con siete programas, los denomina comprensivos por incluir los más diversos tipos de componentes; el quinto y sexto, que solo incluye cada uno dos programas, los denomina alternativos e incompletos, respectivamente.

Los resultados, utilizando medidas conductuales, indican en casi todos los programas resultados positivos, excepto para el grupo de alternativas. El grupo con mayor proporción de hallazgos positivos es el de los programas de influencia social. De promedio, el 51% de los resultados de estos estudios son positivos; de modo semejante el 50% de los programas comprensivos tienen resultados positivos, siendo menos efectivos los otros tipos de programas. Con resultados de análisis más laxos vuelve de nuevo a encontrarse que los programas más efectivos son los comprensivos (72%) seguido por los de influencia social (63%). Dentro de los comprensivos aparecen dos programas, el LST (Botvin, Baker, Filazzola y Botvin, 1989) y el STAR (Pentz, Trebow, Hansen, MacKinnon, Dwyer, Johnson, Flay, Daniels y Cormack, 1990).

Lo anterior indica que estos dos tipos de programas eran los más efectivos en ese momento, aunque ello no implica que siempre lo sean de modo universal. Pero sí surge de modo claro que incluir un componente de influencias sociales es importante para el éxito de estos programas. Igualmente parece ser una asunción general la importancia que tienen los componentes de información y cambios en los riesgos percibidos, que están incluidos en casi todos los programas preventivos. Aunque, ello no implica que la información por sí sola sea efectiva, que no lo es.

3. LOS PRINCIPIOS DE LA PREVENCIÓN DEL *NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE* (1997)

En el año 1997 el *National Institute on Drug Abuse* norteamericano, el NIDA (Sloboda y David, 1997), presentó en un pequeño manual los principios para la prevención del consumo de drogas que se deben seguir en niños y adolescentes, basados en la investigación disponible sobre

este tema. Estos están presentados claramente y han sido un punto de referencia desde su publicación. La idea de los mismos es dar un salto hacia adelante en lo referente a mejorar las buenas prácticas de los programas preventivos y de la prevención de las drogodependencias en general. O, lo que es lo mismo, que se apliquen programas efectivos y se dejen de lado los inefectivos o aquellas prácticas preventivas que no han mostrado ser eficaces. Además, dicha guía presenta en su parte final un conjunto de programas preventivos que han mostrado ser eficaces en norteamérica, donde llevan ya más de 20 años aplicando sistemáticamente programas preventivos, bien sean experimentales o a un nivel de mayor impacto, eficaces. Esto ha abierto la puerta para no sólo investigar más y mejor sobre la prevención en drogodependencias, sino que ha posibilitado en distintos países, como en el nuestro elaborar guías o listados de programas preventivos eficaces (Antón, Martínez y Salvador, 2001; Martínez y Salvador, 2000).

En la tabla 18 presentamos los 14 principios que este informe considera esenciales para realizar una prevención de drogodependencias de calidad. Empieza por reconocer la relevancia de los factores de riesgo y protección que hoy conocemos en relación con el consumo de drogas. Estos deben reconocerse y utilizarse, los de tipo individual o psicológico, social, familiar y conductuales. Tenerlos en cuenta para la elaboración de los programas preventivos es hoy esencial, ya que la idea que subyace a los mismos es que si con un programa preventivo incrementamos los factores de protección y reducimos o anulamos los de riesgo, conseguiremos que las personas no consuman drogas. La investigación indica que esto es así (ej., Pollard, Hawkins y Arthur, 1999). En las recomendaciones del NIDA se insiste en que esto se haga tanto en los factores de riesgo y protección referido a los compañeros, en el ambiente escolar y en el ambiente de la comunidad. Esto exige no sólo intervenir sobre el individuo sino también sobre su entorno, como puede ser la familia, sus amigos y compañeros y, más aún, en toda la comunidad, incluyendo las organizaciones existentes, como las sociales, religiosas, policiales y gubernamentales. También es de gran relevancia el control de la publicidad y dictar leyes y normas favorables que promuevan un ambiente libre de drogas.

Es importante conocer con exactitud el momento en el que las personas comienzan a consumir drogas y los procesos que llevan a que una vez que han probado una drogas la sigan consumiendo. Los estudios epidemiológicos son aquí de una gran ayuda. Conocer el paso de unas a otras sustancias, en cada momento concreto del tiempo, es de una gran relevancia, cara a poder tomar medidas de tipo preventivo y normativo. Insiste claramente el informe en la hipótesis de la escalada, indicando,

Tabla 18
LOS PRINCIPIOS DE LA PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS
DEL NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, NIDA

1. Los programas preventivos deberían ser diseñados para realzar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.
2. Los programas preventivos deberían incluir todas las formas de consumo de drogas, incluyendo el tabaco, el alcohol, la marihuana y los inhalantes.
3. Los programas preventivos deberían incluir estrategias de habilidades para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el consumo de drogas e incrementar la competencia social (como por ejemplo, en comunicaciones, relaciones con sus compañeros (iguales), la autoeficacia y asertividad en la toma de decisiones), junto con el refuerzo de las actitudes en contra del consumo de drogas.
4. Los programas preventivos para los adolescentes deberían incluir métodos interactivos como grupos de discusión con otros jóvenes en lugar de sólo técnicas didácticas.
5. Los programas preventivos deberían incluir un componente donde se incluya a los padres o tutores para que refuercen el aprendizaje de los chicos, en cuanto a la realidad acerca de la droga y de sus efectos nocivos, y que ello genere la posibilidad de discutir en la familia sobre el consumo de drogas legales e ilegales y la postura que adopta la familia sobre el consumo.
6. Los programas preventivos deberían ser a largo plazo, a lo largo de los años escolares con intervenciones repetidas para reforzar las metas preventivas originales. Por ejemplo, los esfuerzos escolares dirigidos a estudiantes de la escuela primaria y secundaria deberían incluir sesiones de refuerzo para ayudar al período crítico de transición entre la educación secundaria y el bachillerato.
7. Los esfuerzos preventivos centrados en la familia tienen mayor impacto que las estrategias que se centran únicamente en los padres o sólo en los hijos.
8. Los programas comunitarios que incluyan campañas en los medios de comunicación de masas y cambios en la política, como nuevas normas y leyes que restringen el acceso al alcohol, el tabaco u otras drogas, son más eficaces cuando van acompañados de intervenciones en la familias y en la escuela.
9. Los programas comunitarios necesitan fortalecer las normas contra el consumo de drogas en todos los ámbitos de prevención del consumo de drogas, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.
10. La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a toda la población de jóvenes y también sirve como un lugar importante para subpoblaciones específicas con mayor riesgo de consumir drogas, tales como aquellos chicos

(continuación)

que tienen problemas de conducta, dificultades de aprendizaje o que tienen un alto potencial de abandonar la escuela y ser marginados.

11. Los programas preventivos deberían de adaptarse a cada comunidad concreta para tratar la naturaleza específica del problema del abuso de drogas en la misma.
12. Cuanto mayor sea el riesgo de la población objetivo, más intensivos deberían ser los esfuerzos preventivos y más tempranamente se deberían comenzar los mismos.
13. Los programas preventivos deberían ser específicos para la edad de los chicos, apropiados a su período de desarrollo y ser sensibles a nivel de las diferencias culturales.
14. Los programas preventivos eficaces han mostrado ser coste-efectivos. Por cada dólar gastado en la prevención del consumo de drogas, las comunidades pueden ahorrar 4 ó 5 dólares en costes de tratamiento y terapias dirigidas a tratar el consumo de drogas.

Adaptados de Sloboda y David (1997).

como hoy sabemos de que «no podemos afirmar que el consumo de tabaco y alcohol a edades tempranas sea la causa del consumo de drogas más adelante» (p. 7). Pero, también, como sabemos «tampoco podemos afirmar que este orden de sucesos implique que la progresión sea inevitable. Lo que sí afirma es que si un joven ha fumado o bebido alcohol la probabilidad de que pruebe la marihuana aumenta a 65 veces más que en los demás jóvenes. El riesgo de que alguien que haya consumido marihuana, por lo menos una vez, consuma cocaína es 104 veces más alto que alguien que nunca lo ha hecho (estos números provienen de un análisis de datos de 1991-93, de la Encuesta Nacional de Hogares sobre el Abuso de Drogas)» (p. 7).

Dado que un programa preventivo comprensivo debería incluir elementos comunitarios, escolares y familiares, en este informe se exponen los criterios más idóneos que deberían tener estos programas para conseguir ser eficaces. En la tabla 18 se exponen algunos de éstos. Insiste mucho en el papel de los líderes de la comunidad para que apoyen, potencien o pongan en marcha este tipo de programas. Si se les muestra que los programas preventivos son eficaces es más probable que los apoyen y, con ello, los pongan en marcha y los financien adecuadamente. Esto hoy podemos hacerlo fácilmente porque conocemos qué programas

funcionan efectivamente. En una de las partes de este informe se indica precisamente una serie de programas preventivos que han demostrado ser eficaces, tanto en la escuela, la familia y la comunidad, según sean programas universales, selectivos e indicados. Igualmente presentan un listado con las direcciones de las personas que han elaborado los programas preventivos más representativos y otras direcciones de organismos estatales o privados relacionados con la prevención. En España, como ya hemos indicado, también disponemos de un listado de los programas preventivos más eficaces (ver Antón et al., 2001; Martínez y Salvador, 2000).

Un aspecto final, y de gran relevancia actual, es la evaluación del programa preventivo. Esta guía sugiere que el proceso de evaluación debe responder a las siguientes preguntas: ¿qué se hizo en el programa?, ¿cómo fue realizado el programa?, ¿quién participó?, ¿fue implementado el programa de la manera que se propuso?, ¿logró el programa lo que se esperaba?, ¿produjo el programa los resultados deseados a largo plazo? Sin evaluación nos será difícil conocer lo que hemos hecho. Con evaluación podremos saberlo y también, en función de la misma, mejorar en aquellos aspectos que sea necesario.

En suma, aunque esta guía sea breve, la información que proporciona es de una gran calidad. El presentar los principios de la prevención de un modo claro, conciso y útil es lo que se precisa para un campo como éste, donde a lo largo de muchos años la prevención se hacía en función de las buenas intenciones de quien la aplicaba y no siguiendo los principios científicos que debe seguir la ciencia de la prevención como así lo sigue la ciencia en general.

4. HALLAZGOS IMPORTANTES EN PREVENCIÓN DEL *CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION* (1997)

El *Center for Substance Abuse Prevention*, conocido con las iniciales de CSAP, en 1997 (Center for Substance Abuse Prevention, 1997), después de la experiencia acumulada a lo largo de diez años, financiando programas en Estados Unidos, investigando los más efectivos y difundiendo los, junto al resultado de unos 100 programas por ellos financiados, basados en la comunidad, llega a toda una serie de conclusiones sobre como implantar más efectivamente los programas de prevención en drogodependencias. Estas conclusiones, o sugerencias, las categorizan en dos tipos. El primero es el de «repetidamente documentadas», esto es, del que hay una clara evidencia en todos o en casi todos los estudios, y los «provisionales», en donde hay evidencia en distintos estudios pero no siempre. Los hallazgos que son documentados por sólo dos fuentes los con-

sideran «hipótesis de trabajo». Estos tres tipos de hallazgos se muestran resumidos en la tabla 19. El análisis de dicha tabla nos permite saber, de modo bastante claro, qué es lo que está bien asentado, lo que se va asentando y lo que hay que investigar para confirmar definitivamente o rechazar en el futuro. Como se ve en dicha tabla, los hallazgos aparecen organizados en cuatro categorías: los relacionados con la iniciación al abuso de sustancias, la efectividad de las actividades preventivas, la implementación de programas y los costes y financiación de las actividades preventivas. También aparece un apartado final referido a las hipótesis de trabajo que se pueden hoy plantear, según los resultados de algunos estudios que se han realizado, pero que precisan replicarse para poder considerarse consistentes.

Tabla 19
RESUMEN DE LOS HALLAZGOS PRESENTADOS POR EL CSAP (1997)
SOBRE LA PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

Hallazgos relacionados con la iniciación del abuso de sustancias:

- Se ha repetidamente documentado que las percepciones de los adolescentes de los riesgos y beneficios del alcohol y de otras drogas correlaciona con la probabilidad de su uso inicial. (Hallazgo documentado repetidamente).
- El consumo por parte de los padres, o las actitudes parentales hacia el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, tiende a correlacionar con las actitudes del adolescente hacia el consumo de estas sustancias. (Hallazgo documentado repetidamente).
- Se ha encontrado evidencia de que la carencia de una relación cercana en la familia tiende a correlacionar con el abuso de sustancias en el adolescente. (Hallazgo provisional).
- Se ha encontrado evidencia de que los estudiantes que rinden mal en la escuela, o que tienen una percepción de sí mismos de fracasar académicamente, es más probable que otros jóvenes de que se impliquen en un consumo temprano de alcohol. (Hallazgo provisional).
- La baja autoestima, sin embargo, no parece ser predictiva del abuso de sustancias en el adolescente. (Hallazgo provisional).

Hallazgos relacionados con la efectividad de las actividades preventivas:

- Los resultados documentan repetidamente la efectividad de enseñar habilidades para la vida genéricas (ej., solución de problemas, toma de decisiones, habilidades de resistencia contra las influencias adversas de los iguales, y habilidades sociales) en reducir la incidencia del abuso de sustancias entre los jóvenes. (Hallazgo repetidamente documentado).

(continuación)

- El uso del manejo de casos y los grupos de apoyo de iguales reduce el uso de alcohol y de otras drogas entre mujeres embarazadas que abusan de sustancias. (Hallazgo provisional).
- El consejo interpersonal, tener una persona de guía y apoyo, y otras formas de interacción intensiva fortalece los factores de protección (ej., mejora del rendimiento académico, reducción de la asociación con iguales socialmente desviados) contra el uso de drogas entre los jóvenes en alto riesgo. (Hallazgo provisional).

Hallazgos relacionados con la implementación de programas:

- Los conflictos de competencias entre agencias y la falta de tiempo son las barreras más a menudo citadas para la creación de coaliciones de prevención comunitarias exitosas. El nivel de colaboración entre sus miembros correlaciona positivamente con el número de metas de prevención planteadas por una coalición. (Hallazgo provisional).
- Las intervenciones a largo plazo y recibir sesiones de recuerdo están asociadas con resultados más efectivos, medidos por la reducción del abuso de sustancias. (Hallazgo provisional).
- Ofrecer simultáneamente una amplia variedad de actividades relacionadas con la prevención para una población adolescente no mejora la efectividad de la intervención. (Hallazgo provisional).

Hallazgos relacionados con el coste y financiación de la prevención del abuso de sustancias:

- Las intervenciones preventivas recibidas por mujeres embarazadas motivadas reducen los costes del cuidado de salud. (Hallazgo repetidamente documentado).
- La diversión y las actividades culturales libres de drogas (las llamadas actividades alternativas) son a menudo el elemento más costoso de los programas de prevención de abuso de sustancias basados en la comunidad. (Hallazgo provisional).
- Las demostraciones muestran que los esfuerzos preventivos basados en la comunidad, aunque son coste-efectivos, se diluyen rápidamente si no se le dedican fondos de una manera estable. (Hallazgo provisional).

Hipótesis de trabajo basados en resultados limitados y en la necesidad de investigación posterior:

- La relativa importancia de los factores que afectan a la etiología del abuso de alcohol y de otras drogas tiende a diferir entre los adolescentes varones y mujeres.

(continuación)

- La etiología del abuso de sustancias tiende a diferir entre distintos grupos étnicos.
- La competencia cultural en la toma de decisiones en los programas de prevención puede estar asociada con una mayor probabilidad de resultados positivos.
- La educación centrada en las consecuencias adversas y en la carencia de aceptación del abuso de alcohol y en el uso de drogas ilícitas puede estar asociada con un menor uso entre los jóvenes de mayor edad.
- Las actividades que parecen efectivas en reducir la incidencia del consumo de alcohol en los menores de edad no son siempre efectivas en reducir el consumo de otras drogas, y las actividades que parecen efectivas en reducir el consumo de drogas no son siempre efectivas en reducir el consumo de alcohol en los menores de edad.
- Las cualidades del staff encargado del cuidado, el compromiso, la entrega, y las altas habilidades de escucha pueden estar asociadas con resultados favorables en los programas de prevención de jóvenes.
- Entre los programas para jóvenes, los resultados favorables pueden estar asociados con la participación de otras personas mayores, más experimentados y mejor educados que son parte del mismo marco cultural del joven.
- Los programas de prevención específicos de género puede ser más probable que produzcan resultados favorables entre los jóvenes de alto riesgo.
- Reducir las barreras entre la escuela y la acción de la comunidad, como puede ser la existencia de fondos separados para una y otra y carecer de programas coordinados, puede estar asociado con resultados exitosos para las actividades de prevención de abuso de sustancias en los jóvenes.
- Realizar intervenciones preventivas a familias disfuncionales motivadas puede producir una ganancia sustancial neta en el coste de los servicios sociales.

Del primer apartado, los hallazgos relacionados con la iniciación del abuso de sustancias, destaca el que está bien asentada la relación entre percepción de riesgos y consumo de drogas, relación entre el consumo de drogas de los padres y en sus hijos. Otros hallazgos allí indicados son provisionales, como la carencia de una relación familiar cercana, mal rendimiento académico o fracaso escolar y baja autoestima en relación con el consumo de drogas.

Respecto a la efectividad de las actividades preventivas surge claramente que enseñar habilidades para la vida es lo más efectivo actualmente. Esto ha facilitado, como sabemos, pasar a una nueva generación de programas preventivos que están siendo más eficaces y que están siendo un revulsivo positivo en este campo en relación con las décadas pasadas. Otros hallazgos, como el manejo de casos, el apoyo del grupo de iguales, o el consejo interpersonal, en relación con su utilidad para la prevención del abuso de drogas tienen un apoyo provisional en este momento.

Respecto a la implementación de programas los resultados que se tienen los consideran provisionales. Esto en parte viene dado por el desarrollo de este campo, que ha eclosionado en los últimos años, y especialmente en lo referente a evaluar el trabajo realizado. En este apartado consideran el problema que existe entre el conflicto de competencias entre organizaciones y la falta de tiempo que los profesionales tienen para conseguir coaliciones comunitarias exitosas. Igualmente la utilidad de las sesiones de recuerdo a largo plazo, como parte del programa preventivo. De modo interesante, otra conclusión, que aunque es un hallazgo provisional, indica que más no es igual a mejor, referido en este caso a que ofrecer múltiples actividades relacionadas con la prevención a los jóvenes no mejora la efectividad de la misma.

En el apartado de coste y financiación aparece clara la utilidad de intervenir en mujeres embarazadas, por la reducción de costes, tanto económicos, como de personal como para la propia paciente. Otros dos hallazgos provisionales que presentan en este apartado son que los programas de ocio nocturno o de diversión y actividades culturales libres de drogas son los más costosos y no siempre está clara su utilidad ni efectividad. Y que realizar programas preventivos a nivel comunitario son coste-efectivos pero se diluyen rápidamente si no se mantienen en el tiempo. Esto exige fondos adecuados y continuidad de dichos programas.

Las hipótesis de trabajo que plantean, según los resultados obtenidos, y qué se debe investigar en el futuro, son amplias, como se indican en la tabla 19. Resumen la parte más relevante de investigación que tenemos en este campo así como los pasos por donde hay que ir en los años venideros. Ello indica también por donde hay que ir de modo correcto y no cometer los errores de otros o los errores que se han cometido en el pasado.

En suma, las propuestas del CSAP tienen una gran relevancia porque sistematiza la investigación disponible en cuatro aspectos de gran relevancia, concluye en función de la evidencia disponible cuando puede hacerlo, y cuando no nos presenta los resultados como provisionales, y

nos proporciona guías claras por donde se debe seguir en los próximos años, tanto en los resultados que ya están bien asentados como en aquellos otros aspectos que pueden permitir seguir avanzando en la línea de mejora de la prevención.

5. GUÍA DE PRÁCTICAS BASADAS EN LA CIENCIA: LOS PRINCIPIOS DE LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS DEL *CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION* (2001)

En Estados Unidos, como ya hemos indicado, el CSAP, o *Center for Substance Abuse Prevention*, es el encargado de hacer llegar a la población norteamericana, a sus Estados y a los técnicos aquellos mejores programas preventivos y aquellas mejores prácticas en prevención. En el año 2001 ha publicado tres guías dentro de lo que han denominado «guía de prácticas basadas en la ciencia». Las mismas lo que hacen es describir los conceptos básicos, los factores de riesgo y protección más importantes y los conceptos básicos en prevención (Gardner, Brounstein, Stone y Winner, 2001a), en la primera de ellas; otra dedicada a los programas preventivos que mejor funcionan o que tienen cierta evidencia de ello (Gardner, Brounstein, Stone y Winner, 2001b); y, la tercera, está dedicada a los principios de la prevención del abuso de sustancias (Gardner, Brounstein y Winner, 2001). Los principios que propone son principios que tienen base empírica y que son de ayuda para seguirlos tanto en el diseño como en la implementación de programas preventivos. Estos principios se presentan a lo largo de varios ámbitos, como es el individual, el familiar, el de los iguales, el escolar, el comunitario y el social/ambiental. En la tabla 20 mostramos los mismos. Como se puede apreciar cubren ampliamente aspectos básicos de elementos relevantes de las áreas en las que la prevención es más importante, como el escolar, familiar, comunitario, etc. Hay que indicar que quien guía la elaboración de estos principios son los factores de riesgo y protección conocidos para el consumo de drogas, y específicamente los estudios que sobre esta cuestión ha realizado el propio CSAP, como muestra en distintas publicaciones recientes (ej., Gardner et al., 2001a). También hay que tener en cuenta que muchos de los principios que allí se presentan, y que aunque tengan evidencia empírica, sólo son aplicables en Estados Unidos, ya que muchas normativas y leyes son claramente distintas en Estados Unidos que en Europa y, más concretamente, en España.

Tabla 20
PRINCIPIOS EFECTIVOS DE LA PREVENCIÓN DEL ABUSO
DE SUSTANCIAS DEL *CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION*
(2001).

Ámbito individual

1. Fortalecer las habilidades sociales y personales.
2. Diseñar intervenciones sensibles culturalmente.
3. Indicar las consecuencias inmediatas del consumo.
4. Combinar la difusión de información y las campañas de los medios de comunicación con otras intervenciones.
5. Proporcionar alternativas positivas para ayudar a los jóvenes que están en ambientes de alto riesgo a desarrollar habilidades personales y sociales de un modo natural y efectivo.
6. Reconocer las relaciones que existen entre el consumo de sustancias y la variedad de otros problemas de salud del adolescente.
7. Incorporar la identificación del problema y remisión a un tratamiento, de ser necesario, dentro de los programas de prevención.
8. Proporcionar transporte para asistir a los programas de prevención y de tratamiento.

Ámbito familiar

1. Incluir a toda la familia.
2. Ayudar a desarrollar el apego entre los pares en los programas; proporcionarles la comida, el transporte y pequeños obsequios; fomentar las salidas de la familia; ser sensibles culturalmente.
3. Ayudar a las familias de minorías a responder a las cuestiones culturales y raciales.
4. Desarrollar habilidades de crianza de los hijos.
5. Enfatizar el apego familiar.
6. Ofrecer sesiones en las que los padres y los jóvenes aprendan y practiquen habilidades.
7. Entrenar a los padres para que ambos escuchen e interactuen con sus hijos.
8. Entrenar a los padres a utilizar la disciplina de modo positivo y consistente.
9. Promover nuevas habilidades en la comunicación en la familia a través de técnicas interactivas.
10. Emplear estrategias para vencer la resistencia parental a los programas basados en la familia (ej., transporte gratuito).

(continuación)

11. Mejorar las habilidades de crianza y la conducta de los niños con apoyo intensivo (12 a 15 sesiones).
12. Mejorar el funcionamiento familiar a través de la terapia familiar cuando ello sea necesario.
13. Explorar la utilización de locales de la comunidad alternativos a la escuela para facilitar la intervención basada en la familia.
14. La utilización de videos para el entrenamiento y la educación pueden ser procedimientos efectivos y coste-eficientes para enseñar habilidades de crianza.

Ámbito de los iguales

1. Estructurar actividades alternativas y supervisar eventos alternativos que facilitan la interacción entre los iguales en lugares incompatibles con el consumo de drogas.
2. Realizar actividades alternativas para incorporar oportunidades para construir habilidades sociales y personales en jóvenes de ambientes de alto riesgo que no tienen tales posibilidades.
3. Diseñar programas alternativos intensivos que incluyan una variedad de aproximaciones y un compromiso sustancial de tiempo por parte de los participantes.
4. Comunicar las normas de los iguales contra el consumo de alcohol y de drogas ilícitas.
5. Implicar a los jóvenes en el desarrollo de programas alternativos.
6. Implicar a los jóvenes en intervenciones llevadas a cabo por iguales o que tengan componentes que llevan a cabo los iguales.
7. Oponerse a los efectos de las normas y conductas desviadas creando un ambiente para los jóvenes con conductas problema para interactuar con otros jóvenes no problemáticos.

Ámbito escolar

1. Evitar confiar únicamente en las intervenciones basadas en el conocimiento diseñadas para proporcionar información sobre las consecuencias negativas del consumo.
2. Corregir las concepciones erróneas sobre la prevalencia del consumo junto con otras aproximaciones educativas.
3. Implicar a los jóvenes en intervenciones con iguales o con intervenciones que tienen componentes que utilizan iguales.
4. Hay que proporcionar a los estudiantes oportunidades para practicar las nuevas habilidades adquiridas a través de aproximaciones interactivas.

(continuación)

5. Ayudar a los jóvenes a retener las habilidades adquiridas a través de sesiones de recuerdo.
6. Implicar a los padres en las aproximaciones basadas en la escuela.
7. Conseguir que exista un compromiso para la prevención del abuso de sustancias en la política de la escuela.

Ámbito comunitario

1. Desarrollar estrategias de prevención integradas y comprensivas más que eventos basados en la comunidad en un momento del tiempo.
2. Controlar el ambiente alrededor de las escuelas y en otra áreas donde se reúnen los jóvenes.
3. Proporcionar un tiempo estructurado con los adultos a través de su supervisión.
4. Incrementar las actitudes positivas a través de los servicios de la comunidad.
5. Las personas adultas que los guían si están altamente implicados tienen mejores resultados positivos.
6. Enfatizar los costes a los empresarios y empleadores que tiene el uso y abuso de drogas en sus trabajadores.
7. Comunicar una clara política de la compañía sobre el abuso de sustancias.
8. Incluir representantes de cada organización que tenga un papel en el cumplimiento de los objetivos de la organizaciones (coaliciones).
9. Retener a miembros activos de la coalición proporcionándoles gratificaciones u oportunidades en la organización.
10. Definir metas específicas y asignar responsabilidades específicas para su ejecución en los subcomités y grupos de trabajo.
11. Asegurar la planificación y un conocimiento claro para la efectividad de la coalición.
12. Plantear objetivos basados en los resultados.
13. Apoyar un gran número de actividades preventivas.
14. Organizarse a nivel del vecindario.
15. Evaluar los progresos desde una perspectiva basada en el resultado y hacer ajustes para el plan de acción para conseguir las metas.
16. Pagar al staff de la coalición como si fueran proveedores y facilitadores más que como organizadores directos de la comunidad.

Ámbito sociedad/ambiente

1. Desarrollar la conciencia de comunidad y de los medios de comunicación de masas en relación con las drogas.

(continuación)

2. Utilizar los medios de comunicación de masas adecuadamente.
3. Buscar los objetivos para cada mensaje proporcionados a los medios de comunicación.
4. Evitar el uso de figuras de autoridad.
5. Emitir los mensajes frecuentemente en un largo periodo de tiempo.
6. Emitir los mensajes a través de múltiples canales cuando el objetivo de la audiencia es probable que sea vista o escuchada.
7. Diseminar la información sobre los peligros de un producto o la industria que lo promueve.
8. Promover la colocación de advertencias mas visibles para el alcohol y el tabaco.
9. Promover las restricciones sobre el consumo de tabaco en lugares públicos y lugares de trabajo.
10. Apoyar las leyes de promover el aire puro.
11. Entrenar a las personas que beben bebidas alcohólicas a que conozcan las leyes restrictivas sobre el alcohol.
12. Incrementar la responsabilidad legal de los que venden bebidas alcohólicas.
13. Incrementar el precio del alcohol y del tabaco a través de impuestos.
14. Aumentar la edad mínima para comprar alcohol a los 21 años.
15. Limitar la localización y densidad de la venta de alcohol al por menor.
16. Emplear estrategias antidrogas de la comunidad.
17. Hacer cumplir las leyes para la edad mínima de compra utilizando operaciones de compra clandestina.
18. Utilizar grupos de la comunidad para proporcionar feedback positivo y negativo a los comerciantes.
19. Emplear frecuentes operaciones de control para hacer cumplir la ley.
20. Implementar leyes de «uso y pérdida» (ej., retirarle el carnet de conducir por conducir bebido).
21. Promulgar leyes y políticas de disuasión para los conductores negligentes.
22. Hacer cumplir las leyes para los conductores negligentes.
23. Combinar puntos de control del consumo de alcohol (sobriedad) combinado con pruebas de alcohol en aliento.
24. Retirar el carnet de conducir para los conductores negligentes.
25. Inmovilizar o confiscar el vehículo a aquellas personas culpables de conducir de modo negligente.
26. Aplicar a los conductores menores de edad las políticas de conducir negligente.

Adaptado de Gardner et al (2001).

6. CRITERIOS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1996) Y LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2000-2008 DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2000)

En España los documentos oficiales de referencia para la prevención de las drogodependencias, y para hacer una buena prevención, son los «criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias» y la «Estrategia Nacional sobre Drogas», ambos del Plan Nacional sobre Drogas, uno elaborado en el año 1996 y otro en el año 2000.

El documento «criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias» (Plan Nacional sobre Drogas, 1996) constituye la cristalización del trabajo preventivo realizado en España hasta ese momento, un análisis de la situación y la presentación de unos criterios básicos a seguir por parte de todos los programas preventivos que se realicen a partir de ese momento. Todo ello se ha hecho posible mediante lo que Martín (1997) considera un consenso institucional, técnico y social sobre la prevención de las drogodependencias, consenso al que se ha llegado por la madurez del campo y la existencia de buenas prácticas en muchos casos. Tanto desde el Plan Nacional sobre Drogas, como desde las Comunidades Autónomas a través de los planes sobre drogas, planes municipales y ONGs que trabajan en la prevención de las drogodependencias, es claro el avance que se ha conseguido respecto a décadas anteriores. Ello se ha visto favorecido por la mayor cantidad de medios, mejor formación técnica, incremento del número de programas, la evaluación de muchos de ellos y el reconocimiento de la utilidad social de la prevención de las drogodependencias. De ahí que para Martín (1997) son diez las propuestas de consenso para facilitar un trabajo más operativo, tal como se recogen en la tabla 21. Estas van desde principios bien asentados hoy en prevención, como a qué poblaciones nos tenemos que dirigir, tener adecuados criterios metodológicos, promover las estrategias globales, promover la participación de la familia, etc., a otros que ven más hacia el futuro, como difundir las buenas prácticas o incrementar la investigación preventiva.

Respecto a los principios básicos en que se deben basar los programas de prevención de drogodependencias, el citado documento de «criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias», propone tres principios básicos en los que se deben

Tabla 21
DIEZ PROPUESTAS DE CONSENSO EN LA PREVENCIÓN
DE DROGODEPENDENCIAS

1. Revisar el significado y alcance de las campañas dirigidas a la población general.
2. Procurar el desarrollo planificado y programado de las acciones preventivas.
3. Promover la aplicación de estrategias globales.
4. Buscar una mayor exigencia metodológica.
5. Anticipar las edades de los destinatarios de los programas de prevención y promover la participación de la familia.
6. Simultanear la prevención secundaria y la reducción de daños.
7. Priorizar las poblaciones de alto riesgo.
8. Propiciar la intervención comunitaria.
9. Incrementar la transferencia de metodología y difundir las mejores prácticas.
10. Acometer con decisión la investigación preventiva.

FUENTE: Plan Nacional sobre Drogas (1996).

basar los programas de prevención de las drogodependencias y que son los siguientes:

1. Deben tener un adecuada correlación con las características específicas del problema en el seno del colectivo social en el que se desarrolla el programa, debiendo para ello estar debidamente ajustado a la valoración previa de las necesidades.
2. Deben cumplir unas exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación.
3. Deben estar basados en teorías contrastadas, debiendo estar considerados, por tanto, como áreas de trabajo científicas.

Junto a estos principios se indica la necesidad de mantenerlos en el tiempo, incrementar la formación, hacer una planificación de las actuaciones por parte de las distintas administraciones que forman parte del Plan Nacional sobre Drogas, diseñarlos, planificarlos y ejecutarlos bajo los principios de la coordinación interinstitucional, descentralización, responsabilidad, autonomía en la gestión y participación activa de la sociedad civil.

Destaca también en el documento una serie de puntos que se debe tener en cuenta para la planificación, ejecución y evaluación de dichos

programas preventivos, como son, entre otros, la evaluación previa de necesidades, partir de un modelo teórico previo, tener los objetivos claramente definidos y a quién se dirige el programa, adecuación entre objetivos y estrategias, medios, evaluación, etc. En suma, se recoge de un modo sintético, claro y correcto unos puntos mínimos que aseguren la eficacia de las intervenciones preventivas.

Otro importante documento sobre la prevención está en la «Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008» (Plan Nacional sobre Drogas, 2000). La misma ha sido aprobada mediante un Real Decreto por el Consejo de Ministros el 17 de diciembre de 1999. Previamente fue discutida y consensuada con las comunidades autónomas, agentes sociales, junto a los distintos ministerios implicados. Antes de pasar a ser un Real Decreto dicha Estrategia Nacional sobre Drogas fue aprobada por la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas.

Debemos indicar que para enmarcar adecuadamente esta Estrategia Nacional hay que considerar que la Unión Europea ha aprobado un plan de acción sobre drogas para el período 2000-2004, que cubre todos los aspectos de las mismas. En lo que atañe a la prevención recomienda toda una serie de acciones, las cuales presentamos en la tabla 22. Aparte de lo que allí pone, luego se sugieren las estrategias concretas para llevar lo sugerido a la práctica, como campañas de información, programas preventivos, reducción de la oferta y de la demanda, acciones de salud pública, investigación, etc., que son las que manejamos habitualmente en este tema. Los estados miembros lo que han hecho, en mayor o menor grado, a partir de este documento aprobado por todos ellos, ha sido adaptar a su legislación y a sus peculiaridades estas recomendaciones. En el caso de España ya partía de documentos previos sobre drogas y esta Estrategia Nacional sobre Drogas ha sido una buena oportunidad para actualizar lo que se venía haciendo y armonizarlo con el resto de los países europeos.

La relevancia de esta Estrategias Nacional sobre Drogas, que va a abarcar los años 2000 a 2008, para la prevención es clara. Ya en su presentación se dice expresamente que «sin lugar a dudas, el eje fundamental de la Estrategia es la prevención. Una prevención que, como venimos repitiendo durante estos años, debe estar basada en la educación y en la formación de actitudes y valores, dirigida especialmente a los niños y jóvenes y tener muy en cuenta los consumos recreativos de fin de semana. La prevención, igualmente, debe enmarcarse en una perspectiva amplia dentro de lo que se denomina «Educación para la Salud». Entre los ámbitos prioritarios en los que esta prevención debe centrarse figuran el familiar y el escolar. Los programas escolares han adquirido gran alcance e interés en los últimos años, pero estamos obligados a tender a un proceso de paulatina generalización de la intervención en este ámbito. Asimismo, debe-

mos profundizar en otros espacios donde, si bien se han iniciado interesantes experiencias, aún queda mucho camino por recorrer: tal es el caso de la prevención en el medio laboral o los proyectos de colaboración con los medios de comunicación social.

Desde esta misma aproximación, la Estrategia resalta la necesidad de prevenir una serie de problemas sociales y sanitarios asociados al consumo de drogas, por lo que incluye entre sus objetivos diferentes actividades de detección y tratamiento de las patologías orgánicas y psicológicas ligadas a este consumo; todo ello en el contexto de una política de reducción de daños y riesgos coherente y dotada de los necesarios criterios de calidad» (Plan Nacional sobre Drogas, 2000, p. 2). También el documento insiste en que aunque le da prioridad a la prevención no puede dejar de lado otros aspectos centrales en las drogodependencias, como es la asistencia y la incorporación social.

Esta relevancia que se le da a la prevención lleva a que cuando se habla de las metas y objetivos de la Estrategia Nacional, una de las diez propuestas, la tercera, está dedicada a la prevención, indicándose específicamente en dicho punto lo siguiente: «Priorizar la prevención como la estrategia más importante para enfrentarse a este problema teniendo en cuenta los consumos emergentes de carácter recreativo, el alcohol y el tabaco. Pero se trata, fundamentalmente, de una prevención basada en la educación y dirigida de forma destacada a los niños y jóvenes para fomentar su maduración emocional y social, orientada al fomento de su capacidad crítica, su autonomía como personas y la clarificación y fortalecimiento de sus valores. Una educación, en suma, que les haga libres y capaces de adoptar decisiones más adecuadas para sus proyectos de vida y para su integración en una sociedad cada vez más tolerante y solidaria.

La prevención de las drogodependencias se interesará por evitar tanto el uso y abuso de drogas como otros problemas sociales y sanitarios asociados al consumo. Por ello resulta necesario incluir actividades de detección y tratamiento de las patologías orgánicas asociadas al consumo» (Plan Nacional sobre Drogas, 2000, p. 36).

Ya en el desarrollo de las áreas específicas de intervención, la prevención del consumo de drogas es uno de los tres apartados dedicados a la reducción de la demanda, junto a la reducción de daños y a la asistencia e integración social. Se indica la gran relevancia que se le da a la prevención de las drogodependencias, especialmente al alcohol, el tabaco y los consumos emergentes de carácter recreativo, considerando a la misma como el eje fundamental sobre el que se articula la Estrategia Nacional sobre Drogas. Parte del documento previo de «criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias», más atrás comentado, ampliándolo y actualizándolo.

La prevención del consumo de drogas en la Estrategia Nacional parte de unos principios de actuación, de los ámbitos prioritarios de intervención y de unos objetivos generales a lograr. En lo que atañe a los programas de actuación éstos son cuatro, como mostramos en la tabla 23. Los ámbitos prioritarios de intervención son el escolar, el familiar, el laboral, el comunitario y el de la comunicación social. En ellos no nos detendremos por ser bien conocidos y haber hablado de ellos en el primer capítulo. Finalmente, la Estrategia Nacional sobre Drogas plantea catorce objetivos generales para la prevención del consumo de drogas (tabla 24) junto a su temporalización para la consecución de objetivos fijada para el año 2003. De estos objetivos propuestos destaca la concordancia que hay entre objetivos generales y ámbitos prioritarios de actuación a partir de los principios de actuación.

Tabla 22
RECOMENDACIONES SOBRE ACCIONES QUE SE DEBEN PONER
EN MARCHA DENTRO DE LA PREVENCIÓN
DE LAS DROGODEPENDENCIAS DEL PLAN DE ACCIÓN DE LA UNIÓN
EUROPEA EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LA DROGA (2000-2004)

- Considerar la posibilidad de realizar estudios ulteriores y proyectos piloto sobre: (i) la detección precoz de tendencias modificadas del uso de drogas, ya sea de sustancias conocidas o de nuevas sustancias, y (ii) la evaluación del impacto de las medidas preventivas: ¿alcanzan los objetivos de las intervenciones? ¿cuál es el impacto en los individuos, en los grupos y a escala comunitaria?
- Mejorar la coordinación entre los proyectos y actividades de los organismos internacionales pertinentes y estimular la cooperación internacional entre los organismos públicos nacionales como forma de reforzar la puesta en común de la información.
- Adoptar un planteamiento más dinámico para la prevención y la reducción de los riesgos asociados para la salud, que debería basarse en una amplia estrategia que puede utilizarse para orientar una asignación rentable de los recursos.
- Desarrollar estudios piloto de los grupos destinatarios en el marco de la prevención y la reducción de los riesgos asociados, dada la extensión geográfica y la diversidad social y cultural de los Estados miembros. Tales estudios deberían basarse plenamente en un contexto amplio que permita comparaciones entre todos o al menos la mayoría de los Estados miembros.
- Desarrollar proyectos de prevención en el ámbito de la información e instrumentos educativos para los grupos destinatarios, teniendo en cuenta las directrices para la evaluación de proyectos de prevención elaborados

(continuación)

por el OEDT. Los resultados de los proyectos deberán presentarse con arreglo a dichas directrices.

- Continuar subvencionando el funcionamiento de redes destinadas a intercambios comunitarios relativos a la prevención local. Estas redes, si bien tienen debidamente en cuenta las exigencias de la política nacional, persiguen el objetivo de desarrollar estrategias municipales sobre drogas en colaboración con otras ciudades de los Estados miembros. El objetivo sería intentar lograr una cooperación entre las redes actuales comparables, y de esta forma, lograr quizá nuevos efectos de complementariedad.
- Desarrollar programas de formación relacionados con la prevención de la toxicomanía, destinados a desarrollar más intensivamente: (i) estrategias innovadoras de formación que faciliten el hacer frente a nuevos desafíos, y (ii) mecanismos de integración que garanticen una formación en la comunidad.

FUENTE: Comisión Europea (1999).

Tabla 23
PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS: PRINCIPIOS
DE ACTUACIÓN DE LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS
2000-2008

1. Los programas preventivos deberán abordarse de forma que se posibilite la sinergia de actuaciones en los ámbitos policial, sanitario, educativo, laboral, social, etc. Este componente de intersectorialidad abarca también la actuación de los diferentes niveles de las Administraciones y el movimiento social.
2. La corresponsabilidad social y la participación activa de los ciudadanos se consideran principios básicos sobre los que debe de asentarse cualquier intervención en este campo. Sólo desde el ejercicio de la responsabilidad individual y colectiva puede encararse con éxito un trabajo que necesitará del cambio de actitudes y comportamientos individuales y sociales para lograr construir una sociedad libre de la dependencia a sustancias. En este sentido, el papel de los medios de comunicación se considera también clave.
3. Otro pilar fundamental de cualquier estrategia preventiva será la promoción de la educación para la salud. Así, la educación sanitaria de la población general y la educación para la salud en la escuela se convierten en estrategias básicas a partir de las cuales se deberán diseñar programas y actuaciones.

(continuación)

4. En la actualidad no puede concebirse un área de prevención del consumo de drogas que, a su vez, no contenga medidas destinadas a la profilaxis y reducción de las enfermedades y trastornos infecciosos asociados.

FUENTE: Plan Nacional sobre Drogas (2000).

Tabla 24
PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS: OBJETIVOS GENERALES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2000-2008

1. Ofrecer a la población información suficiente sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias capaces de generar dependencia o cuyo uso puede entrañar riesgos para la población que las consume.
2. Potenciar la formación del personal docente de Educación Primaria y Secundaria sobre los problemas relacionados con el consumo de drogas.
3. Lograr que la mayoría de los escolares, al finalizar la educación obligatoria, hayan recibido información objetiva suficiente y formación adecuada sobre las consecuencias del uso y abuso de las drogas y adquirir destrezas, competencias y habilidades suficientes para abordar eficazmente su relación con las mismas.
4. Poner en marcha medidas de control sobre la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco que protejan a los menores de edad.
5. Elaborar un proceso de autorización y acreditación de la formación del profesorado y de los programas de prevención en el ámbito escolar y homologación de materiales didácticos para su utilización en el medio escolar como instrumentos de apoyo a los educadores en la prevención del consumo de drogas.
6. Desarrollar proyectos de investigación sobre prevención de las drogodependencias en el medio escolar, familiar y comunitario.
7. Promover acciones de formación y reciclaje de animadores socioculturales, monitores de tiempo libre y otros mediadores sociales, preferentemente juveniles, como agentes preventivos en drogodependencias.
8. Desarrollar instrumentos que permitan valorar los niveles de riesgo y de protección de una determinada comunidad y que faciliten la evaluación de la eficacia de las intervenciones.
9. Potenciar, en colaboración con los Servicios Sociales, las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPAS) y otras Entidades Sociales, el

(continuación)

desarrollo de programas preventivos dirigidos a las familias en general y a las de alto riesgo en particular.

10. Impulsar el desarrollo de programas basados en la evidencia científica, difundiendo para ello las mejores prácticas.
11. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en colaboración con los Planes Autonómicos sobre Drogas, incorporarán estrategias preventivas y de educación para la salud en todos los programas de drogodependencias llevados a cabo en el medio penitenciario.
12. Establecer, desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con los Planes Autonómicos, un plan de acercamiento hacia los profesionales de los medios de comunicación para potenciar acciones de sensibilización y formación en el ámbito de las drogodependencias y la comunicación social.
13. Estimular e implementar estrategias preventivas que incluyan actuaciones informativas, formativas y de modificación de actitudes, comportamientos y factores de riesgo en la población laboral.
14. Desarrollar programas y protocolos de diagnóstico precoz de problemas relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en los Equipos de Atención Primaria de Salud.

FUENTE: Plan Nacional sobre Drogas (2000)

7. LAS PRIORIDADES PREVENTIVAS SEGÚN IREFREA (2001)

Irefrea (2001), es una organización europea, de la que España forma parte, dedicada al estudio de los factores de riesgo en la niñez y adolescencia, habiéndose dedicado en estos últimos años fundamentalmente al campo de la prevención de las drogodependencias. Recientemente ha elaborado una guía de las prioridades preventivas, resumidas en un decálogo de la prevención que aparecen en la tabla 25. Irefrea (2001) parte de la importancia reciente de lo recreativo, como ha mostrado en varios estudios realizados tanto a nivel de varios países de Europa (Calafat et al., 1997, 1998) como en España (Calafat, Juan, Becoña, et al., 2000). En el momento actual la diversión, el ocio, y la vida recreativa, se han convertido en un nuevo fenómeno de una enorme relevancia en nuestra sociedad actual. Al tiempo esto ha permitido el desarrollo de una importante y potente industria recreativa que da sustento a la diversión. Los jóvenes son los principales consumidores de esta

nueva forma de vida, que cobra su máxima relevancia en los fines de semana. El consumo de drogas se ha convertido en una parte más de esta nueva forma de diversión en la vida recreativa, especialmente cuando el número de horas en que se sale son muchas, o incluso se sale 24 horas ininterrumpidamente o más. El consumo de drogas como el tabaco y el alcohol, junto al cannabis y cocaína o las drogas de síntesis, tienen una gran importancia en estas personas tanto para cambiar su estado de conciencia, y pasárselo mejor, como para resistir mejor la noche, la marcha o buscar nuevas sensaciones o ser como los demás. Esto facilita una baja percepción del riesgo, hay una tolerancia importante al consumo, una generalización de los consumos y la idea de que sin consumir se pasa peor que consumiendo. Aprender a divertirse se convierte así en un hecho de gran relevancia y un elemento más que hay que tener en cuenta en la prevención.

La propuesta que Irefrea (2001) propone para la prevención se formula del siguiente modo «entendemos que hay que incidir sobre un doble objetivo: los grupos de jóvenes que aún no se han iniciado en el consumo o cuyo consumo es muy ocasional y también sobre el colectivo que ya son consumidores. Se trata de dos colectivos con necesidades diversas. Hasta ahora ha habido un máximo interés en los problemas de los consumidores de riesgo, pero creemos que existe igualmente una necesidad real en ahondar en las necesidades preventivas de los no consumidores o de los consumidores ocasionales, pues con el enfoque habitual sobre los consumidores estamos construyendo un discurso exclusivo sobre el consumo, como si no tuviesen una entidad real los jóvenes que optan por no consumir, aquellos que en el ámbito recreativo adoptan una actitud realmente alternativa y que aunque son minoría existen». A partir de lo anterior se presenta un decálogo para la prevención, como mostramos en la tabla 25, el cual presenta algunos aspectos clásicos en la prevención (ej., retrasar la edad de inicio) y otros novedosos (ej., revisar las formas de relación entre adultos y jóvenes para que se adecuen al nuevo formato en que los jóvenes se divierten) dado que el enfoque al que se dirige la prevención es a las personas que están en la vida recreativa, que vienen a ser casi el conjunto de todos los jóvenes.

Tabla 25
DECÁLOGO DE LA PREVENCIÓN DE IREFREA (2001)

A continuación se exponen aspectos a tener en cuenta en el panorama de la prevención aplicada a ambientes recreativos donde participan los jóvenes y muy en relación con el consumo de drogas.

1. Retrasar la edad de inicio en las actividades recreativas que más se asocian al consumo de drogas.

(continuación)

Uno de los factores de riesgo con mayor valor predictivo sobre el abuso de drogas es iniciarse tempranamente en su uso. La edad en que los jóvenes se inician en la actividad de salir de marcha es crucial pues, en la situación actual, está muy ligada a una determinada cultura que promueve el uso de drogas. Retrasar su ingreso en estos ambientes tendrá repercusiones sobre su consumo.

2. Las estrategias preventivas deben no sólo adecuarse sino también influir sobre las subculturas juveniles.

Si somos conscientes de la gran fuerza que tiene sobre los jóvenes la cultura recreativa actual, las estrategias no deben crearse pensando únicamente en el impacto individual sino en el ambiente, deberían influir en los medios de comunicación, la música, la publicidad, los elementos simbólicos que llegan a los jóvenes.

3. Se debe prestar atención al género como vehiculizador del consumo. En los países europeos estamos asistiendo al progresivo aumento del consumo entre la población femenina. Las diferencias de género definidas en términos de desigualdades ha permitido que en las últimas décadas se elaboren políticas de igualdad unidireccionales. Es decir, orientadas a que las mujeres accedan a espacios masculinos que han sido, a través de la historia, valorados muy en positivo como es el consumo de drogas y, en especial, el tabaco y el alcohol. La actividad preventiva puede contribuir a elaborar un discurso de género más íntegro, menos androcéntrico, otorgando valores positivos al mundo femenino e invitando a los varones a que aprendan un poco más, por lo menos en cuestiones de drogas, de sus compañeras, y que éstas imiten un poco menos a los varones.
4. La socialización y la búsqueda del éxito social debería estar menos ligada al consumo de drogas.

En la actualidad el consumo, la posesión, el uso y el abuso de drogas actúan como elementos de la carrera hacia el éxito social. Tener éxtasis o cocaína en el bolsillo para invitar a los amigos actúa como un elemento de prestigio, al igual que tener un coche caro o vestir con indumentaria de marca. Las drogas son sustancias muy coherentes con el estilo consumista de nuestra sociedad y se adaptan a ella. Consumir drogas ayuda a incrementar la actividad para ser más sociable, más expansivo, más innovador y atrevido, o sea, prosperar según los baremos actuales que se vinculan al éxito social. Todo ello es también parte del nuevo etiquetaje incorporado a las sustancias y que debe ser desconstruido o por lo menos cuestionado en los programas de prevención.

5. Revisar las formas de relación entre adultos y jóvenes para que se adecuen al nuevo formato en que los jóvenes se divierten.

(continuación)

Para muchos adultos la posibilidad de tener tiempo libre, de acceder a los placeres de la diversión recreativa, de vivir la juventud despreocupadamente, de tener un cierto grado de libertad individual, etc., fue algo de lo que carecieron en su juventud o fue el resultado de una ardua conquista personal y social. Sin embargo, para los jóvenes actuales esos logros son parte de su normalidad, de su estilo de vida.

Algunos adultos proyectan en los jóvenes sus deseos, sus ganas de divertirse, sus frustraciones no resueltas... de tal manera que se crea una superposición de dos lógicas generacionales. Es decir, en el intento de algunos adultos de crear un mundo más idóneo para los jóvenes tienen dificultades para adaptarse a la situación actual donde el reto que tienen los jóvenes tiene que ver más con gestionar una abundancia de estímulos y posibilidades.

6. Necesidad de establecer un consenso en el ámbito científico y profesional sobre el significado y la prevención de los consumos recreativos.

La actuación preventiva ante las drogas en ámbitos recreativos se ha incrementado, pero también se constata que existe escasa investigación sobre las bases científicas para construir dichos programas y una falta de evaluación de las acciones. La mayoría de los proyectos preventivos son puntuales y consisten en proveer información a los jóvenes. Es frecuente que estos proyectos no se apoyen en modelos teóricos explicativos y conocidos y que no se tengan en cuenta otras experiencias anteriores evaluadas en el campo de la prevención.

Debe existir un mayor debate científico -y no tan sólo ideológico- que debe apoyarse en la construcción de un modelo teórico, en el conocimiento de los factores de riesgo y la evaluación de los programas preventivos. Es necesario que en Europa se centren energías en evaluar programas y construir modelos de acuerdo a nuestra realidad cultural.

7. Elaboración de información específica sobre los efectos de las drogas legales e ilegales.

En la investigación aparece como dato sorprendente la desinformación sobre los efectos y consecuencias del consumo de drogas en los jóvenes —en especial sobre los efectos negativos. Bien se sabe que disponer de información no supone automáticamente la adopción de cambios comportamentales. Pero desde luego más difícil es que alguien se planteé algún cambio en su vida si no tiene la más mínima información sobre la necesidad de hacerlo. Proponemos que haya más información disponible para los jóvenes, que tengan en cuenta las diversas sustancias, en especial las más consumidas como el tabaco, el alcohol y el cannabis. Obviamente esta información debe acompañarse de otras medidas preventivas.

(continuación)

8. Elaboración de estrategias que aumenten la percepción del riesgo. Esta estrategia no debe verse como incompatible con la reducción de riesgos en los consumidores recreativos.

Actualmente son mayoría aquellos programas preventivos centrados en la «reducción del daño». Presuponen que es difícil cambiar los hábitos de consumo y, en consecuencia, sólo se plantean actuar para disminuir los problemas ligados a estos consumos. Esta estrategia puede ser correcta si nos referimos exclusivamente a grupos de muy alto riesgo, pero precisamente porque son un grupo difícilmente alcanzable y poco permeables al cambio, sería un error centrar todas las energías preventivas en ellos. Es muy importante actuar sobre la mayoría de jóvenes que no se encuentran todavía en situación de alto riesgo aumentando su conocimiento sobre los problemas derivados del uso de drogas, dotándolos de capacidad críticas y de habilidades para manejarse en situaciones recreativas.

9. Intentar que el no consumo o el consumo moderado sea una opción culturalmente aceptada en los ambientes recreativos.

Estamos ante una situación en que parece que lo «culturalmente correcto» es el que más se divierte, el que más consume, llega más tarde a su casa, tiene más amigos, más relaciones sexuales, etc. Ello responde a una lógica cultural de una sociedad consumista, pero también a intereses económicos de la industria de la diversión que alimenta esta visión. Existe no obstante una importante mayoría que no sigue estas pautas, pero que lo vive muchas veces como una frustración. Es importante apoyar una «cultura de la moderación» o de la contención, para que los jóvenes puedan realmente elegir, y de esta forma ser más libres.

10. Crear contextos recreativos en que las condiciones medioambientales sean más saludables, implicando para ello a la industria recreativa.

Una parte importante de los problemas derivan de las condiciones físicas u organizativas de los ambientes en que tiene lugar la diversión. Nos referimos a salidas de emergencia adecuadas, temperatura de los locales, exceso de personas, entrenamiento del personal de las discotecas en evitar problemas y atender urgencias, disponibilidad de bebidas no alcohólicas a bajo precio, existencia de dispensadores de preservativos, transporte público adecuado, etc. Es importante crear una dinámica de colaboración entre la administración y la industria de la diversión.

Copyright de Irefrea-España 2001. Reproducido con autorización.

8. LA EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA PREVENCIÓN A TRAVÉS DE LA TÉCNICA DEL META-ANÁLISIS

Un modo de conocer que funciona y que no funciona en la prevención de las drogodependencias es mediante la técnica del meta-análisis. El meta-análisis, que viene a significar el análisis de los análisis, es una técnica de análisis estadístico de los estudios de investigación realizados en un campo del saber que nos permiten concluir si la aplicación de una intervención o de un tratamiento es más eficaz que la comparación con un grupo control o la no intervención. Concretamente, Glass (1976) define a esta técnica como «el análisis estadístico de una gran colección de resultados de análisis de trabajos individuales con el propósito de integrar los hallazgos obtenidos» (p. 3). Aunque en diversos campos científicos la utilización de la técnica del meta-análisis es habitual, como ocurre en el campo del tratamiento médico o psicológico (ej., Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000), en el campo de las drogodependencias se han realizado contados meta-análisis, a pesar de que su utilización puede hacerse como en otras áreas de la ciencia (Bangert-Drowns, Wells-Parker y Chevillard, 1997). Sólo disponemos de los realizados por Nancy S. Tobler sobre programas preventivos norteamericanos, pero que por su meticulosidad, extensión y calidad de la información analizada, como por sus conclusiones, son de referencia en este campo.

Nancy S. Tobler realizó tres meta-análisis, ampliando la información desde el primero hasta el más actual. El primero lo realizó en 1986, donde seleccionó 96 programas preventivos para su meta-análisis (Tobler, 1986, 1992a, 1992b). El segundo en 1993, donde seleccionó 120 programas preventivos (Tobler, 1994, 1997; Tobler y Stratton, 1997). Y, el último, en el año 1998 (Tobler et al., 2000). En el primer meta-análisis incluyó programas de los años 1972 a 1984; en el segundo de los años 1978 a 1990; y, en el último, de los años 1978 a 1998. El objetivo que subyace a estos meta-análisis es encontrar los ingredientes o elementos esenciales de los programas preventivos que hacen que la prevención funcione efectivamente (Tobler, 2000).

El primer meta-análisis que Tobler realizó en 1986 lo considera exploratorio. Los dos últimos están orientados a obtener conclusiones consistentes, sobre el contenido y el proceso de los programas preventivos en drogodependencias. Por ello, a continuación nos detendremos únicamente en los dos últimos meta-análisis realizados, el de 1993 y el de 1998.

En su meta-análisis de 1993 (Tobler, 1994, 1997; Tobler y Stratton, 1997) analizó un total de 120 programas preventivos, después de eliminar a un amplio conjunto de ellos, al aplicar los criterios de selección, que fueron los siguientes: a) programas de prevención del abuso de drogas de

ámbito escolar disponibles para todos los estudiantes (podrían también estar incluidos, aunque no como objetivo específico los dirigidos a estudiantes de alto riesgo), b) informar sobre medidas de consumo de drogas, c) utilizar un grupo de control o un grupo de comparación (los grupos de comparación tenían que tener tanto medidas de pretest como de postest), d) niveles escolares de sexto a doceavo (el quinto curso se incorporó si se consideraba que era una escuela media y/o se realizaba un estudio de investigación longitudinal), e) tenían objetivos de prevención primaria, secundaria y/o intervención temprana (no tenían como objetivo los consumidores adictos en tratamiento o con comportamiento abusivo/compulsivo), f) participación de todos los grupos étnicos que estaban comprendidos en la población escolar, g) aplicados en Estados Unidos y/o Canadá, y h) que habían sido publicados o presentados después del año 1977. A su vez consideró otros criterios adicionales para considerar a los estudios de alta calidad. Estos se referían a cuestiones como una buena calidad del pretest y postest, seguimiento, etc. Todo ello le llevó a especificar una serie de tipos de programas preventivos, dentro de cada uno de los cuales se indicaban los tipos de programas utilizados.

La variable independiente que utilizó fue el tipo de programa. Estos los agrupó en siete campos principales: conocimiento, afectividad, técnicas de rechazo de drogas, técnicas genéricas, habilidades de seguridad, actividades extracurriculares y otras. En la tabla 26 indicamos estas agrupaciones, aunque referidas al meta-análisis de 1998 (Tobler et al., 2000), donde lo que ha hecho es ampliar las anteriores categorías propuestas en 1993. Al tiempo utilizó la división de «interactivo» y «no interactivo» para indicar lo que realmente se hacía en el aula con el programa preventivo, considerando cuatro tipos distintos de apoyo en función de lo anterior, desde la nula o escasa interacción al mayor nivel de interacción. Combinando tipo de programa y el modo de desarrollar el contenido del mismo, para los cinco primeros tipos de programas, surgen los tipos de programa según contenido y proceso. La variable dependiente de estos programas suele ser la contestación confidencial a un cuestionario de papel y lápiz junto, a veces, a su confirmación mediante pruebas biológicas.

De los 595 estudios de programas de prevención dirigidos a la adolescencia, sólo 120 cumplían los requisitos para su inclusión en el meta-análisis. A su vez de éstos, 90 fueron considerados estudios de alta calidad. Los resultados indicaron que los 70 programas interactivos de ámbito escolar eran efectivos (*magnitud del efecto no ponderado*, MENP = 0,247, *magnitud del efecto ponderado*, MEP = 0,164), mientras que los 44 programas no interactivos fueron ineficaces (MENP = 0,058; MEP = 0,075). En el subanálisis con los programas de mayor calidad la anterior diferencia aún apareció más clara entre los programas interactivos y los no interactivos.

vos, favorable a los programas interactivos (MENP = 0,317; MEP = 0,214) respecto a los no interactivos (MENP = 0,017; MEP = 0,043).

Tabla 26
TIPO DE CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS SEGÚN
LAS ÁREAS GENERALES DE CONTENIDOS QUE CONSIDERA TOBLER
ET AL. (2000) EN SU META-ANÁLISIS

Tipos principales de programas	Contenidos
Conocimiento	Conocimiento de los efectos fisiológicos de las drogas a largo plazo Conocimiento de los efectos sociales y conductuales de las drogas a largo plazo Conocimiento de las influencias sociales y de los medios de comunicación de masas Conocimiento sobre el consumo actual de drogas por los iguales (educación normativa)
Afectivo	Autoestima y sentimientos Insight personal y autoconciencia Actitudes, creencias y valores
Habilidades de rechazo	Habilidades de rechazo relacionadas con las drogas Actividades de compromiso público Habilidades cognitivo-conductuales Grupo de trabajo/sistema de apoyo con adolescentes que no consumen drogas
Habilidades genéricas	Habilidades de comunicación Habilidades asertivas Entrenamiento en solución de problemas/toma de decisiones Habilidades de afrontamiento Habilidades sociales/compromiso social Búsqueda de metas Identificar alternativas
Habilidades de seguridad	Habilidades para protegerse uno mismo en una situación relacionada con las drogas Habilidades para proteger a otros iguales en una situación relacionadas con las drogas Medidas de seguridad ante la bebida/conducir
Actividades extracurriculares	Pagar actividades de trabajo o de formación Organizar actividades deportivas Organizar actividades culturales

(continuación)

Otros	Tiempo de actividades de ocio sin drogas
	Trabajo voluntario en la comunidad
	Consejo/facilidades/ayuda de los iguales
	Tareas para casa
	Refuerzos, economía de fichas o reforzamiento
	Implicación de los padres
	Coordinación e implicación de toda la comunidad
	Enseñanza de los iguales
	Presión de los iguales
	Componente de padres, comunidad o medios de comunicación

La magnitud del tamaño del efecto era mayor en aquellos estudios donde el tamaño de la muestra era menor; se mantenía igual con los seguimientos de 1, 2 y 3 años, aunque para los de más de 3 años era menor. Respecto a los seis grandes subgrupos de programas, el que obtuvo el mayor tamaño del efecto fue el de habilidades globales para la vida (MENP = 0,37), seguido por el de otros (MENP = 0,21) y el de programas de influencia social (MENP = 0,18). Estos tres tipos de programas son todos de tipo interactivo. De igual modo, cuando se compararon los programas por consumo de sustancias, esto es, dirigido al consumo de tabaco, alcohol o a otras drogas, los programas interactivos aparecieron como los más eficaces para cada una de ellas.

Este meta-análisis, que por su extensión y minuciosidad aporta muchos más datos que los esenciales que acabamos de exponer, muestra claramente la necesidad de considerar los programas preventivos, cara a su eficacia, en función de si son interactivos o no. También que los programas preventivos son eficaces para todo tipo de drogas, sea tabaco, alcohol u otras drogas.

El último meta-análisis sobre programas preventivos de drogas es el que finalizó Tobler en 1998 y que publicó recientemente (Tobler et al., 2000). En él incluyó 207 programas preventivos de drogas de tipo universal aplicados en la escuela. Todos ellos tenían un grupo control de comparación. Los criterios de selección de los estudios fueron: a) se evaluaron programas preventivos de drogas de tipo escolar disponibles para todos los estudiantes de la escuela, que puede haber incluido, aunque no estar especialmente dirigido, a jóvenes de alto riesgo, b) emplea medidas cuantitativas de consumo de drogas, c) usa un grupo control de comparación, con evaluaciones pretest y posttest, d) se aplica a los grados escolares del

sexto al doceavo año, más un pequeño número de programas para quinto, e) tiene objetivos de prevención primaria y/o secundaria y/o terciaria, no dirigiéndose a consumidores de drogas abusivos o dependientes en tratamiento, f) incluye la participación de todos los grupos étnicos que están en la escuela, y g) se han publicado en el periodo de 1978 a 1998. Como en el meta-análisis anterior, Tobler en éste también incluyó un subgrupo de estudios experimentales de alta calidad seleccionados con los mismos criterios que en 1993, básicamente de alta calidad metodológica (medidas, pretest-postest, seguimientos largos, etc.).

El contenido de los programas los clasificó en 34 tipos (ver tabla 26), los cuales a su vez agrupó en siete dominios principales: conocimiento, afectivos, habilidades de rechazo de drogas, habilidades genéricas, habilidades de seguridad, actividades extracurriculares y otras. Como en el meta-análisis anterior, los programas los clasificó en cuatro categorías, como: 1) sin interacción o con poca interacción (ej., presentación didáctica o presentar conocimientos a los estudiantes), 2) comunicación entre el estudiante y el profesor, pero raramente con sus compañeros, 3) programas que promueven discusiones de grupo estructuradas que animan la interacción entre ellos, y 4) los programas más interactivos. Con ello puede diferenciar a los programas preventivos en interactivos (los de las categorías anteriores 3 y 4) y en no interactivos (los 1 y 2).

De modo semejante a lo obtenido en el meta-análisis anterior, los programas interactivos tienen un MENP de 0.18, MEP de 0.15 y los no interactivos con MENP = 0.00 y MEP = 0.05. Lo mismo encuentra con los programas de alta calidad para los programas interactivos (MENP = 0.27, MEP = 0.16) y no interactivos (MENP = 0.03, MEP = 0.03). De igual modo, los programas incluidos dentro de los interactivos son los que obtienen los mejores resultados. Los mejores programas preventivos son los del cambio del sistema de vida (en muchos casos programas de educación para la salud) (MENP = 0.27), habilidades comprensivas para la vida (MENP = 0.17) y programas de influencia social (MENP = 0.12).

En la línea de su meta-análisis anterior, en éste encuentra que cuando la muestra es pequeña el tamaño del efecto obtenido es el doble que si es grande, tanto en los programas interactivos como en los no interactivos. Cuando hay abandono del programa, la efectividad es baja. Los mejores resultados se obtienen en los programas para prevenir el consumo de tabaco, especialmente en los interactivos; y, para el tabaco y otras drogas son más eficaces los interactivos que los no interactivos. Los programas de prevención del consumo de alcohol muestran solo una pequeña diferencia en eficacia que no es significativa. Sin embargo, en los programas de alta calidad, la relación anterior cambia radicalmente: los programas dirigidos al alcohol y a otras drogas de tipo interactivo son significativos, lo que no

ocurre en los de tabaco. De todos modos, es en los de tabaco en donde se obtienen los mejores resultados, sean interactivos o no interactivos, lo que puede llevar a que no haya diferencias en un tipo u otro de formato.

El tamaño medio del efecto obtenido para los programas interactivos ha sido de 0.15 (0.18 en el metaanálisis previo de Tobler y Stratton (1997)). Este es un tamaño del efecto bajo. Curiosamente, un análisis por décadas, indica que antes de 1990 los programas preventivos eran más eficaces que después del año 1990. Probablemente factores como la mayor publicidad de las drogas legales, tanto de modo directo como indirecto, y una cierta normalización de las drogas ilegales en las sociedades más desarrolladas, pueden estar en la base de esto, junto a no dedicar suficientes medios a la prevención o no utilizar las mejores estrategias disponibles en muchos de los programas preventivos en marcha, especialmente en Estados Unidos.

9. CONCLUSIÓN

Después de todo lo anterior es claro que tenemos en la actualidad suficiente información para saber qué podemos hacer y qué no debemos hacer en la prevención de las drogodependencias. Tanto distintas revisiones de la literatura, como las propuestas desde organismos de investigación (ej., NIDA, CSAP), de la administración (ej., Plan Nacional sobre Drogas), la de asociaciones científicas (ej., Irefrea) o los meta-análisis que se han realizado sobre los distintos programas preventivos, nos permiten saber qué es lo adecuado y qué es lo inadecuado que debemos hacer en el campo de la prevención de las drogodependencias. Por ello, hoy es claro que hay toda una serie de hechos bien asentados en el campo de la prevención de las drogodependencias que permiten al técnico saber qué hacer y al gestor o administrador poder evaluar aquello que se debe hacer y como hacerlo bien. Queda unir cada vez más los conocimientos técnicos con las demandas por parte de la administración, sea autonómica, local, etc., la de distintas ONGs y la de otras posibles demandas. Tiene que haber una concordancia entre los conocimientos técnicos existentes y el trabajo cotidiano que hay que realizar. Aunque la prevención de las drogodependencias puede ser un tema complejo en algunos ámbitos, momentos o lugares, es necesario ir avanzando en la línea de utilizar aquellos conocimientos útiles y efectivos para mejorar la eficacia de nuestras intervenciones y que el trabajo que realicemos sea valorado en su justa medida. Este es el camino adecuado. En capítulos posteriores iremos viendo otros aspectos más técnicos para poner en la práctica varios de los principios que en este capítulo se han indicado.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTÓN, A., MARTÍNEZ, I. y SALVADOR, T. (2001). *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias 2*. Madrid: Agencia Antidroga.
- BANGERT-DROWNS, R. L., WELLS-PARKER, E. y CHEVILLARD, I. (1997). «Assessing the methodological quality of research in narrative reviews and meta-analysis». En Bryant, I.K. J., Windle, M. y West, S. G. (Es.), *The science of prevention. Methodological advances from alcohol and substance abuse research* (pp. 405-429). Washington, DC: American Psychological Association.
- BECOÑA, E. (1994). «Introducción». En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. 1. Introducción* (pp. 15-20). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- BECOÑA, E., PALOMARES, A. y GARCÍA, M. P. (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- BOTVIN, G. J., BAKER, E., FILAZZOLA, A. D. y BOTVIN, M. (1989). «A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: one-year follow-up». *Addictive Behaviors*, 15, 47-63
- CALAFAT, A., JUAN, M., BECOÑA, E., FERNÁNDEZ, C., GIL, E., PALMER, A., SUREDA, P. y TORRES, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- CALAFAT, A., BOHRN, K., JUAN, M., KOKKEVI, A., MAALSTÉ, N., MENDES, F., PALMER, A., SHERLOCK, K., SIMON, J., STOCCO, P., SUREDA, M. P., TOSSMANN, P., VAN DER WIJNGAART, G. y ZAVATTI, P. (1999). *Night life in Europe and recreative drug use. Sonar 98*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- CALAFAT, A., STOCCO, P., MENDES, F., SIMON, J., VAN DE WIJNGAART, G., SUREDA, P., PALMER, A., MAALSTÉ, N. y ZAVATTI, P. (1998). *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- Centre for Substance Abuse Prevention (1997). *Selected findings in prevention. A decade of results from the Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.
- Comisión Europea (1999). *Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre un plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2000-2004)*. Bruselas: Comisión Europea.
- GARDNER, S. E., BROUNSTEIN, P. J., STONE, D. B. y WINNER, C. (2001a). *Guide to science-based practices 1. Science-based substance abuse prevention: A guide*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- GARDNER, S. E., BROUNSTEIN, P. J., STONE, D. B. y WINNER, C. (2001). *Guide to science-based practices 2. Promising and proven substance abuse prevention programs*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- GARDNER, S. E., BROUNSTEIN, P. J. y WINNER, C. (2001). *Guide to science-based practices 3. Principles of substance abuse prevention*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.

- GLASS, G. V. (1976). «Primary, secondary, and meta-analysis of research». *Educational Researcher*, 5, 3-8.
- HANSEN, W. B. (1992). «School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990». *Health Education Research*, 7, 403-430.
- IREFREA (2001). *Prioridades preventivas. Culturas recreativas y consumo de drogas*. Mallorca: Irefrea España.
- LABRADOR, F. J., ECHEBURÚA, E. y BECOÑA, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- MARTÍN, E. (1997). «La prevención en España hoy: Propuestas de consenso institucional, técnico y social». En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 67-84). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- MARTÍNEZ, I. y SALVADOR, T. (2000). *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga.
- MOSKOWITZ, J. M. (1989). «The primary prevention of alcohol problems: A critical review». *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-58.
- PENTZ, M. A., TREBOW, E. A., HANSEN, W. B., MACKINNON, D. P., DWYER, J. H., JOHNSON, C. A., FLAY, B. F., DANIELS, S. y CORMACK, C.C. (1990). «Effects of program implementation on adolescent drug use behavior: the Midwestern Prevention Project (MPP)». *Evaluation Review*, 14, 264-289.
- 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.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2001). *Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- SLOBODA, Z. y DAVID, S. L. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- TOBLER, N. S. (1986). «Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention program: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group». *Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.
- TOBLER, N. S. (1992a). *Meta-analysis of adolescent drug prevention program. Final report*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- TOBLER, N. S. (1992b). «Drug prevention programs can work: Research findings». *Journal of Addictive Diseases*, 11, 1-28.
- TOBLER, N. (1994). «Meta-analysis issues for prevention intervention research». En L. Collins and L. Seitz (Eds.), *Advances in data analysis for prevention intervention research. NIDA Research monograph 142* (pp. 342-403). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- TOBLER, N. (1997). «Meta-analysis of adolescent drug prevention programs: Results of the 1993 meta-analysis». En W. Bukoski (Ed.), *Meta-analysis of drug abuse prevention programs. NIDA Research Monograph 170* (pp. 5-68). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- TOBLER, N. S. (2000). Lessons learned. *Journal of Primary Prevention, 20*, 261-274.
- TOBLER, N. S., ROONA, M. R., OCHSHORN, P., MARSHALL, D. G., STREKE, A. V. y STACKPOLE, K.M. (2000). «School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis». *Journal of Primary Prevention, 20*, 275-336.
- TOBLER, N. S. y STRATTON, H. (1997). «Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research». *Journal of Primary Prevention, 18*, 71-128.

CAPÍTULO 4. LA NECESIDAD DE PARTIR DE UN MODELO TEÓRICO: TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los hechos más importantes que se han ido asumiendo en el campo de la prevención de las drogodependencias, y que sin duda alguna ha favorecido mucho su avance, ha sido la necesidad de partir de un marco teórico para comprender el problema del consumo de drogas y de cómo enmarcar la prevención en la misma. Realizar la prevención basada en una adecuada teoría o modelo nos permite poder manejar y cambiar los factores que facilitan el consumo y potenciar los que facilitan el no consumo. Es lo que se conoce como factores de riesgo y protección, como analizaremos más ampliamente en un capítulo posterior.

También hoy es indudable que una ciencia no se asienta hasta que tiene unas bases teóricas sólidas, las cuales adquieren su solidez de una investigación sistemática sobre ese campo del saber y se aportan conocimientos, datos y técnicas específicas al mismo. Es lo que ha ido ocurriendo en el campo de la prevención de las drogodependencias en las décadas pasadas.

La investigación sobre la prevención del consumo de drogas ha establecido las bases para el desarrollo de programas a través de la realización de investigaciones que se centren en la epidemiología y la etiología del comportamiento. Los resultados obtenidos en estas áreas definen numerosos elementos que deben ser incluidos en los programas para que tengan éxito (Hansen, 1997): 1) qué comportamientos están más necesitados de intervención; 2) las edades durante las cuáles deberían aplicarse las intervenciones; y, 3) qué procesos mediacionales tienen potencial para

convertir las intervenciones en resultados comportamentales. Claramente, la política de prevención de drogas debe partir del conocimiento científico de por qué unas personas abusan de las drogas mientras que otras no lo hacen (ej., Bry, 1996). Esto es lo que se conoce como factores de riesgo y factores de protección, aspecto éste que es uno de los más relevantes de los últimos años en este campo (Calafat, 1995; Graña, Muñoz y Delgado, 2000; Moncada, 1997). También sabemos, por distintos estudios longitudinales científicamente controlados (Botvin, 1995), que las intervenciones preventivas efectivas pueden reducir la tasa de futuros problemas comparado con la no intervención o comparado con el tratamiento habitual. De ahí que no poner en marcha programas preventivos eficaces, harán que el problema disminuya menos de lo deseado, se mantenga o incluso se vaya incrementando.

En cualquier tipo de intervención que pretendamos siempre nos guiemos por un modelo teórico. Un buen modelo teórico, a su vez, debe estar derivado de la observación, comprobación del mismo y elaboración de un marco conceptual que nos permita comprender esa parte de la realidad sobre la que elaboramos la teoría y, con ello, también poder predecir e intervenir en ello si es necesario.

Rudner (1966) definió una teoría como «un conjunto de principios relacionados sistemáticamente entre sí, que incluye algunas generalizaciones en forma de ley natural y este conjunto de principios son empíricamente comprobables» (p 10). Para Mitchell y Jolley (1992) mientras que una hipótesis es una predicción específica que puede ser comprobada, una teoría es más compleja que una hipótesis a causa de que está formada por un grupo de proposiciones relacionadas entre sí que intentan especificar la relación entre un grupo de variables y alguna conducta. Habitualmente una teoría resume un conjunto de evidencia empírica, pudiendo ser derivada de las hipótesis, explicar leyes o construir modelos.

Por su parte, un modelo es una teoría o grupo de teorías aplicada a un área específica o situación (Mitchell y Jolley, 1992). A menudo, el objetivo es describir la relación matemática exacta entre variables en una cierta situación. El coste de esta precisión es que los modelos son generalmente más limitados en el ámbito de la teoría general y pueden también ser menos parsimoniosos.

Finalmente, entendemos por ley (Mitchell y Jolley, 1992) a aquella teoría que ha sido verificada con certeza (ej., las leyes del aprendizaje). Suelen especificarse matemáticamente y los estudios que se hacen sistemáticamente con la misma la confirman una y otra vez, de ahí que sea universal y correcta. También partiendo de leyes establecidas podemos desarrollar teorías para explicar por qué distintos tipos de relaciones ocurren.

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

En el campo de las drogodependencias, por su juventud, no siempre ha habido, ni siempre hay, una concordancia entre la prevención, los programas preventivos y el modelo teórico o teoría que subyace a la misma (prevención) o a los programas preventivos. Lo cierto es que, como afirman Donaldson, Grahan y Hansen (1994), cuando disponemos de un programa basado en la teoría esto tiene tanto ventajas para el propio programa como para su evaluación. Estas ventajas pueden ser las de 1) ayudar a identificar las variables pertinentes y cómo, cuándo y quién debe evaluarlas, 2) permite identificar y controlar las fuentes de varianza extraña, 3) alerta al investigador sobre lo potencialmente importante o las interacciones intrusivas (ej., respuesta diferencial del sujeto al tratamiento), 4) ayuda a distinguir entre la validez de la implementación del programa y la validez de la teoría en la que se basa el programa, 5) dicta el modelo estadístico adecuado para el análisis de datos y la validez de las asunciones requeridas en ese modelo y, lo más importante, 6) ayuda a desarrollar una base de conocimiento acumulativo sobre cómo funciona el programa y cuándo funciona.

Sin embargo, una crítica común a muchos programas preventivos es carecer de una base teórica (ej., Moskowitz, 1989) o de ser ateóricos (ej., Werch, Meers y Hallan, 1992). En el campo de las drogodependencias, cuando nos detenemos a analizar las teorías que subyacen a la prevención de las mismas, nos vamos a encontrar con dos hechos. El primero, que disponemos de gran número de teorías, algunas contrapuestas y otras complementarias para explicar el fenómeno, pero que no siempre a partir de ellas se han elaborado adecuados programas de prevención. La segunda, que disponemos de buenos programas preventivos que no se han detenido en una adecuada o minuciosa elaboración de las bases teóricas de los mismos, dado su buen funcionamiento y tener menos interés en la base teórica que en los resultados (ej., Botvin, 1999). Aunque el segundo punto es adecuado a nivel operativo y pragmático, tampoco se debe descuidar el primero. Probablemente el punto medio está en tener buenos programas preventivos que se puedan explicar desde modelos teóricos adecuados.

A continuación vamos a exponer una síntesis de las teorías y modelos que consideramos hoy como más relevantes, de entre las existentes, y úti-

les cara a la prevención de las drogodependencias y para la elaboración de modelos teóricos, junto a otras que es necesario conocer. Las teorías y modelos seleccionados se caracterizan, además, por su actualidad, relevancia y apoyo empírico. Aunque es difícil hacer una clasificación que tenga un total consenso, de ahí que se hayan propuesto un gran número de ellas, nosotros las hemos dividido en: 1) teorías y modelos parciales o basadas en pocos componentes, 2) teorías y modelos de estadios y evolutivas y 3) teorías y modelos integrativos y comprensivos. A continuación exponemos resumidamente las mismas, que se pueden ver más ampliamente en Becoña (1999a), junto a una ampliación y actualización de algunas de ellas. En Becoña (1999b) también puede verse un resumen de las mismas.

Tabla 27
CLASIFICACIÓN DE LAS TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS

- | |
|---|
| <p><i>I. Teorías parciales o basadas en pocos componentes</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Teorías y modelos biológicos <ol style="list-style-type: none"> 1.1. La adicción como un trastorno con sustrato biológico 1.2. La hipótesis de la automedicación 2. Modelo de creencias de salud y de competencia 3. Teorías de aprendizaje <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Condicionamiento clásico 3.2. Condicionamiento operante 3.3. Teoría del aprendizaje social 4. Teorías actitud-conducta <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Teoría de la acción razonada 4.2. Teoría de la conducta planificada 5. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Del modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. a la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan 5.2. Modelo basado en la afectividad de Pandina et al. 6. Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico 7. El modelo social de Peele 8. Otros modelos teóricos <ol style="list-style-type: none"> 8.1. Modelo de Becker 8.2. Modelo de Burgess 8.3. El modelo de afrontamiento del estrés de Wills |
|---|

(continuación)

II. Teorías de estadios y evolutivas

1. Modelo evolutivo de Kandel
2. Modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente
3. Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al
4. Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie
5. Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb
6. Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz
7. Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos
8. Teoría de la socialización primaria de Oetting et al.

III. Teorías integrativas y comprensivas

1. Modelo de promoción de la salud
2. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura
3. Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.
4. Teoría interaccional de Thornberry
5. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor
6. Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor
7. Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de Botvin
8. Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et al.
9. Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis
10. Modelo de autocontrol de Santacreu et al.

2. TEORÍAS Y MODELOS PARCIALES O BASADOS EN POCOS COMPONENTES

Dentro de las teorías y modelos denominados parciales o basadas en pocos componentes, se incluyen una serie de ellos que se caracterizan por explicar el consumo de drogas con muy pocos elementos o componentes.

Esto no significa que las complejas tengan que ser mejores, pero a nivel didáctico y clasificatorio nos sirve para diferenciar unas de otras.

Dentro de este grupo consideramos las teorías y modelos biológicos, como es la adicción como un trastorno con sustrato biológico, donde se reduce la explicación del trastorno a una causa fundamentalmente biológica y la hipótesis de la automedicación, en donde el individuo consumiría la sustancia porque una vez que la ha descubierto, probado, y ha notado con ella sus efectos positivos, soluciona sus problemas, en muchos casos psicopatológicos, o su organismo precisa autoregularse mediante la misma (Casas et al., 1992).

Derivado del modelo de promoción de la salud y de la salud pública, que veremos posteriormente, está el *modelo de creencias de salud*. Este modelo fue elaborado originalmente por un grupo de investigadores de la sección de estudios del comportamiento del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos entre los años 1950 y 1960. Durante las últimas décadas este modelo ha sido una de las aproximaciones psicosociales más ampliamente utilizadas para explicar la conducta relacionada con la salud. Sus elementos fundamentales son la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas.

Desde mediados de la década de los años setenta, distintos autores abogan por un *modelo de competencia* como alternativa al modelo del déficit, que primaba hasta esos momentos. La clave de este modelo es intervenir anticipándose a los problemas para evitarlos, más que tratar de ayudar a los sujetos a superar los problemas (Costa y López, 1996). El modelo de competencia tiene dos objetivos fundamentales (Costa y López, 1996): 1) promover la competencia individual; y, 2) desarrollar comunidades y organizaciones competentes. La relación salud-enfermedad y la promoción de la salud depende de la mejora del entorno y del repertorio del individuo. El modelo de competencia tiene sus orígenes en el modelo teórico de prevención que propuso Albee (1982), para explicar el riesgo de presentar problemas de conducta. Posteriormente, Rhodes y Janson (1988) lo adaptaron para explicar el riesgo de comenzar a consumir drogas. Según estos autores, el riesgo de empezar a consumir sustancias se podría expresar a través de una fracción en la que en el numerador se colocaría el estrés y en el denominador el apego, las habilidades de afrontamiento y los recursos disponibles.

El modelo de competencia, desde la perspectiva del consumo de drogas, se centraría, principalmente, en dos clases de personas. Por un lado, los individuos que no han probado las drogas, para que no lleguen a iniciarse al consumo. Y, por otro, en los individuos vulnerables (ya bien hayan manifestado los primeros síntomas para un diagnóstico precoz o no

de consumo de sustancias) para llevar a cabo las estrategias de intervención preventivas adecuadas a las necesidades de los mismos.

Una teoría de gran relevancia para la explicación del consumo, para el tratamiento y para la prevención es la teoría del aprendizaje, en sus formulaciones del aprendizaje mediante condicionamiento clásico, operante y vicario.

La teoría del aprendizaje explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social. Sin embargo, se han propuesto explicaciones a partir de cada uno de los distintos paradigmas de aprendizaje, aunque en el momento actual el que permite explicar de modo comprensivo la conducta de consumo de drogas es la del aprendizaje social, especialmente para su inicio. Las teorías del aprendizaje tienen un gran apoyo empírico, fundamentan la psicología científica y se utilizan los principios, técnicas y procedimientos derivados del mismo en los programas preventivos (ver Becoña, 1999a), dado que se centra en el objetivo central de la intervención preventiva (como le ocurre igual en el tratamiento): cómo se aprende o adquiere una conducta y cómo se pueden aprender conductas nuevas o desaprender o debilitar las conductas que ya están en el repertorio conductual del individuo.

El condicionamiento clásico explica la adquisición y mantenimiento del consumo de drogas mediante la asociación inicial de un estímulo neutro o estímulo condicionado (ej., papelina) con el estímulo incondicionado (ej., heroína), lo que da lugar a una respuesta incondicionada (ej., placer) pero donde también aparecerá una respuesta condicionada asociada a la misma (ej., respuesta semejante a la incondicionada; esto es, placer), después del apareamiento una o más veces entre los estímulos y las respuestas, y por el valor e intensidad de la respuesta incondicionada y su asociación con la respuesta condicionada. En un momento la mera presencia del estímulo neutro o incondicionado puede producir la respuesta condicionada. El síndrome de abstinencia condicionada y la tolerancia condicionada también ocurren en las personas que consumen drogas (Graña y García, 1994), lo que explica la utilidad del paradigma del condicionamiento clásico. Este proceso se complementa con el del condicionamiento operante.

El condicionamiento operante explica la conducta de consumo de drogas por el valor reforzante de la autoadministración de drogas, al menos a nivel biológico y de mero aprendizaje. Las drogas son un potente reforzador (Graña y García, 1994), de ahí el que a las personas les «guste» y las consuman. Lo que no nos gusta, o nos es aversivo, lo desechamos o evitamos (ej., un objeto ardiendo). Como tal reforzador, el mismo mantiene la conducta (de búsqueda y consumo de drogas) por sus efec-

tos gratificantes (reforzamiento positivo) y para evitar los efectos negativos del síndrome de abstinencia que sigue a la falta de esa droga una vez que se ha establecido el proceso de abuso o dependencia (reforzamiento negativo). Los programas de reforzamiento, los estímulos discriminativos, y otros procesos (ver Becoña, 1999a; Graña y García, 1994) hacen que la conducta de consumo de drogas se asiente rápidamente y sea difícil su abandono o extinción. Además, en los individuos suelen estar presentes a un tiempo los procesos de condicionamiento clásico, operante y, en ocasiones, vicario o aprendizaje de modelos (Bandura, 1969), como veremos más adelante al hablar del aprendizaje social. Con todo, junto a los procesos de condicionamiento hay que considerar también los cognitivos, tan característicos del ser humano (Bandura, 1986) y los sociales.

Otro grupo de teorías que han tenido una gran relevancia desde mediados de los años 70 son las teorías actitud-conducta. De ellas destacan la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975) y la teoría de la conducta planificada de Ajzen (1988). Hoy es posible predecir en grado importante la conducta desde la actitud y creencias del sujeto, o desde componentes anteriores o relacionados con la misma como son la norma subjetiva, intenciones conductuales, etc. (Becoña, 1986).

El objetivo central de estas teorías es la predicción de la conducta desde la actitud o actitudes del sujeto y de las normas subjetivas, estando ambas mediadas por la intención conductual, en el modelo de Fishbein y Ajzen, y en el de Ajzen junto a las anteriores también por el control conductual percibido. El nivel alcanzado de predicción es adecuado por lo que atañe a la conducta desde la intención conductual, pero lo que consigue en menor grado la actitud y la norma subjetiva es predecir la intención que, aunque lo hace a nivel significativo, el grado de explicación que nos proporciona es menor. Lo mismo ocurre en la predicción de la actitud y la norma subjetiva desde sus componentes previos. Por ello, a pesar de que esta teoría se ha utilizado mucho en la década de los 70 y 80 ha decaído en los últimos años, especialmente en el campo de las drogodependencias. Aún así, esta teoría resultará útil cuando nos interesa predecir la conducta desde las intenciones, creencias, o actitudes (ej., Becoña, 1993), bien sola o combinada con otros componentes. Igualmente hay que reconocer que muchos programas preventivos se basan en la misma, en todo o en parte, para evaluar los componentes actitudinales, intención conductual y conducta. De ahí que se seguirá utilizando en los próximos años. En este caso una adecuada utilización de la misma es imprescindible para obtener buenos resultados.

En el caso de Ajzen (1988), con su teoría de la conducta planificada, ésta predice mejor que la anterior en aquellos casos en los que no es posible ejercer siempre un control voluntario o el control está fuera de la per-

sona. En cambio, para las conductas donde la persona puede ejercer un claro control sobre las mismas, esta teoría no mejora la predicción de la teoría de la acción razonada.

Otro grupo de teorías simples son las agrupadas como teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales, en donde se incluye el modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. (1986) y su versión más actualizada, la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996). En la primera, el modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. (1986) parte de la premisa de que los adolescentes buscan la aceptación y la aprobación para su conducta. Cuando su conducta se desvía de las expectativas de conducta de sus padres, profesores y otras personas a las cuales consideran importantes sus opiniones, ello se convierte en una fuente de malestar psicológico que deben resolver. Cuando pierden el favor de los adultos que les dan afecto y sus figuras de autoridad, entonces aparecen sentimientos de autorrechazo que requiere una respuesta correctiva o compensatoria.

Su versión actualizada, la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996) sintetiza teorías o elementos previos de la teoría del self, teoría del estrés, teoría del control, teoría de la asociación diferencial, teoría del aprendizaje social y teoría del rotulado. La diferencia de su formulación respecto a otras está en que asume que realizar un acto que se considera desviado respecto a una norma es visto como adaptativo por esa persona, en función del marco normativo particular de ella, y en donde lo considera adaptativo, o de las expectativas del grupo concreto que lo definen como adaptativo. Es necesario que la persona encuentre el modo de poder valorarse positivamente a sí misma a través de la valoración positiva de las personas que le rodean. Cuando no encuentra aceptación de las mismas, aún implicándose en conductas convencionales, entonces estará más motivada a implicarse en actividades no convencionales de tipo desviado. Con ello puede disfrutar de nuevas experiencias, refuerzos y sentimientos de autorrespeto. Llevar a cabo esto puede implicar realizar actos ilegales, lo que ahora no le preocupará, ya que rechaza las normas convencionales y se aleja de sus adultos de referencia. La explicación que da Kaplan (1996) para que la persona, una vez que ha realizado actos desviados se mantenga haciendo los mismos, es debido tanto al reforzamiento positivo como al debilitamiento de la disuasión de realizar actos desviados que tenía previamente. También a disponer de continuas oportunidades de realizar la conducta desviada. Además, la sociedad responde de modo opuesto a su conducta ante las primeras desviaciones, de ahí que le sea más difícil luego adaptarse a las normas de la sociedad convencional. Este autorrechazo se incrementa cuando le aplican sanciones negativas por su conducta desviada. De ahí que cuanto antes lleve a cabo

conductas desviadas, y si encuentra apoyo en otros desviados para las mismas, se le incrementan las expectativas para adecuarse a las conductas desviadas de ellos para así satisfacer sus necesidades.

Otro modelo propuesto para la explicación del consumo de drogas es el de la afectividad de Pandina et al. (1992), la cual consideran como un mecanismo clave en la determinación y el control de la conducta, haciendo énfasis en la relación entre el afecto negativo, un arousal elevado y la vulnerabilidad al abuso de drogas para comprender el desarrollo del consumo de drogas. Asumiendo que la naturaleza de la acción de las drogas es la postulada, cabría esperar que, aquellos sujetos en los que es más probable que encuentren atractiva y deseable la intoxicación con drogas, son los que crónicamente necesitan de niveles elevados de activación (o, de otra manera, que tienen una sensibilidad especial a la estimulación resultante de la activación) y quienes se pueden caracterizar como deprivados crónicamente de reforzamiento positivo. Es más, se hipotetiza que aquellos que están deprivados crónicamente de reforzamiento positivo estén dominados por persistentes y generalizados estados de ánimo negativo. En los individuos en los cuales el repertorio del reforzamiento está dominado por el reforzamiento negativo o castigo son vistos como deprivados de refuerzo. La satisfacción de estas necesidades y alivio de los estados de ánimo negativos puede, al menos temporalmente, ser lograda por la ingestión de drogas y la consiguiente intoxicación, lo cual sirve para activar, al menos temporalmente, los circuitos neurales asociados con el reforzamiento positivo y la aproximación. Dada la satisfacción, aunque sea temporalmente, el resultado de la intoxicación para los individuos con un perfil de alta afectividad negativa-activación, se espera que el uso, una vez iniciado, persistirá a través del tiempo y se incrementará en intensidad. Por lo tanto, los individuos con un perfil de alta afectividad negativa-activación serán más vulnerables para pasar de un consumo casual a otro experimental o de abuso.

Otro grupo de modelos y teorías se basan en el enfoque sistémico y en los modelos de familia derivados de ellos. Se parte de que el consumo de sustancias u otro tipo de problemas es la expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar (Waldrom, 1998). Sin embargo, a pesar de que estos modelos han tenido una gran relevancia en el tratamiento, y tiene una teoría explicativa sobre el posible inicio de la dependencia, no se ha desarrollado adecuadamente para ser aplicada al campo de la prevención de las drogodependencias, en el que ha recibido poca atención.

El modelo social de Peele (1985) se basa en el papel que tienen las adicciones en nuestro estilo de vida, sosteniendo que no es la sustancia o la conducta la que produce la adicción sino el modo como la persona

interpreta esa experiencia y como responde, tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual, a la misma. El modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse a sí mismo influyen de manera clave en la experiencia adictiva. No deja de reconocer que las experiencias pasadas, así como la personalidad y el entorno social, determinan ese estilo de enfrentarse ante la vida. Las drogas y las conductas que producen adicción se convertirían, pues, en muletillas que tiene la persona para afrontar mejor su vida ante situaciones de estrés, ansiedad, dolor, depresión, etc. El problema de la conducta adictiva es que lleva al individuo a verse bien como «equilibrado» con el mundo o bien como «derrotado» por el mundo, incapaz de hacer frente al funcionamiento cotidiano. El sentido de que la adicción le «domina» favorece no intentar en la mayoría de los casos superarla o encararse a ella.

Para Peele nuestra cultura favorece las adicciones al tener como valores centrales el logro y el éxito individual. Al ser difícil conseguirlo, el refugiarse en la adicción es un modo de ver la vida del lado opuesto. Al tiempo, al estar la vida más y más controlada por las instituciones, el individuo ve difícil controlar su propia vida y la adicción se convierte en un modo de escapar de esa situación. Dado que cada vez es más difícil afrontar la complejidad de nuestro mundo, especialmente en los jóvenes, el incremento de las adicciones se hace evidente.

3. TEORÍAS DE ESTADIOS Y EVOLUTIVAS

En este apartado se incluyen una serie de teorías que se basan o inciden en su nivel de explicación en los estadios o en el desarrollo evolutivo de las personas respecto a su madurez y el consiguiente consumo de drogas.

La primera de ellas, y más conocida, es el modelo evolutivo de Kandel. Básicamente, su modelo se basa en que el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales, donde se comienza por unas primeras sustancias de iniciación (drogas legales) que sirven de elemento facilitador para el posterior consumo de otras sustancias, especialmente marihuana en un segundo paso, y luego las drogas ilegales, en los que llegan a consumir finalmente éstas. Partió de la teoría de la socialización, centrándose especialmente en la relación de los padres e iguales en el desarrollo de los adolescentes. Los conceptos y procesos que maneja provienen fundamentalmente de la teoría del aprendizaje social y de la teoría del control (Kandel y Davies, 1992). La idea básica que plantea es que el consumo de drogas ilegales, marihuana, cocaína, heroína, etc., se producen de modo secuencial o evolutivo, partiendo del consumo de las drogas legales, el

alcohol y el tabaco (Kandel, 1975). Los estudios por Kandel realizados, tanto de tipo longitudinal como transversal, indican la existencia de cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales: 1) cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana, y 4) otras drogas ilegales. El consumo de drogas legales es el elemento intermedio que está entre el no consumo de ninguna sustancia y el consumo de marihuana, antes de pasar al consumo de otras drogas ilegales. Es también importante resaltar que en la década de los años 70 el modelo de Kandel ha aportado un elemento nuevo hasta ese momento inexistente en el campo de la prevención. Su modelo indica que no es necesario que la secuencia anterior se dé en todos los sujetos por igual. El consumo de una sustancia en una fase incrementa de modo importante y significativo la probabilidad de pasar a la siguiente fase de consumo. Hay varias influencias básicas que se relacionan con el consumo o no de las drogas ilegales. Los dos principales son la familia y los iguales, y a estos dos ha dedicado la mayor atención en sus estudios. Junto a ellos estarían los factores del individuo y otras conductas desviadas. Junto al contacto con las distintas sustancias también se tendrían dos tipos de influencia: la interpersonal y la intrapersonal o características personales (por ejemplo, la relación entre depresión y abuso de sustancias). La utilidad del modelo ha sido comprobada en varios estudios de seguimiento (ej., Kandel, 1996, 2002). Además, el patrón de evolución propuesto se ha encontrado tanto en hombres como en mujeres, en distintas edades, en personas de raza blanca y de color, lo que muestra un gran nivel de generalización.

Un modelo de estadios o etapas es el de Werch y DiClemente (1994), el modelo de etapas motivacionales multicomponente, basándose en los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1983). Para Werch y DiClemente (1994) habría un continuo de estadios, desde el no uso de la droga hasta el uso continuo. Estos estadios son cinco: 1) precontemplación, cuando no se considera utilizar drogas; 2) contemplación, cuando se piensa seriamente en iniciar el consumo de drogas; 3) preparación, cuando se pretende utilizarlas en el futuro inmediato; 4) acción, cuando se inicia el consumo; y, 5) mantenimiento, cuando se continúa el consumo.

Este modelo combina los estadios de adquisición de hábitos previos con los de cambio de hábito. La prevención primaria se orienta a ayudar a los jóvenes a mantenerse en el estadio de precontemplación o bien a que no pasen de la etapa de la experimentación al uso regular de las drogas. La diferencia de esto a la prevención secundaria está en que en ésta lo que se intenta es que se produzca un cambio que lleve a que deje de consumir drogas o a que continúe sin usarlas. Estos autores consideran al mismo tiempo los dos niveles de prevención, primario y secundario, dado

que según ellos se adecúa más a la situación real y permite llevar a cabo de un modo mejor las intervenciones preventivas.

El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al. (1998) se basa en un amplio conjunto de teorías o componentes de ellas, como la teoría del control social, el modelo del desarrollo social, la teoría de la conducta problema, la teoría del aprendizaje social y la teoría de los estados-expectativas. Los componentes que incluye este modelo son: adecuado apoyo familiar, adecuado apoyo social, cuidado y apoyo de los adultos en la vida del joven, altas expectativas sobre el joven por parte de otras personas relevantes para él en el mundo social, amplias oportunidades de aprender habilidades para la vida que tengan implicaciones relacionadas con el trabajo, oportunidades relevantes para asumir responsabilidades, oportunidades para participar y contribuir significativamente a los asuntos de tipo social, cultural, económico y público de la escuela, comunidad y gobierno, amplias oportunidades para demostrar habilidades y éxitos, y tener su rendimiento reforzado por otras personas para él relevantes en la escuela, la casa y por los otros adultos en su ambiente social.

En este modelo se da gran importancia a la familia como elemento básico de socialización de los valores dominantes de la sociedad. También se incluyen otros elementos sobre la vinculación del individuo al orden social, basada en la teoría del control social, aunque estos autores explican esta vinculación a través de la teoría del aprendizaje social y de los estados-expectativas. La primera para explicar que la conducta social es adquirida a través del condicionamiento vicario (imitación) con los procesos de reforzamiento y castigo. La de estados-expectativas se basa en la idea de que el modo en que pensamos y creemos es en gran parte una función de como los otros nos ven y nos tratan. Y, el modo como otros nos perciben está en gran parte condicionado por las expectativas que ellos puedan tener previamente. Esta teoría también se le conoce como el efecto Pigmalion o modelo de comunicación de expectativas.

El modelo de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996) plantea un modelo de la madurez sobre el consumo de drogas, basado en la autorregulación, donde algunos de los elementos clave son el control personal y la eficacia. Cuando estos fallan, el individuo responderá a sus necesidades inmediatas y a las presiones situacionales inmediatas. Además, es probable que no tenga metas personales o que éstas sean poco importantes, difíciles, costosas o improbables de conseguir. Esto le puede llevar a la alienación y al estado depresivo. Sus estudios confirman que conforme transcurre el tiempo, hay un descenso en el consumo de sustancias en el individuo, en sus amigos e incremento del número de parejas que se casan tanto en ellos como en sus amigos. Todo ello

indica, en palabras del autor, un incremento en la dirección de una mayor convencionalidad tanto en varones como en mujeres.

La teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996) recoge la información disponible sobre la teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz en adolescentes respecto al consumo de drogas. Esta teoría lo que afirma es que durante la adolescencia, y ante la experimentación de los roles adultos, el adolescente tendría dificultades para ejecutarlos adecuadamente en varias esferas de la vida. La asunción básica de esta teoría es que llevar a cabo actividades prematuras e implicarse en responsabilidades típicamente adultas en una temprana edad en la adolescencia interfiere con la adquisición de las habilidades psicosociales necesarias para el éxito posterior en esos roles cuando se es adulto. Precisamente, lo que plantea es que estas habilidades son las que se aprenden a lo largo del período crítico de la adolescencia, y el que se dean prematuramente impide un correcto aprendizaje de las mismas.

Dentro de esta teoría se consideran que hay dos etapas de gran importancia: la transición de la infancia a la adolescencia, cuando aparece la pubertad, y la transición de la adolescencia a la adultez temprana, cuando se producen eventos vitales importantes como el matrimonio o encontrar empleo. Esta diferenciación se basa en el hecho bien conocido de que existen hechos críticos en la vida que permiten la transición de unas etapas a otras de la misma y que según sea dicha transición el resultado será el adecuado o no. A uno de los aspectos a los que esta teoría ha dado más relevancia es a la pubertad, por el gran número de cambios que se producen en la misma. Junto al peso dado a la pubertad, que sería un claro factor biológico, esta teoría también da gran importancia a los factores personales y sociales, siguiendo lo que conocemos sobre los mismos adolescentes y en lo que otras teorías han encontrado empíricamente sobre ellos.

Glantz (1992) propone un modelo para explicar el abuso de sustancias, al que denomina *modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas*. El modelo de este autor está basado en los factores de riesgo que se han encontrado que están asociados con la etiología del abuso de sustancias (ej., factores neurológicos y genéticos, predisposición a conductas problema, factores psicológicos y psicopatológicos, factores ambientales y sociales) y en los principios básicos del desarrollo y de la psicopatología referida al desarrollo. Difiere de otros modelos etiológicos en su orientación psicopatológica referida al desarrollo y la inclusión en el mismo de los antecedentes de la primera infancia. En el período neonatal (0-3 meses) hipotetiza que los niños en alto riesgo serían aquellos que tienen un temperamento con las siguientes características: 1) una mayor labilidad e intensidad del afecto que la media de los niños de esta edad; 2) una menor capacidad para habituarse a nuevos estímulos o adap-

tarse al cambio; 3) mayor persistencia que la media de los niños de esta edad para responder a las situaciones que producen malestar; 4) más dificultad para ser tranquilizado por sus cuidadores; 5) menor regularidad en los ciclos biológicos. La vulnerabilidad sería el producto de la interacción de las características temperamentales del niño con las personas y las experiencias de su ambiente. Por lo tanto, el que el niño tenga sólo un temperamento difícil no es una condición suficiente para el posterior abuso de drogas. A partir de aquí propone cual serían los niños que tienen alto riesgo desde el nacimiento (3-10 meses) hasta la adolescencia.

Un modelo en la línea del anterior es el de Chatlos (1996), que denomina «modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas» y que sigue en su explicación varias etapas.

La teoría de la socialización primaria ha sido propuesta recientemente por Oetting y colaboradores (Oetting y Donnermeyer, 1998; Oetting, Deffenbacher y Donnermeyer, 1998a; Oetting, Donnermeyer y Deffenbacher, 1998b; Oetting, Donnermeyer, Trimble y Beauvais, 1998c). Su objetivo es solventar las limitaciones de las teorías anteriores dado que, según ellos, o analizan un sólo aspecto del problema (ej., variables biológicas, psicológicas o sociales) o no indican los elementos de unión de unos componentes con otros. Esta teoría se centra en las conductas problemáticas, donde el consumo de drogas es una de ellas.

La premisa fundamental de la teoría de la socialización primaria es que «aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales que son aprendidos. Las conductas sociales desviadas, tales como el uso de drogas, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. La desviación no es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y normas prosociales; tanto las normas prosociales como las desviadas son activamente aprendidas en el proceso de la socialización primaria» (Oetting y Donnermeyer, 1998, p. 998). Para ellos hay unas fuentes de socialización primaria que influyen sobre el individuo: la familia, la escuela y el grupo de iguales; influencias indirectas en la socialización primaria: rasgos de personalidad; y, fuentes de socialización secundaria, como son las características de la comunidad: vecindario, ciudad, área; urbanización; tamaño; tipo de ocupación; movilidad de la población; distribución de la población por edades; oportunidades sociales para participar en distintos grupos; pobreza; la familia extensa; los grupos que forman asociaciones: profesionales, sociales, deportivas, políticas, etc.; la religión e instituciones religiosas; y, el ambiente de los iguales en general.

Respecto al papel que tiene la socialización primaria en el consumo de drogas, esta teoría indica que éste se puede producir por dos vías:

1) la adicción a las drogas ocurre como un resultado de la socialización, y 2) por la dependencia de un estilo de vida basado en el consumo de drogas. En ello incluye el tipo de droga, su accesibilidad y grado de aceptación. Piénsese, por ejemplo, en la distinta valoración que existe si el consumo es de drogas legales, ej., alcohol y tabaco, o drogas ilegales como marihuana o cocaína. Cuando, aparte de la socialización, el consumo de drogas es parte del estilo de vida, suele deberse a su vinculación con los iguales desviados que han tenido un gran peso en su proceso de socialización. También reconocen que puede haber individuos susceptibles al consumo de drogas de base biológica, no psicológica. Por ejemplo, no asumen que se pueda consumir drogas para aliviar los problemas emocionales, aunque sí afirman que utilizando drogas la persona puede conseguir aliviar sus problemas emocionales y ello facilitar el que pase del uso a la dependencia.

Explican el paso del consumo de drogas al abandono mediante cambios (de ambiente, lugar, iguales), cuando el ambiente es intolerante con las drogas, al tener problemas físicos, etc.

4. TEORÍAS INTEGRATIVAS Y COMPRENSIVAS

Las teorías integrativas y comprensivas tienen como objetivo explicar la conducta de consumo mediante la integración de distintos componentes de diversas teorías, o bien plantean una teoría comprensiva que permite explicar por sí sola dicha problemática. Las más relevantes se resumen a continuación.

Uno de los modelos de más relevancia es el de promoción de la salud, también a veces conocido como de la salud pública, el cual se aplica a un gran número de ámbitos de tipo sanitario. El modelo de promoción de la salud, auspiciado por la Organización Mundial de la Salud en 1986 tiene como antecedente la declaración de Alma Ata de 1978. Es un modelo de salud pública donde da gran relevancia a la asistencia sanitaria, cómo mejorarla y a los factores culturales, económicos, sociales, políticos y organizativos que inciden en dicha asistencia. Tiene una comprensión holística de la salud, la cual se considera un derecho humano fundamental. Parte de la «salud para todos» como un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico, como se concluyó en la Declaración de Yakarta (World Health Organization, 1997) y pretende ser un modelo universal para la mejora de la salud de toda la humanidad. Los conceptos fundamentales de la promoción de la salud son (World Health Organization, 1998): salud, prerequisites de la salud, promoción de la salud, salud para todos, salud pública, atención primaria de salud, pre-

vinción de la enfermedad y educación para la salud. Las estrategias básicas que utiliza son el establecer una política pública saludable, crear entornos que apoyan la salud, fortalecer una acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los recursos sanitarios (Green y Kreuter, 1991). Viene a ser un modelo general e integrador que sirve de paraguas para muchas intervenciones a partir del mismo, siendo la educación para la salud el elemento operativo para llevar sus acciones a la práctica. De ahí que partiendo del mismo, y utilizando las estrategias de educación para la salud en muchos casos, se realizan intervenciones preventivas como las hay también en drogodependencias, en distintos países europeos (Burkhart, 2001).

La teoría del aprendizaje social, red denominada más actualmente como teoría cognitiva social, propuesta por Bandura (1986) es una de las teorías más utilizadas e importantes dentro del campo de las drogodependencias. Es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. Dentro de los programas preventivos su utilidad es clara (Abrams y Niaura, 1987; Cleaveland, 1994), dado que varios de los programas preventivos más eficaces parten de la misma, utilizan alguno de sus componentes o los sustentan junto a otras teorías. Igualmente, distintas teorías se han fundamentado en ella, como uno de sus elementos, o han utilizado elementos de la misma, para fundamentarlas. Por otra parte, la misma ofrece un modo idóneo de poder conceptualizar el problema de la dependencia a las distintas sustancias, considerando los distintos elementos que llevan a su inicio, mantenimiento como al abandono de las mismas.

Bandura, a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en el condicionamiento clásico y operante, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta: 1) el primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico; 2) el segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; y, 3) el tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969), red denominada más actualmente teoría cognitiva social (Bandura, 1986), insiste hoy en el concepto de autoeficacia como un componente central de la misma y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición,

mantenimiento y cambio de la conducta. Es una teoría comprensiva de la conducta humana que considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos, y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona.

A pesar de que la utilización del modelado y de las técnicas de habilidades sociales son frecuentes en el campo de la prevención de las drogodependencias, no se ha desarrollado ningún programa preventivo basado exclusivamente en la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social (Cleaveland, 1994), y en los componentes que la forman, como autoeficacia, modelado, motivación, retención, etc., aunque muchos programas preventivos utilizan parte de estos componentes, o parten de la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social (ej., Botvin, 1999).

El modelo del desarrollo social, desarrollada por Catalano, Hawkins y sus colaboradores, es una teoría general de la conducta humana cuyo objetivo es explicar la conducta antisocial a través de la especificación de relaciones predictivas del desarrollo, dando gran relevancia a los factores de riesgo y protección (Catalano y Hawkins, 1996). Su modelo integra otras teorías previas que han tenido apoyo empírico, como son la teoría del control, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial.

El modelo del desarrollo social hipotetiza que son similares los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial. Asume que la persona pasa por varias fases a lo largo del curso de su vida. Dan gran peso a los factores de riesgo y protección. Los tres elementos básicos que incorpora el modelo de desarrollo social son la inclusión tanto de la conducta delincuente como la del uso de drogas en un mismo modelo; una perspectiva de desarrollo, lo que lleva a submodelos específicos para las distintas edades: preescolar, escuela elemental, escuela media e instituto; y, la inclusión de los factores de riesgo y protección para la delincuencia y el uso de drogas.

La asunción principal de este modelo es que los seres humanos son buscadores de satisfacción y que la conducta humana depende del interés percibido por la persona de sus actos; esto es, las personas se implican en actividades o interacciones a causa de la satisfacción que esperan recibir de ellas. Claramente esta asunción está derivada de la teoría del aprendizaje social. Además, las experiencias proporcionan información empírica que sirven para las acciones futuras. Esto se basa en la teoría de la asociación diferencial. La segunda principal asunción de esta teoría es que existe un consenso normativo en la sociedad o lo que es lo mismo, unas «reglas del juego».

El modelo del desarrollo social asume una serie de pasos o desarrollos que van a llevar a una conducta prosocial o antisocial. Estos son, para la

vía prosocial, de oportunidades percibidas para la interacción e implicación prosocial, implicación en actividades e interacciones prosociales, habilidades para la interacción e implicación, refuerzos recibidos de las actividades e interacciones prosociales, apoyo y compromiso hacia otros prosociales y actividades prosociales, creencia en el orden moral y oportunidad percibida para la interacción prosocial y la implicación en el siguiente período. Para la conducta antisocial los mismos componentes en la vía antisocial, junto a la conducta antisocial antes del último elemento del modelo. La teoría hipotetiza que la conducta del individuo será prosocial o antisocial dependiendo de las conductas, normas y valores predominantes que tienen aquellos a los que el individuo está vinculado. Esto se basa en gran parte en la teoría del control social.

La ventaja que tiene el modelo del desarrollo social, como otros, es que partiendo de los componentes del mismo se pueden diseñar programas preventivos de drogas. Interviniendo en aquellos puntos que causan el consumo de drogas se pueden interrumpir, con dichas medidas preventivas, lo que se consideran procesos causales que van a llevar al consumo. Los autores del modelo (ej., Catalano et al., 1996) llegan a afirmar que es posible intervenir en todos los pasos del mismo, aunque ello exige intervenciones múltiples al incluir múltiples factores, algunos de ellos de gran relevancia pero que se basan en elementos complejos (Hawkins, Arthur y Catalano, 1995).

Thornberry (1987, 1996) ha propuesto una teoría interaccional de la delincuencia aplicable al consumo de drogas. La misma combina elementos de las teorías del control social y del aprendizaje social. Según la misma, la conducta desviada es el resultado tanto de la débil vinculación de la persona con la sociedad convencional como de un pobre ambiente social donde la conducta adecuada puede ser aprendida y reforzada. Las conductas delinquentes se desarrollan de modo dinámico a lo largo del curso de la vida, donde interactúan múltiples procesos a lo largo del tiempo.

La conducta desviada no es vista como meramente un resultado de este proceso, sino también como una causa tanto de una mayor debilidad en las vinculaciones sociales como de una mayor implicación en varias desviaciones sociales. Por ello, el primer elemento relevante para que se produzca una conducta delincuente es tener bajos vínculos convencionales. De ahí que aquellos adolescentes que están estrechamente unidos a sus padres, que creen en los valores convencionales y que están claramente comprometidos con la escuela y otras actividades convencionales tienen pocas probabilidades de implicarse en conductas delinquentes. Además, suelen estar dentro de redes sociales convencionales, con lo que a su vez les disminuye más las probabilidades de delinquir. En el otro lado, si los lazos convencionales son débiles o no existen y hay pocos

controles sociales sobre la conducta, las oportunidades para delinquir aumentan. Sin embargo, para que se produzca un patrón estable de delincuencia es necesario un ambiente social en que se pueda aprender la conducta delincuente y ésta sea reforzada. Por ello, estar con iguales delincuentes, con valores delictivos, es aquí relevante para que se consolide la conducta. Con todo, como insiste esta teoría, la relación entre estas variables es dinámica y no estática, bidireccional entre las variables y modulado por el período evolutivo de la persona a lo largo del tiempo.

Una teoría bien conocida es la de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977). Desde su formulación, ha sido un punto de referencia, y recientemente ha hecho algunas reformulaciones (ej., Jessor, 1992, 1993), a partir de la cual ha elaborado una nueva teoría, la denominada teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes. Un resumen amplio de la teoría de la conducta problema puede verse en Becoña (1999a). En su última formulación, la teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes, Jessor considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados de riesgo. Da un gran peso para la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes a la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación, los cuales son un elemento fundamental en mantener una parte de la población adolescente en lo que se ha denominado «en riesgo» (Jessor, 1991).

La implicación que tiene esta teoría tanto para la prevención como para la intervención (Jessor, 1991) es que un abordaje comprensivo es más eficaz que un abordaje parcial. Además, con un abordaje comprensivo es más probable que sea exitoso y que los efectos se mantengan a largo plazo. En ellos, tal como propugna esta teoría, se deben reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos jóvenes que viven en ambientes sociales adversos. Pero quizás uno de los principios que subyace a la teoría de Jessor es no cargar toda la responsabilidad en el individuo, ya que también es de gran importancia la responsabilidad del contexto social en causar y mantener muchas conductas de riesgo, con lo que se exige también un cambio en el mismo, como son algunos de los factores que para él están en la base de muchas de estas conductas problemas, como son la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación.

Recientemente Botvin (1999) ha presentado el por él denominado «modelo integrado general de la conducta de uso de drogas». Botvin, que ha desarrollado un programa preventivo efectivo (Botvin, 1995), había en años previos esbozado los elementos que sostenían el mismo pero no los había operativizado formalmente en un modelo. En él parte de varias aproximaciones, como la de influencia social, la de mejora de la competencia y de la evaluación empírica de los programas preventivos de dro-

godependencias. Su modelo, como él mismo lo denomina, es un «modelo integrado general» aplicado a la conducta de consumo de drogas. Es un modelo eminentemente descriptivo para fundamentar su programa preventivo. Lo fundamenta en la teoría del aprendizaje social, en la teoría de la conducta problema, en el autodesprecio, la comunicación persuasiva, la teoría del cluster de iguales y el constructo de búsqueda de sensaciones. En él hay tres componentes centrales: los componentes históricos y formativos; los sociales y los personales, todos los cuales explican la conducta de consumo de drogas. Dentro de cada uno de ellos a su vez diferencia varios: factores demográficos, biológicos, culturales y ambiente para los componentes históricos y formativos; factores de la escuela, familia, medios de comunicación e iguales para los factores sociales; y, las expectativas cognitivas, las competencias y habilidades personales, las habilidades sociales y los factores psicológicos para los factores personales. A su vez subdivide cada uno de los factores en distintos componentes, lo que le facilita una fácil operativización de cada componente.

Calafat et al. (1992) han elaborado el programa preventivo «Tú decides», el cual no sólo es uno de los programas preventivos más utilizado en España sino uno de los mejor evaluados. Este programa se basa de modo importante en los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas junto a la inclusión, a lo largo de una década, de diversos componentes que han ayudado a incrementar su eficacia. El mismo se basa en el modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan, dado que «las causas o factores que hacen o facilitan que los individuos se interesen por las drogas tienen que ver con toda la dinámica personal y social anteriores al contagio con la drogas. Incluso en contactos más o menos casuales, hay muchos otros factores que tienen mayor peso que la droga en cuestión. Por esto se puede decir, aunque parezca paradójico, que la droga no es un factor de riesgo en la drogadicción» (Calafat et al., 1992, p. 7). Esto va en la línea de los múltiples factores que se asocian al consumo de drogas, donde la droga es un elemento pero no es el único elemento a considerar. Para Calafat et al. (1992) esos múltiples factores asociados al consumo de drogas los encuadran como factores de riesgo y factores de protección. En la que denominan red de factores de riesgo y protección, consideran la coherencia social y los hábitos de consumo de la sociedad, la familia, la escuela, el uso del tiempo libre, la relación con los padres, la relación con los compañeros, la información, la personalidad, la actitud, la experiencia con otras drogas y el consumo. Se incluyen, como es apreciable, los factores que son más relevantes para que la persona consuma o deje de consumir. La prevención se orienta, precisamente, a influir sobre estos factores de riesgo y protección para que el individuo no consuma (Calafat, 1995). Uno de los componentes psíquicos que

han específicamente estudiado ha sido la relación entre la depresión, la depresividad y la adicción (Calafat y Amengual, 1991).

La teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (ej., Petraitis et al., 1995) es una teoría comprensiva que agrupa varios elementos de distintas teorías relevantes que se han utilizado en el campo de la salud y, muchos de ellos, en el campo de las drogodependencias. Considera varios niveles para explicar las causas de la conducta que van desde los niveles más próximos, pasando por los lejanos y finalizando en los últimos o finales. Estos se relacionan con tres grupos de influencia que se mueven a lo largo de esos niveles: 1) las influencias culturales y ambientales sobre el conocimiento y valores que influyen las actitudes, 2) las influencias contexto-situación social sobre los vínculos sociales y el aprendizaje social, influyendo las creencias sociales normativas; y, 3) las influencias intrapersonales sobre la determinación y control de uno mismo y las habilidades sociales, que conducen a la autoeficacia. A su vez, junto a estos elementos generales, hay un importante número de interacciones e influencias, tanto entre los grupos de influencia como entre los niveles.

Como ya había apuntado Bandura (1986), y posteriormente otros autores, Flay y Petraitis (1994) consideran que la conducta es fruto de la situación, la persona y el ambiente. Al mismo tiempo, las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales influyen de modo independiente y afectan de modo interactivo las decisiones sobre actuar o no de un cierto modo (ej., consumir o no una sustancia). Los elementos intermedios de influencia que considera son: 1) lo que el individuo extrae desde sus ambientes, situaciones y rasgos básicos; 2) las expectativas que tiene sobre la conducta y su evaluación de esas expectativas; y, 3) sus cogniciones relacionadas con la salud. Esta teoría lo que pretende es considerar tanto los factores directos como los indirectos que afectan a la conducta. Igualmente pretende que sirva para explicar tanto las conductas habituales como las nuevas conductas.

Un elemento final de la teoría que tiene una gran relevancia es la toma de decisiones. Según esta teoría, la toma de decisiones es un proceso dinámico. Esto es, la decisión inicial y las experiencias con las conductas relacionadas con la salud, que proporcionan feedback al sujeto, influyen las sucesivas decisiones sobre las mismas.

El modelo de autocontrol de Santacreu et al. (1991, 1992; Santacreu y Froján, 1992) ha sido elaborado para la génesis y mantenimiento del consumo de drogas basado fundamentalmente en el autocontrol y partiendo del modelo bio-psico-social. Consideran que el desarrollo de la génesis del problema surge por el intento del adolescente de conseguir fuentes de refuerzo alternativas a las que ya tiene o le ofrecen, concretamente para buscar independencia del refuerzo paterno y, al tiempo, conseguir cierta

capacidad de autocontrol. Por su propio desarrollo evolutivo, el adolescente busca refuerzos alternativos a los que hasta ese momento obtenía en la familia. El autocontrol se aprende durante la adolescencia, cuando la persona tiene la posibilidad de elegir y puede organizar su tiempo y sus objetivos. El autocontrol lo puede adquirir para respuestas aisladas o bien adquirir una habilidad general de autocontrol. A su vez el proceso de autocontrol se va adquiriendo a través de la ejecución de distintas conductas por parte del individuo, lo que implica a su vez una interacción con el medio en que ésta se lleva a cabo. Algunas de las habilidades de autocontrol características son la resistencia a la agresión tras la frustración, la resistencia a la transgresión, la regulación de la autoadministración de refuerzos y la resistencia a la tentación.

Para los programas preventivos, proponen que, dado que la habilidad de autocontrol se aprende, este concepto resulta de gran utilidad en los mismos y se debe tener en cuenta tanto cuando se elaboran programas preventivos como cuando se implantan los mismos. Un programa de este tipo tendría que cumplir los siguientes requisitos: 1) definir las características de la población a la que va dirigido y la identificación de los factores de riesgo de la misma, 2) identificar y analizar los factores que determinan la aparición del problema en cuestión, y 3) diferenciar entre lo que es la génesis del problema que se quiere prevenir y lo que es el mantenimiento del mismo.

5. RELACIÓN ENTRE TEORÍA Y MODELO Y PROGRAMA PREVENTIVO

Tener un modelo significa tener una visión de la realidad. Pero esta visión de la realidad debe acercarse lo más posible a la misma y no introducir en ella nuestros sesgos. De ahí que un buen modelo es aquel que tiene la suficiente base empírica como para poder ser aceptado por el mayor número de personas y a través del mismo poder confirmar que tiene una buena adecuación a la realidad.

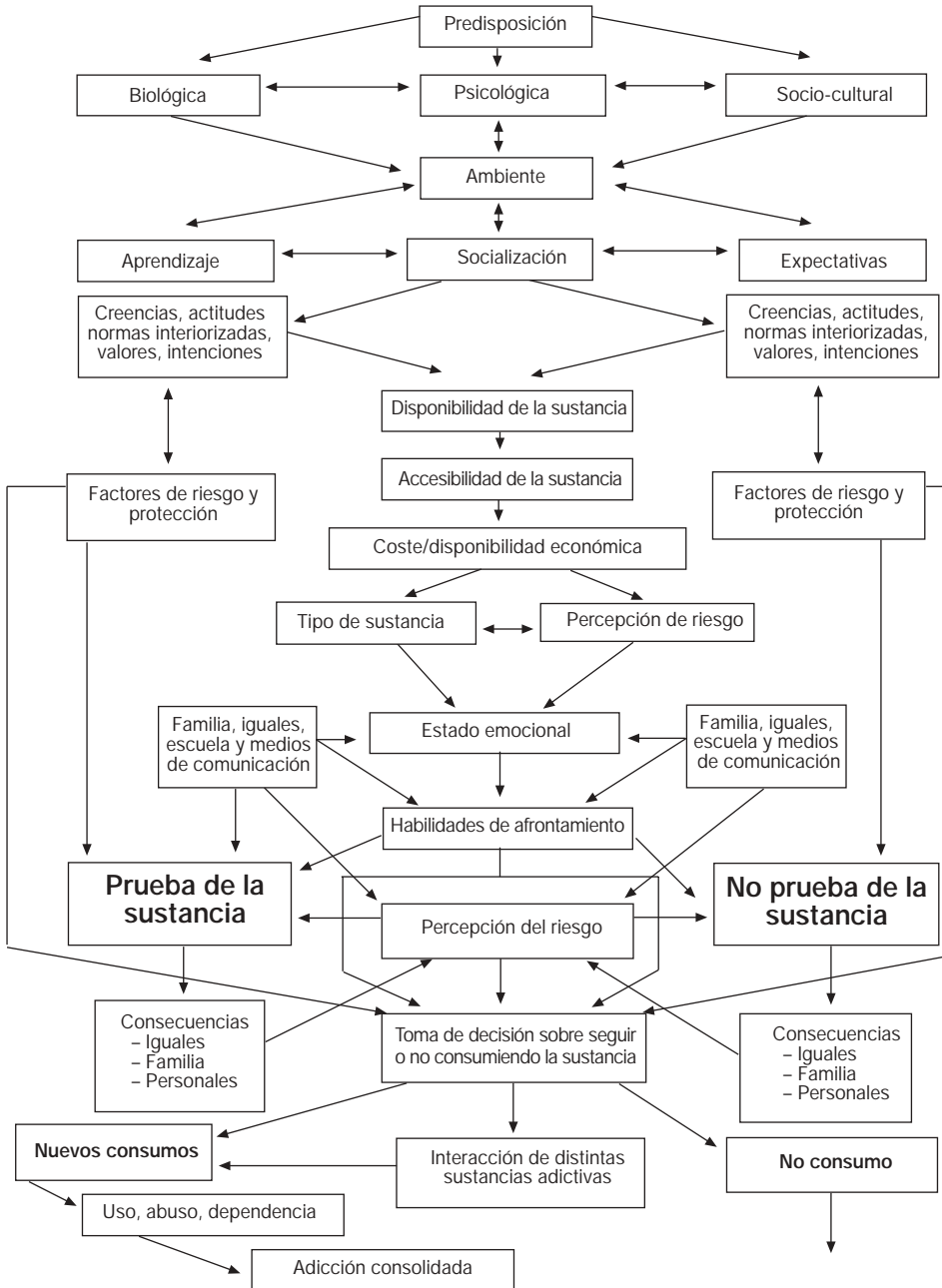
En muchas ocasiones los programas preventivos se fundamentan en adecuadas bases teóricas, lo que lleva a un buen funcionamiento del mismo. Uno de estos ejemplos puede verse en la elaboración del programa preventivo de la conducta de fumar *¡No gracias, no fumo!* (ver Becoña et al., 1994). El modelo final surge de varios modelos previos que han analizado exhaustivamente los factores que llevan a las personas a probar cigarrillos o a tener curiosidad por los mismos, junto al modo sobre cómo influir efectivamente en cada uno de los componentes o bloques de componentes que llevan a la prueba o al consumo de cigarrillos. De este modo

tenemos toda una serie de variables antecedentes, fijas o de predisposición, como son las variables sociodemográficas, normas y valores parentales y de los iguales, factores personales, anticipación de la adultez, factores de personalidad como la extraversión, creencias tabaco-salud y aceptación social del consumo en su medio social. Estos factores llevan a otros directamente o se interaccionan con factores intermedios previos al consumo, como son en el modelo expuesto, los factores cognitivos y las expectativas ante los cigarrillos, la publicidad y la presión social al consumo, la disponibilidad de cigarrillos, el coste económico, la falta de estrategias de afrontamiento y los factores psicofisiológicos y de reforzamiento. En nuestro caso concreto, partiendo de estos factores, se diseñó un programa preventivo donde sus componentes más importantes son la información, la corrección de la percepción normativa, el entrenamiento en habilidades para resistir presiones y el compromiso público. Es claramente un programa de última generación, de los denominados de influencia social y basado en los componentes que de modo efectivo se han utilizado en los programas preventivos para el consumo de tabaco. Su nivel de eficacia preventiva es bueno (Becoña et al., 1994). En la misma línea, el modelo comprensivo y secuencia de las fases del consumo de drogas de Becoña (1999a) (ver figura 1) incluye una completa explicación del consumo de drogas para que podamos elaborar a partir del mismo, o partiendo de submodelos derivados de él, intervenciones preventivas o enmarcar y explicar el trabajo que hacemos en prevención. Ello facilita, además, la realización de investigaciones sobre la etiología del consumo de drogas, la elaboración de programas preventivos y saber hasta donde podemos llegar en la aplicación de la prevención a una parte de la población (ej., escolar, comunidad, etc.).

Con los anteriores ejemplos se quiere mostrar y transmitir la idea de que un buen modelo o una buena teoría lleva a un buen programa preventivo y que sin un buen modelo o teoría para explicar el consumo de drogas no es claro que podamos llegar a realizar un buen programa preventivo. En otros capítulos iremos profundizando en esta idea.

Tampoco podemos pensar que si tenemos un programa preventivo efectivo éste se va a mantener siempre así. Conforme cambian los factores antecedentes, o conocemos nuevos factores de predisposición, también debemos perfeccionar los componentes de los programas preventivos que van mostrándose eficaces en los distintos programas que se van evaluando. De este modo la teoría incide en la elaboración y evaluación de los programas preventivos y los resultados de éstos en la teoría. Este es un ejemplo claro de como se interinfluencian mutuamente y con ello mejoramos el conocimiento y la eficacia de nuestras intervenciones preventivas.

Figura 1. Modelo comprensivo y secuencial de las fases para el consumo de drogas en la adolescencia



6. CONCLUSIÓN

Por lo que hemos analizado en las páginas anteriores es claro que la prevención de las drogodependencias cuenta hoy con un corpus teórico amplio, completo y de una gran fineza. Esto ha sido posible por las sinergias que se han producido en estas décadas previas entre la necesidad de solventar un problema, el consumo abusivo de drogas, el surgimiento de programas preventivos efectivos, y la necesidad de fundamentar todo esto. También a ello ha ayudado de modo importante el que se haya potenciado y, en cierto modo, forzado, la necesidad de objetivar el trabajo que se estaba haciendo y fundamentarlo adecuadamente. En este sentido la guía del NIDA para la prevención (Sloboda y David, 1997), o las del CSAP (ej., Center for Substance Abuse Prevention, 1997), en el caso norteamericano, y en España los criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias, del Plan Nacional sobre Drogas (1996), han facilitado todo esto.

Analizando detenidamente las distintas teorías y modelos para fundamentar los distintos programas preventivos nos encontramos con que, gracias a ello, podemos apresar más fácilmente este complejo campo como es el de las drogodependencias. Con ellas se nos facilita de modo muy importante nuestro trabajo y nos abre un camino por donde podemos seguir con acierto. Incluso podemos decir que se nos facilita poder discurrir por caminos complementarios, como ocurre con muchas de las teorías y modelos que hemos visto. Esto es una ventaja, nunca una desventaja, ya que nos permite ver el mismo fenómeno desde perspectivas distintas, a veces complementarias y, lo más importante, con apoyo empírico. Y, cara a nuestro trabajo cotidiano, con ello se nos da un recurso más, un recurso que es de una gran relevancia, porque permite explicar lo que hacemos y, de igual importancia, fundamentar el por qué lo hacemos de ese modo. Por ello, una buena fundamentación teórica, no solo en este campo sino en cualquier otro, no es solo necesario, sino que es la base de una ciencia desarrollada para que pueda seguir avanzando ininterrumpidamente, cada vez más porque sabe por donde tiene que seguir.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMS, D. B. y NIAURA, R. S. (1987). «Social learning theory of alcohol use and abuse». En H. Blane y K. Leonar (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 131-180). Nueva York: Guildford Press.
- AJZEN, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- ALBEE, G. W. (1982). «Preventing psychopathology and promoting human potential». *American Psychologist*, 32, 150-161.

- BANDURA, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Salamanca, Sigueme, 1984).
- BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Barcelona: Martinez-Roca, 1987).
- BECOÑA, E. (1986). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela: Grial.
- BECOÑA, E. (1993). «La utilidad de la teoría de la acción razonada en la predicción de la abstinencia en el tratamiento de fumadores». *Revista Española de Drogodependencias*, 18, 3-14.
- BECOÑA, E. (1999a). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- BECOÑA, E. (1999b). «Teorías y modelos explicativos en la prevención de las drogodependencias». *Idea-Prevención*, 19, 62-80.
- BECOÑA, E., PALOMARES, A. y GARCÍA, M. P. (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- BOTVIN, G. (1995). «Principles of prevention». En R. H. Coombs y D. M. Ziedonis (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. A comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol and other drugs* (pp. 19-44). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- BOTVIN, G. (1999). «Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions». En M.D. Glantz y C.R. Hartel (Es.), *Drug abuse. Origins & interventions* (pp. 285-308). Washington, DC: American Psychological Association.
- BRY, B. H. (1996). «Psychological approaches to prevention». En Bickel, W. K. y DeGrandpre, R. J. (Eds.) (1996). *Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse* (pp. 55-76). Nueva York: Plenum Press.
- BURKHART, G. (2001). «Una revisión de los programas escolares europeos recogidos por el sistema de información EDDRA». *Idea-Prevención*, 23, 64-74.
- CALAFAT, A. (1995). «Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos». En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (cord.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 75-103). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- CALAFAT, A., AMENGUAL, M., FARRÉS, C., MEJÍAS, G. y BORRÁS, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3ª edición*. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.
- CASAS, M., PÉREZ, J., SALAZAR, I. y TEJERO, A. (1992). «Las conductas de automedicación en drogodependencias». En M. Casas (Ed.), *Trastornos psíquicos en toxicomanías (I)* (pp. 291-303). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Center for Substance Abuse Prevention (1997). *Selected findings in prevention. A decade of results from the Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)*. Washington, DC: Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention.
- CHATLOS, J. C. (1996). «Recent trends and a developmental approach to substance abuse in adolescents». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.

- CLEAVELAND, B. L. (1994). «Social cognitive theory recommendations for improving modeling in adolescent substance abuse prevention programs». *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 53-68.
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- DONALDSON, S. L., GRAHAM, J. W. y HANSEN, W. B. (1994). «Testing the generalizability of intervening mechanism theories: Understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions». *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 195-216.
- FISHBEIN, M. y AJZEN, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- FLAY, B. R. y PETRAITIS, J. (1995). «Aspectos metodológicos en la investigación de medidas preventivas del consumo de drogas: fundamentos teóricos». En C. G. Leukefeld y W. J. Bukoski (Eds.), *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (pp. 83-108). Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud (original 1991).
- GLANTZ, M. D. (1992). «A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability». En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 389-418). Washington, DC: American Psychological Association.
- GRAÑA, J. L. y GARCÍA, A. (1994). «Teorías explicativas de las drogodependencias». En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 47-95). Madrid: Debate.
- GRAÑA, J. L., MUÑOZ, M. J. y DELGADO, S. (2000). *Investigación sobre el consumo de drogas en adolescentes en Majadahonda: factores de riesgo y de protección*. Majadahonda/Madrid: Ayuntamiento de Mahadahonda/Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- GREEN, L. W. y KREUTER, M. (1991). *Health promotion planning. An educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfiel Publishing Company.
- HAWKINS, J. D., ARTHUR, M. W. y CATALANO, R. F. (1995). «Preventing substance use». En M. Tonry y D. Farrington (Eds.), *Crime and justice: A review of research. Vol. 19. Building a safer society. Strategic approaches to crime prevention* (pp. 343-427). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- HANSEN, W. B. (1997). «Aproximaciones psicosociales a la prevención: el uso de las investigaciones epidemiológicas y etiológicas para el desarrollo de intervenciones efectivas». *Psicología Conductual*, 3, 357-378.
- JESSOR, R. (1991). «Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action». *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- JESSOR, R. (1992). «Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action». En D. E. Rogers y E. Ginzburg (Eds.), *Adolescent at risk: Medical and social perspectives* (pp. 19-34). Boulder, CO: Westview Press.
- JESSOR, R. (1993). «Successful adolescent development among youth in high-risk setting». *American Psychologist*, 48, 117-126.
- JESSOR, R. y JESSOR, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academic Press.
- KANDEL, D. B. (1975). «Stages in adolescent involvement in drug use». *Science*, 190, 912-914.

- KANDEL, D. B. (1996). «The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences». *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.
- KANDEL, D. B. (Ed.) (2002). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- KANDEL, D. B. y DAVIES, M. (1992). «Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use». En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-253). Washington, DC: American Psychological Association.
- KAPLAN, H. B. (1996). «Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use». *Journal of Drug Issues*, 26, 345-377.
- KAPLAN, H. B., JOHNSON, R. J. y BAILEY, C. A. (1986). «Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure». *Social Psychology Quarterly*, 49, 110-128.
- KIM, S., CRUTCHFIELD, C., WILLIAMS, C. y HEPLER, N. (1998). «Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach». *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.
- LABOUIE, E. (1996). «Maturing out of substance use: Selection and self-correction». *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.
- MITCHELL, M. y JOLLEY, J. (1992). *Research design explained* (2nd ed.). Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich.
- MONCADA, S. (1997). «Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas». En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- MOSKOWITZ, J. M. (1989). «The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature». *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-87.
- NEWCOMB, M. D. (1996). «Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood». *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- OETTING, E. R. y DONNERMEYER, J. F. (1998). «Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I». *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- OETTING, E. R., DEFFENBACHER, J. L. y DONNERMEYER, J. F. (1998a). «Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II». *Substance Use & Misuse*, 33, 1337-1366.
- OETTING, E. R., DONNERMEYER, J. F. y DEFFENBACHER, J. L. (1998b). «Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance. III». *Substance Use & Misuse*, 33, 1629-1665.
- OETTING, E. R., DONNERMEYER, J. F., TRIMBLE, J. E. y BEAUVAIS, F. (1998c). «Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use. IV». *Substance Use & Misuse*, 33, 2075-2107.
- PANDINA, R., JOHNSON, V. y LABOUIE, E. (1992). «Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence». En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 179-209). Washington, DC: American Psychological Association.
- PEELE, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.

- PETRAITIS, J., FLAY, B. R. y MILLER, T. Q. (1995). «Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle». *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- PROCHASKA, J. O. y DI CLEMENTE, C. C. (1983). «Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- RHODES, J. E. y JANSON, L. A. (1988). *Preventing substance abuse among children and adolescents*. Nueva York: Pergamon
- RUDNER, R. S. (1966). *Philosophy of social science*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- SANTACREU, J. y FROJÁN, M. X. (1992). «El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (II)». *Revista Española de Drogodependencias*, 17, 253-268.
- SANTACREU, J., FROJÁN, M. X. y HERNÁNDEZ, J. A. (1991). «El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I)». *Revista Española de Drogodependencias*, 16, 201-215.
- SANTACREU, J., FROJÁN, M. X. y HERNÁNDEZ, J. A. (1992). «Modelo de génesis del consumo de drogas: Formulación y verificación empírica». *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 781-804.
- SLOBODA, Z. y DAVID, S. L. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- THORNBERRY, T. P. (1987). «Toward an interactional theory of delinquency». *Criminology*, 25, 863-891.
- THORNBERRY, T. P. (1996). «Empirical support for interactional theory: A review of the literature». En J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime: Current theories* (pp. 198-235). Nueva York: Cambridge University Press.
- WALDRON, H. B. (1998). «Substance abuse disorders». En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 5, pp. 539-563). Oxford, RU: Elsevier Science Ltd.
- WERCH, C. E. y DI CLEMENTE, 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.
- WERCH, C. E., MEERS, B. W. y HALLAN, J. B. (1992). «An analytic review of 73 college-based drug abuse prevention programs». *Health Values*, 16, 38-45.
- World Health Organization (1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI*. Yakarta, Indonesia: IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, OMS.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Ginebra: World Health Organization.

CAPÍTULO 5. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

1. LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Aunque se podría argumentar que el origen del consumo de drogas se sitúa en la infancia temprana, la iniciación real en el consumo comienza normalmente, para la mayoría de los individuos, en la adolescencia temprana, y avanza a partir de aquí, según una secuencia bastante bien definida, a lo largo de la adolescencia media (Millman y Botvin, 1992). En sus primeras etapas, el consumo de drogas es infrecuente, se limita a una única sustancia y a situaciones sociales determinadas. A medida que aumenta la implicación, el consumo se incrementa tanto en frecuencia como en cantidad y progresa hacia múltiples sustancias. Conocer los factores de riesgo y de protección se convierte así en un punto de gran relevancia para la prevención de las drogodependencias.

De modo semejante, a la hora de elaborar o seleccionar un programa de prevención hay una serie de cuestiones a tener en cuenta. En primer lugar, hay que partir de un modelo teórico adecuado, que se apoye en datos empíricos y que, por tanto, haya demostrado que con él se pueden obtener buenos resultados. En segundo lugar, también es necesario conocer los factores de riesgo para la posterior construcción de dicho programa (cfr. Botvin y Botvin, 1992), los factores de riesgo específicos para la comunidad en la que vamos a aplicar el programa, lo que implica estudios previos de los mismos junto a los factores de protección (Hawkins, Catalano y Miller, 1992) y el conocimiento de la problemática de un modo realista y objetivable, tanto a partir de datos epidemiológicos, estudios clínicos, como de la experiencia acumulada a través de otros múltiples estudios e indicadores que hoy ya tenemos sobre esta problemática (Becoña, 1995). Nótese que los factores de riesgo los tenemos que tener claramen-

te definidos para una edad específica o etapa evolutiva. Junto a estos dos importantes aspectos también hay que considerar los factores que suelen influir en el impacto de los programas; considerar los factores que son básicos en los programas de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en la infancia (Coie et al., 1993); y, tener en cuenta la implementación del programa y si ha demostrado una eficacia adecuada en los distintos estudios piloto y en el ámbito de la investigación. Como hemos mostrado en el capítulo 3 sobre los principios que deben guiar la prevención, el conocimiento de los factores de riesgo y protección constituyen un elemento esencial.

Se entiende por factor de riesgo «un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)» (Clayton, 1992, p. 15). Por factor de protección «un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas» (Clayton, 1992, p. 16). Los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas son los siguientes: 1) un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados, 2) varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado, 3) el abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección, y 4) la relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

Un factor de riesgo viene a ser una asociación o correlato entre un sujeto y un resultado, pudiendo evaluarse antes de que se haya producido el resultado o utilizarse para dividir a la población en subgrupos de alto y bajo riesgo (Offord y Kraemer, 2000). Por tanto, es algo previo y podemos conocerlo antes de que ocurra el resultado. Asimismo esa correlación y de ahí que hablemos de un correlato con una probabilidad. A su vez Offord y Kraemer (2000) distinguen tres tipos de riesgo: marcador fijo, factor de riesgo variable y factor de riesgo causal. El factor de riesgo que no puede cambiarse sería el marcador fijo, como el sexo, la fecha de nacimiento, etc. Cuando un factor de riesgo puede cambiar espontáneamente dentro del sujeto o como resultado de una intervención se habla de factor de riesgo variable. Cuando un factor de riesgo puede ser manipulable y cuando dicha manipulación cambia la probabilidad del resultado, ésta se llama el factor de riesgo causal. Pero además, aunque encontremos que un factor de riesgo es significativo, no debemos olvidar si es de rele-

vancia clínica o social. No es lo mismo la significación estadística que la relevancia clínica o social de los mismos.

Clayton (1992) ha insistido en que existen varios principios generales que se deben siempre tener en cuenta cuando hablamos de los factores de riesgo, que para él son cinco: 1) los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está. 2) La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El abuso de drogas suele ser probabilístico y, en todo caso, es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores influyendo en ello. 3) El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados. 4) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas. Y, 5) las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al consumo de drogas.

En una de las revisiones ya citadas, la de Clayton (1992), enumeraba de forma genérica los siguientes factores de riesgo: tener problemas económicos, ser hijo de padres con problemas de abuso de drogas, ser víctima de abuso físico, sexual o psicológico, jóvenes sin hogar, jóvenes que abandonan la escuela, jóvenes embarazadas, jóvenes implicados en actos delictivos y/o violentos, jóvenes con problemas de salud mental, jóvenes que han intentado cometer suicidio. Sin embargo, la revisión de Hawkins, Catalano y Miller (1992) es la de referencia para los factores de riesgo y protección (tabla 28), que luego fueron clasificados de modo semejante por Peterson et al. (1992) (ver tabla 29). Más recientemente destacan las de Hawkins, Arthur y Catalano (1995), Pollard, Catalano, Hawkins y Arthur (1997), Moncada (1997) (tabla 30 y 31) y Muñoz-Rivas et al. (2000), entre las más relevantes.

Pollard et al. (1997) han elaborado un cuestionario para evaluar los factores de riesgo y protección, para lo cual han planteado los que son

más relevantes y que por ello deben ser evaluados. Los dividen en cuatro dominios: comunidad, escuela, familia e individual-iguales. Dentro de la comunidad los factores de riesgo considerados son: bajo apego en la crianza, desorganización comunitaria, transiciones y movilidad, leyes y normas favorables al uso de drogas y disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego. En este dominio los factores de protección son los refuerzos por su implicación en la comunidad y las oportunidades para la implicación en la comunidad. En el dominio escolar hay dos factores de riesgo y otros dos de protección. Los de riesgo son el bajo rendimiento académico y el bajo grado de compromiso con la escuela. Los de protección las oportunidades por su implicación en la escuela y los refuerzos por su implicación en la escuela. Dentro del dominio familiar los factores de riesgo son la baja supervisión familiar, la baja disciplina familiar, el conflicto familiar, la historia familiar de conducta antisocial, las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y las actitudes parentales favorables al uso de drogas. Como factores de protección indican el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar y los refuerzos por la implicación familiar. Finalmente en el dominio individual y de los iguales, los factores de riesgo que consideran son la rebeldía, la temprana iniciación en la conducta antisocial, las actitudes favorables a la conducta antisocial, las actitudes favorables al uso de drogas, la conducta antisocial de los iguales, el uso de drogas por los iguales, el refuerzo por parte de los iguales de la conducta antisocial, la búsqueda de sensaciones y el rechazo de los iguales. Y, como factores de protección la religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los iguales.

Más recientemente Muñoz-Rivas et al. (2000) revisan extensamente los factores de riesgo y protección que agrupa en ambientales/contextuales, individuales (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y factores de socialización. Por ejemplo, dentro de los psicológicos considera la depresión y la ansiedad, las características de personalidad (búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial), actitudes favorables hacia las drogas y ausencia de valores ético-morales. Después de su revisión exhaustiva de los mismos concluye que el uso precoz de drogas y el posterior abuso de las mismas dependería de: la existencia de leyes o normas sociales tolerantes hacia el uso de alcohol u otras drogas o hacia comportamientos desviados; el tener un mayor acceso a las sustancias adictivas o que éstas estén más disponibles para su consumo indiscriminado; el estar en una situación de deprivación económica importante como el hacinamiento o el chabolismo; el residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con porcentajes altos de delincuencia y marginalidad; el pertene-

cer a familias con un historial previo de consumo de alcohol y otras drogas; el iniciarse a una edad temprana en el consumo de sustancias; un bajo nivel de satisfacción personal al inicio del consumo, la presencia de estados afectivos y una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo; la presencia en la infancia o la adolescencia (13 años) de rasgos de personalidad tales como la agresividad, el aislamiento social, la personalidad depresiva, la impulsividad, la introversión y la desadaptación social, una baja resistencia a la frustración y búsqueda constante de emociones, satisfacciones y aventuras; la presencia en la infancia de problemas de conducta de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o trastornos por déficit de atención; el mantener actitudes permisivas o favorables hacia el consumo de sustancias o hacia el peligro que éste puede llegar a suponer; la ausencia de valores ético-morales, el predominio de valores personales en ausencia de valores prosociales y tradicionales (religión), una alta tolerancia a la desviación, una fuerte necesidad de independencia, la ausencia de normas y la escasa interiorización de las demandas sociales de autorrestricción de impulsos; el pertenecer a familias donde hay un solo padre; el ser hijos de trabajadores no cualificados o parados; la existencia de pautas de manejo familiar inconsistentes con expectativas poco claras para la conducta deseada y la ausencia de reforzamiento contingente a la misma, un estilo familiar autoritario o permisivo; la ausencia de conexión padres-hijo, relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes; la comunicación familiar pobre o inexistente; la pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto (ej., frecuentes disputas matrimoniales, violencia entre los miembros de la familia); el uso de drogas por parte de los padres, actitudes permisivas con respecto al uso de sustancias; la asociación con compañeros consumidores de drogas, fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales; la identificación con grupos no convencionales; y, el fracaso escolar, un bajo rendimiento escolar o el abandono temprano de la escuela.

A continuación exponemos los factores de riesgo y protección agrupados en las categorías de factores de riesgo y protección familiar, comunitario, de los compañeros e iguales, escolar e individual. Como una síntesis, en las tablas 32 a 36 presentamos aquellos factores de riesgo y protección propuestos por los anteriores autores, los cuales son los que se han estudiado o han surgido como significativos en los distintos estudios realizados sobre esta cuestión.

Tabla 28
FACTORES DE RIESGO PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS, SEGÚN HAWKINS ET AL. (1992)

Genéticos
Hijos de consumidores de sustancias psicoactivas
Constitucionales
Uso temprano de drogas (antes de los 15 años)
Dolor o enfermedad crónica
Factores fisiológicos
Psicológico
Problemas de salud mental
Abuso físico, sexual o emocional
Sociocultural
Familia
Uso de drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas
Divorcio o separación de los padres
Problemas de manejo de la familia
Bajas expectativas para los niños o para el éxito
Iguales
Amigos que usan drogas
Actitudes favorables hacia el uso de drogas
Conducta antisocial o delincuente temprana
Escuela
Carencia de cumplimiento de la política escolar
Poca dedicación a la escuela
Fracaso escolar o abandono de la escuela
Dificultades en el paso de uno a otro curso
Comunidad
Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el uso de drogas
Carencia de una adecuada vinculación social
Deprivación económica y social
Disponibilidad de drogas (incluyendo alcohol y tabaco)
Adaptado de Hawkins et al (1992)

Tabla 29
FACTORES DE RIESGO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS
SEGÚN PETTERSON ET AL. (1992)

Factores de riesgo de la comunidad

- *Deprivación económica y social.* Los niños que viven en ambientes deteriorados y en barrios relacionados con el crimen con pocas esperanzas es más probable que se impliquen en conductas delictivas y que tengan problemas con las drogas más tarde.
- *Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria.* Muchos problemas de drogas ocurren en comunidades o barrios cuando la gente tiene poco apego a la comunidad, donde las tasas de vandalismo y crimen son altas, y cuando hay baja vigilancia de los lugares públicos.
- *Transiciones y movilidad.* Cuando el niño hace la transición de la escuela elemental a la media, o de la media al bachillerato, puede ocurrir un aumento significativo en el uso de drogas y de otras conductas problemáticas. También, las comunidades que se caracterizan por altas tasas de movilidad parecen estar relacionadas con un riesgo mayor tanto de conductas criminales como de problemas relacionados con drogas en sus familias.
- *Disponibilidad de drogas.* Cuanto más disponible está el alcohol y las drogas en una comunidad, mayor es el riesgo de que la gente joven abuse de las drogas en esa comunidad. La disponibilidad percibida de las drogas y del alcohol está también asociada con un incremento del riesgo.

Factores de riesgo familiar

- *Una historia familiar de alcoholismo.* Si el niño ha nacido o se ha criado en una familia con una historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa.
- *Problemas de manejo de la familia.* Estrategias de manejo de la familia inadecuadas, incluyendo carencia de claras expectativas por la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente incrementa el riesgo de abuso de drogas.
- *Uso de drogas parental y actitudes positivas hacia su uso.* En las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.

Factores de riesgo escolar

- *Temprana conducta antisocial.* Los niños que son agresivos en el jardín de infancia o en la escuela primaria tienen un mayor riesgo de abuso

(continuación)

de sustancias. Cuando una conducta agresiva temprana del niño va unida a aislamiento, abandono o hiperactividad, se incrementa el riesgo de problemas en la adolescencia.

- *Fracaso académico*. Si éste comienza en los últimos cursos de la escuela primaria, la experiencia de fracaso en la escuela incrementa el riesgo tanto de abuso de drogas como de conducta delincuente.
- *Bajo compromiso con la escuela*. El bajo compromiso con la escuela lleva al niño a ver que su rol como estudiante no es posible.

Factores de riesgo individual/iguales

- *Alienación y rebeldía*. El niño que siente que no es parte de la sociedad o que no acepta las reglas, que no cree en los intentos de conseguir el éxito o ser responsable, que toma una postura de rebeldía hacia la sociedad, está en mayor riesgo de abuso de drogas.
- *Conducta antisocial en la adolescencia temprana*. Este factor de riesgo incluye mala conducta en la escuela, dejar de ir a la escuela, implicarse en peleas con otros niños y exhibir conducta delincuente.
- *Amigos que consumen drogas*. Los niños que se asocian con iguales que utilizan drogas es mucho más probable que ellos mismo también las consuman.
- *Actitudes favorables hacia el consumo de drogas*. En la transición a la enseñanza secundaria obligatoria (ESO), si los niños ven a otros que ellos conocen probando drogas, sus actitudes a menudo cambian hacia una mayor aceptación del consumo de drogas. Esta aceptación coloca a los niños en un mayor riesgo de consumir drogas.
- *Primeros consumos tempranos de drogas*. Cuanto más tempranamente se pruebe el alcohol y otras drogas, mayor es la probabilidad de que se tengan problemas con las drogas más tarde. La investigación muestra que la gente joven que se inicia en el uso de drogas antes de los 15 años tiene el doble de riesgo de tener problemas con las drogas que aquellos que esperan hasta después de la edad de 19 años.

Adaptado de Petterson et al. (1992)

Tabla 30
FACTORES DE RIESGO SEGÚN MONCADA (1997)

- 1) Factores de riesgo ambientales
 - 1) La deprivación social
 - 2) La desorganización comunitaria

(continuación)

- 3) La disponibilidad y accesibilidad de las sustancias
 - 4) La percepción social del riesgo
 - 5) La movilidad de la población
 - 6) Las normas y leyes de la comunidad
- 2) Factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno
- 1) Historia familiar de alcoholismo
 - 2) Pautas educativas
 - 3) Actitudes y modelos de conducta por parte de los padres
 - 4) Conflictos familiares
 - 5) Los valores
 - 6) La agresividad
 - 7) La búsqueda de sensaciones
 - 8) Otros problemas de conducta
 - 9) Las actitudes hacia las drogas
 - 10) El fracaso escolar
 - 11) El grupo de iguales

Tabla 31
CONCLUSIONES DE MONCADA (1997) SOBRE LOS FACTORES
DE RIESGO Y PROTECCIÓN

- 1) Se puede afirmar que existen factores asociados al consumo de drogas, así como otros que aparecen asociados a la abstinencia de las mismas.
- 2) Estos factores han sido clasificados en la literatura en factores del individuo y sus relaciones con el entorno (intrapersonales e interpersonales) y factores ambientales o del contexto.
- 3) A mayor concentración de factores mayor será el riesgo o la protección.
- 4) Existen diferentes factores de riesgo para las distintas drogas: por ejemplo, un alto nivel de depresión se asocia con el uso de drogas como la heroína o el alcohol, pero no con el consumo de otras como el cannabis.
- 5) Los factores de riesgo del consumo de drogas y otros niveles de consumo tampoco son los mismos, aunque en general lo que muestran los estudios es una agudización de los factores de riesgo a medida que el sujeto pasa a fases más intensas o más problemáticas de consumo.

(continuación)

- 6) Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades. Ej., presión de grupo.
- 7) No todos los factores tienen la misma validez externa.
- 8) Los diferentes factores muestran mayor o menor correlación con el uso de drogas dependiendo muchas veces de los instrumentos de medida y los indicadores que se utilizan.
- 9) Algunos factores son más remotos; son causas relativamente indirectas de la conducta, aunque no por ello son menos importantes, sino que su efecto está mediado por otros que son más próximos. Estos son altamente predictivos, pero no explican las raíces del problema a largo plazo.
- 10) Se han encontrado factores de riesgo y protección comunes a una gran cantidad de conductas problemáticas o desadaptadas, tales como los embarazos no deseados, el fracaso escolar, la violencia, la delincuencia juvenil. Algunas de estas conductas, además, predicen el uso problemático de drogas.

Adaptado de Moncada (1997)

Tabla 32
FACTORES DE RIESGO FAMILIAR, O RELACIONADOS CON LA FAMILIA,
PARA EXPLICAR EL USO Y ABUSO DE DROGAS

Autor	
Hawkins et al. (1992)	<ul style="list-style-type: none"> — Uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas — Divorcio o separación de los padres — Problemas en el manejo de la familia — Bajas expectativas para los niños o para el éxito
Petterson et al. (1992)	<ul style="list-style-type: none"> — Historia familiar de alcoholismo — Problemas de manejo de la familia — Uso de drogas por parte de los padres y actitudes positiva hacia su uso

(continuación)

Moncada (1997)	<p>Factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno (relacionadas con la familia)</p> <ul style="list-style-type: none"> — Historia familiar de alcoholismo — Pautas educativas — Actitudes y modelos de conducta por parte de los padres — Conflictos familiares
Pollard et al. (1997)	<p>Factores de riesgo familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> — Pobre supervisión familiar — Pobre disciplina familiar — Conflicto familiar — Historia familiar de conducta antisocial — Actitudes parentales favorables a la conducta antisocial — Actitudes parentales favorables hacia el uso de drogas <p>Factores de protección familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> — Apego familiar — Oportunidades para la implicación en la familia — Refuerzos por la implicación en la familia
Kumpfer et al. (1998)	<p>Factores de riesgo familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> — Conducta de la familia relacionada con el abuso de drogas — Prácticas de manejo de los hijos y crianza en la familia inadecuadas — Conflicto familiar — Abuso físico <p>Factores de protección familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> — Cohesión, cordialidad y apego con uno o ambos padres durante la infancia — Supervisión parental de las actividades y conductas diarias

(continuación)

Muñoz-Rivas et al. (2000)	<p>Factores de socialización: Factores familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> — Estructura y composición familiar — Estatus socioeconómico familiar — Disciplina familiar — Relaciones afectivas y comunicación — Actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas
---------------------------	---

Tabla 33
FACTORES DE RIESGO COMUNITARIO PARA EXPLICAR EL CONSUMO DE DROGAS

Petterson et al. (1992)	<p>Factores de riesgo de la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> — Deprivación económica y social — Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria — Transiciones y movilidad — Disponibilidad de drogas
Hawkins et al. (1992)	<p>Factores de riesgo comunitario</p> <ul style="list-style-type: none"> — Leyes y normas favorables hacia el uso de drogas — Disponibilidad — Deprivación económica extrema — Desorganización en el vecindario
Moncada (1997)	<p>Factores de riesgo ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> — Deprivación social y económica — Desorganización comunitaria — Disponibilidad y accesibilidad de las sustancias — La percepción social del riesgo — La movilidad de la población — Las normas y leyes de la comunidad

(continuación)

Pollard et al. (1997)	<p>Factores de riesgo comunitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> — Bajo apego al vecindario — Desorganización comunitaria — Cambios y movilidad de lugar — Leyes y normas favorables al uso de drogas — Disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego <p>Factores de protección comunitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> — Refuerzos por la implicación en la comunidad — Oportunidades para implicarse en la comunidad
Kumpfer et al. (1998)	<p>Factores de riesgo ambientales y contextuales</p> <ul style="list-style-type: none"> — Influencia de los iguales — Normas y leyes culturales y sociales sobre las drogas — Pobreza — Desorganización comunitaria — Fracaso escolar <p>Factores de protección ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> — Un sistema de apoyo externo positivo — Apoyo y recursos formales e informales de la familia — Normas, creencias y estándares conductuales contra el uso de drogas — Rendimiento escolar exitoso y apego a la escuela
Muñoz Rivas et al. (2000)	<p>Factores ambientales/contextuales</p> <ul style="list-style-type: none"> — Leyes y normas favorables hacia la conducta — Disponibilidad de la droga — Estatus socioeconómico. Deprivación económica extrema — Lugar de residencia — Desorganización del barrio

Tabla 34
FACTORES DE RIESGO DE LOS COMPAÑEROS E IGUALES
PARA EXPLICAR EL CONSUMO DE DROGAS

Hawkins et al. (1992)	Factores de riesgo individual/iguales <ul style="list-style-type: none"> — Amigos que consumen drogas — Actitudes favorables hacia el consumo de drogas — Conducta antisocial o delincuencia temprana
Petterson et al. (1992)	Factores de riesgo de los iguales <ul style="list-style-type: none"> — Asociación con iguales que consumen drogas
Moncada (1997)	Factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno <ul style="list-style-type: none"> — Grupo de iguales
Pollard et al. (1997)	Factores de riesgo de los iguales <ul style="list-style-type: none"> — Iguales con conducta antisocial — Consumo de drogas por parte de los pares — Refuerzo de los iguales a la conducta antisocial — Rechazo por parte de los iguales Factores de protección de los iguales <ul style="list-style-type: none"> — Apego a los iguales
Muñoz Rivas et al. (2000)	Factores de socialización: factores relacionados con la influencia del grupo de iguales <ul style="list-style-type: none"> — Asociación con compañeros consumidores — Identificación con grupos desviados Factores de socialización: rechazo por parte de los iguales Factores de socialización: variables moduladoras <ul style="list-style-type: none"> — Apego — Intimidad

Tabla 35
FACTORES DE RIESGO ESCOLAR PARA EXPLICAR EL CONSUMO DE DROGAS

Hawkins et al. (1992)	Factores de riesgo escolar <ul style="list-style-type: none"> — Carencia de cumplimiento de la política escolar — Poco apego a la escuela — Fracaso escolar o abandono de la escuela — Dificultades en el paso de un curso a otro
Petterson et al. (1992)	Factores de riesgo escolar <ul style="list-style-type: none"> — Temprana conducta antisocial — Fracaso escolar — Bajo apego a la escuela
Moncada (1997)	Factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno <ul style="list-style-type: none"> — Fracaso escolar
Pollard et al. (1997)	Factores de riesgo escolar <ul style="list-style-type: none"> — Bajo rendimiento académico — Bajo grado de apego a la escuela Factores de protección escolar <ul style="list-style-type: none"> — Oportunidades para la implicación en la escuela — Refuerzos por la implicación en la escuela
Kumpfer et al. (1998)	Factores de riesgo ambientales y contextuales <ul style="list-style-type: none"> — Fracaso escolar
Muñoz Rivas et al. (2000)	Factores de riesgo <ul style="list-style-type: none"> — Abandono escolar — Fracaso académico — Tipo y tamaño de la escuela

Tabla 36
FACTORES DE RIESGO INDIVIDUAL (BIOLOGÍA, CONDUCTA Y PERSONALIDAD) PARA EXPLICAR EL CONSUMO DE DROGAS

Hawkins et al. (1992)	<p>Genéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Hijos de consumidores de sustancias psicoactivas <p>Constitucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> — Uso temprano de drogas (antes de los 15 años) — Dolor o enfermedad crónica — Factores fisiológicos <p>Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> — Problemas de salud mental — Abuso físico, sexual o emocional
Petterson et al. (1992)	<p>Factores de riesgo individual/iguales (se incluyen los de riesgo individual)</p> <ul style="list-style-type: none"> — Alienación y rebeldía — Conducta antisocial en la adolescencia temprana — Actitudes favorables hacia el consumo de drogas — Primeros consumos tempranos de drogas
Moncada (1997)	<p>Factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno</p> <ul style="list-style-type: none"> — Los valores — La agresividad — La búsqueda de sensaciones — Otros problemas de conducta (hiperactividad, rebeldía, pobre autocontrol, dificultad para relacionarse, alienación, conducta antisocial, búsqueda de placer, disconformidad con las normas, violencia, delincuencia) — La actitud hacia las drogas
Pollard et al. (1997)	<p>Factores de riesgo individual</p> <ul style="list-style-type: none"> — Rebeldía

(continuación)

	<ul style="list-style-type: none"> — Búsqueda de sensaciones — Temprana iniciación en la conducta antisocial — Actitudes favorables hacia la conducta antisocial — Actitudes favorables hacia el uso de drogas <p>Factores de protección individual</p> <ul style="list-style-type: none"> — Religiosidad — Creencia en el orden moral — Habilidades sociales
Kumpfer et al. (1998)	<p>Factores de riesgo individual: biología, conducta y personalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> — Conducta antisocial y otros problemas de conducta tales como trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y agresividad (particularmente en chicos) — Alienación y rebeldía — Alta tolerancia a la desviación y una fuerte necesidad de independencia — Psicopatología — Actitudes favorables hacia el uso de drogas — Factores de personalidad de alto riesgo <ul style="list-style-type: none"> — Búsqueda de sensaciones — Baja tolerancia al dolor — Pobre control de impulsos <p>Factores de protección individual y características de personalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> — Un temperamento o disposición positiva — Un amplio repertorio de habilidades de afrontamiento sociales — Creencia en la propia autoeficacia

(continuación)

	<p>y habilidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes</p> <ul style="list-style-type: none"> — Una orientación social positiva
Muñoz Rivas et al. (2000)	<p>Factores de riesgo individuales</p> <ul style="list-style-type: none"> — Factores genéticos — Factores biológico-evolutivos (sexo, edad) — Factores psicológicos <ul style="list-style-type: none"> — Depresión — Características de personalidad <ul style="list-style-type: none"> — Búsqueda de sensaciones — Personalidad antisocial — Actitudes favorables hacia la droga — Ausencia de valores ético-morales

2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN FAMILIAR

2.1 FACTORES DE RIESGO FAMILIAR

Una de las revisiones de referencia de los últimos años sobre los factores de riesgo es la de Hawkins et al. (1992). En ella hacen un listado de los factores de riesgo más relevantes asociados al uso de drogas. Posteriormente Petterson et al. (1992) los clasificaron de modo más didáctico. De los 17 factores de riesgo que consideran, cuatro se refieren a factores de riesgo familiar. Otros también se relacionarían indirectamente con la misma. Los cuatro que consideran son el uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas; pobres e inconsistentes prácticas en el manejo familiar; conflicto familiar; y, bajo apego a la familia.

En el uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas, es bien conocida la relación entre el alcoholismo de los padres y el que sus hijos tengan problemas relacionados con

el alcohol y las drogas. A su vez un consumo de alcohol o drogas por parte de los padres lleva a unas prácticas de crianza pobres y a veces desordenadas o poco consistentes. El conflicto familiar suele estar presente y ello también facilita un bajo apego a la familia. Tener hermanos con problemas de alcoholismo, especialmente si son mayores que él, también facilita el consumo de alcohol y drogas.

Las prácticas pobres e inconsistentes de manejo familiar es otro factor de riesgo. Cuando en una familia no hay una clara implicación de la madre en el cuidado de los hijos y hay una inconsistente disciplina parental, ello facilita el consumo de drogas. También se ha encontrado que cuando las aspiraciones educativas para los chicos son bajas es más probable que se impliquen en el uso de drogas. Los estudios de Brook et al. (1990) han mostrado la relevancia del control por parte de la madre para que sus hijos tengan una conducta responsable. Nótese que la madre es la que suele llevar el mayor peso en la educación de los hijos, a diferencia del padre. Los estilos de educación parental (Baumrind, 1983) llevan a un tipo u otro de personalidad y de consumo de drogas como ya hemos visto. Hawkins et al. (1992) resumen este apartado indicando que el riesgo de abuso de drogas se incrementa cuando las prácticas de manejo de la familia se caracterizan por expectativas para la conducta poco claras, escaso control y seguimiento de sus conductas, pocos e inconsistentes refuerzos para la conducta positiva y castigos excesivamente severos e inconsistentes para la conducta no deseada.

Otro factor de riesgo es el conflicto familiar. Cuando hay una situación de conflicto familiar o hay una ruptura familiar, ello incrementa el riesgo tanto para conductas delictivas como para conductas de uso de drogas.

El cuarto factor de riesgo familiar que considera es el bajo apego a la familia. Cuando dentro de la familia las relaciones entre los padres y los hijos carecen de cercanía, la madre no se implica en actividades con ellos, ello se relaciona con la iniciación al uso de drogas. Por el contrario, cuando en una familia las relaciones familiares son positivas con implicación y apego, resulta un factor de protección para el consumo de drogas. Por ello, el apego a la familia se convierte en una variable de gran relevancia dado que la misma se relaciona con otros factores de tipo familiar ya vistos (ej., el conflicto familiar). Un buen apego familiar puede contrarrestar otros factores de riesgo, especialmente si a través de la misma han internalizado ciertos valores y normas que llevan al rechazo de la sustancia o ya a no buscarla.

Otro factor, que no se considera directamente relacionado con la familia, pero sí que la influye, son los tempranos y persistentes problemas de conducta. Una adecuada detección, seguimiento y tratamiento por parte de los padres puede facilitar su control. En caso contrario, si se mantienen

(ej., hiperactividad, irritabilidad, conducta agresiva, etc.), facilitan posteriormente el uso de drogas. Dado el papel que tiene la familia en el proceso de socialización, en la práctica tiene una relevancia esencial tanto de modo directo, en los factores ya analizados, como de modo indirecto dentro de ella ese problema (ej., de conducta) o las interacciones de sus hijos con otros compañeros y amigos, etc.

Petterson et al. (1992), a su vez, consideran que hay tres factores de riesgo familiar fundamentales: una historia familiar de alcoholismo, problemas en el manejo de la familia y uso de drogas y actitudes positivas hacia el uso de drogas por parte de los padres. Respecto a una historia familiar de alcoholismo, si el niño ha nacido o se ha criado en una familia con una historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa. En los problemas de manejo de la familia, las estrategias de manejo de la familia inadecuadas, incluyendo carencia de claras expectativas por la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente incrementa el riesgo de consumir drogas. Finalmente, el uso de drogas parental y actitudes positivas hacia su uso es otro factor de riesgo. En las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.

Pollard et al. (1997) han elaborado un cuestionario para evaluar los factores de riesgo y protección, para lo cual han planteado los que son más relevantes y que por ello deben ser evaluados. Los dividen en cuatro dominios: comunidad, escuela, familia e individual-iguales. Para la comunidad los factores de riesgo considerados son: bajo apego en la crianza, desorganización comunitaria, transiciones y movilidad, leyes y normas favorables al uso de drogas y disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego. En este dominio los factores de protección son los refuerzos por su implicación en la comunidad y las oportunidades para la implicación en la comunidad. En el dominio escolar hay dos factores de riesgo y otros dos de protección. Los de riesgo son el bajo rendimiento académico y el bajo grado de compromiso con la escuela. Los de protección las oportunidades por su implicación en la escuela y los refuerzos para su implicación en la escuela. Dentro del dominio familiar los factores de riesgo son la baja o pobre supervisión familiar, la escasa o baja disciplina familiar, el conflicto familiar, la historia familiar de conducta antisocial, las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y las actitudes parentales favorables al uso de drogas. Como factores de protección indican el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar y los refuerzos por la implicación familiar. Finalmente, en el dominio individual y de los iguales, los factores

de riesgo que consideran son la rebeldía, la temprana iniciación en la conducta antisocial, las actitudes favorables a la conducta antisocial, las actitudes favorables al uso de drogas, la conducta antisocial de los iguales, el uso de drogas por los iguales, el refuerzo por parte de los iguales de la conducta antisocial, la búsqueda de sensaciones y el rechazo de los iguales. Y, como factores de protección la religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los iguales.

Como vemos, hay un amplio conjunto de factores de riesgo, mayor que los de protección. A nivel familiar los que evalúan son los que aparecen consistentemente en la literatura como más importantes y en su estudio se confirma la relevancia de ellos. Nótese que su cuestionario lo han elaborado a partir de la amplia revisión de Hawkins et al., (1992) así como de sus propios y dilatados trabajos sobre este tema. Sus resultados también muestran la complejidad con la que nos encontramos para explicar el consumo de drogas, porque aunque es cierto que si hay varios factores de riesgo y ninguno de protección la probabilidad de consumo de drogas se incrementa claramente, cuando hay varios factores de riesgo presentes, y al tiempo varios de protección, la relación es más compleja y va a depender de la relevancia de los distintos factores de riesgo y de protección considerados separadamente. Esto es, aunque en teoría parece que todos los factores de riesgo y protección tienen el mismo peso, en la práctica, y con una simple mirada a ellos es claro, que unos son más relevantes que otros (ej., compárese el conflicto familiar, como factor de riesgo, respecto a los refuerzos por la implicación en la familia como factor de protección). Además, unos factores interactúan con otros o unos priorizan a otros (ej., un sutil control familiar incide sobre qué amigos tiene o puede tener, salidas, etc., lo que hace que ese control facilite la potenciación de otros factores de protección).

Moncada (1997) clasifica los factores de riesgo y de protección en dos grandes categorías: los factores de riesgo ambientales y los factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno. Dentro de éstos considera los que tienen que ver con el individuo y las relaciones personales que establece con su familia y con otros grupos con los que se relaciona. Dentro de los de tipo familiar considera cuatro: la historia familiar de alcoholismo, las pautas educativas, las actitudes y modelos de conducta por parte de los padres, y los conflictos familiares. La historia familiar de alcoholismo es una de las que consistentemente se encuentra en los distintos estudios. Las pautas educativas, ya vistas, como mostró Baumrind (1983) y otros autores, son de gran relevancia para el consumo o no de drogas en la vida posterior de adolescente. Las actitudes y modelos de conducta por parte de sus padres se refiere al consumo de drogas por parte de los padres, especialmente delante de sus hijos, tolerancia, etc. Y, los conflic-

tos familiares, especialmente cuando están presentes o hay bajos lazos de unión entre los padres entre sí o entre los padres y los hijos son factores de riesgo claro para el uso de drogas. No nos detendremos en estos factores por haberse ya expuesto más ampliamente.

Más recientemente Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000) revisan extensamente los factores de riesgo y protección que agrupan en ambientales/contextuales, individuales (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y factores de socialización. Dentro de los factores de socialización incluyen los factores familiares, los factores relacionados con la influencia del grupo de iguales y los factores escolares. Específicamente, para los factores familiares consideran cinco: la estructura y composición familiar, el estatus socioeconómico familiar, la disciplina familiar, las relaciones afectivas y de comunicación, y las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.

En la estructura y composición familiar se ha estudiado el tamaño de la familia y el número de hermanos que tienen. La investigación muestra que la carencia de uno de los padres, en muchos casos debido al divorcio de ellos, solo influye en un mayor consumo de drogas cuando viven solo con su madre. En cambio, cuando junto a la madre está también otro adulto, la posibilidad de que los chicos fuesen consumidores disminuye. La mayor incidencia del consumo suele darse en los varones, en caso de que los padres se divorcien y si éste coincide con la etapa adolescente del chico. Curiosamente, el nuevo matrimonio de uno de los padres incrementa la probabilidad de consumo de sustancias por parte de las hijas pero no de los hijos varones. Lo cierto es que la estabilidad familiar es un factor de protección para el consumo de drogas (Ruiz, Lozano y Polaino, 1994).

Respecto a la composición familiar, como tamaño de la familia, orden de nacimiento de los hijos y número de hermanos dentro de la familia, Muñoz-Rivas et al. (2000) concluyen que el tener hermanos, especialmente hermanos mayores, tiene cierto efecto protector sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Aún así, parece que serían otras variables (ej., conflicto familiar, apego) más relevantes para explicar el consumo que el número de hermanos y el orden que se tiene dentro de ellos.

En el estatus socioeconómico familiar hay alguna relación de que el mayor consumo de alcohol se asocia a mayor nivel de estudios de los padres y probable mayor nivel socioeconómico, en muestras españolas (Recio et al., 1992), siendo claro en otros estudios la relación entre mayor nivel socioeconómico de los padres y mayor consumo de alcohol y de marihuana en los hijos. En el lado contrario, aquellos hijos con padres en paro o con trabajos eventuales tienen hijos con mayor consumo de drogas (Ruiz et al., 1994). Esto probablemente refleja el hecho de, por una

parte, mayor disponibilidad de dinero, lo que facilita la accesibilidad a las sustancias; y, por otra, a mayores problemas económicos, afectivos y de otro tipo, se incrementa el consumo como una vía de salir o escapar de los mismos.

La disciplina familiar se asocia a los estilos educativos parentales que veremos posteriormente. Aquí se ha encontrado que la inconsistencia en la aplicación de los principios del reforzamiento, ausencia de implicación maternal en las conductas de sus hijos, inconsistencia de la disciplina parental y bajas aspiraciones de los padres, son factores que facilitan el consumo de drogas o, al menos, el inicio en las mismas. Distintos estudios han encontrado que resulta de gran relevancia el papel de la madre en la crianza para explicar el consumo o no de drogas en sus hijos (Baumrind, 1975, 1983) y que, en función de los tipos de crianza, así va a resultar el funcionamiento de sus hijos y la mayor o menor prueba y consumo de sustancias.

En las relaciones afectivas y de comunicación se han analizado aspectos como el afecto y vínculo afectivo paterno-filial, la comunicación familiar, la cohesión familiar y el conflicto familiar. Respecto al afecto y vínculo afectivo paterno-filial sabemos que es de una gran relevancia para la estabilidad de la persona. En el consumo de drogas es un elemento predictivo de gran relevancia. Cuando no hay una buena relación afectiva paterno-filial el consumo de drogas es mayor que cuando ésta es buena. La vinculación afectiva sería, por tanto, un factor de protección. Al mismo tiempo, cuando hay una buena vinculación afectiva hay adecuados estilos de crianza y se encuentra un buen grado de refuerzos y gratificaciones dentro de la familia. Los estudios realizados en España van en esta línea (Pons et al., 1996). Otra variable importante es la comunicación familiar, la cual es de la máxima importancia en el período adolescente. Cuando esta comunicación es deficiente los problemas surgen tanto para el consumo de drogas como para otros. De ahí que los estudios sobre cohesión familiar vayan en la misma dirección que cuando se analiza la comunicación familiar, porque una variable es paralela a la otra. Por ello, una buena cohesión familiar es un factor de protección para el consumo de drogas. En el otro extremo, el conflicto familiar, es un factor que facilita el consumo de drogas en adolescentes, como sistemáticamente encuentran los estudios sobre esta cuestión (ej., Berkowitz y Perkins, 1986).

Dentro de las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas es claro, por lo visto hasta aquí, que una actitud más favorable y una conducta de consumo de los padres se va a corresponder con un mayor consumo de drogas de sus hijos, tanto por el proceso de socialización como por procesos de modelado que lo van a facilitar a través del aprendizaje. Así, los distintos estudios encuentran consistentemente que el

consumo de drogas de los padres se asocia al consumo de drogas de sus hijos, a diferencia de aquellos padres que no las consumen. Esto se encuentra tanto para el consumo de cigarrillos, como para el alcohol, marihuana y el resto de las drogas ilegales. Por el contrario, cuando los padres no consumen, y hay una buena estabilidad emocional, el no consumo de los padres es un factor de protección para sus hijos e incluso influye indirectamente en el no consumo de los amigos de sus hijos (Brook et al., 1990). Parece también que la influencia más importante es la que realiza la madre respecto al padre, en cierto modo por ser ella la que lleva el mayor peso en la crianza de los hijos. Finalmente, algunos estudios han encontrado que las actitudes permisivas de los padres hacia el consumo, más que el consumo real por parte de los padres, es un factor con el mismo peso para explicar el consumo de drogas en sus hijos que si sus padres realmente consumiesen. Por ello, la tolerancia de los padres hacia el consumo de drogas es un claro factor de riesgo.

Para enmarcar mejor lo que llevamos expuesto, es importante enmarcar lo dicho en el contexto más global del resto de los factores que inciden en el consumo de drogas. En este sentido, Muñoz-Rivas et al. (2000), después de su revisión exhaustiva sobre los distintos factores relacionados con el uso precoz y el posterior abuso de drogas, apuntan que esto dependería de: la existencia de leyes o normas sociales tolerantes hacia el uso de alcohol u otras drogas o hacia comportamientos desviados; el tener un mayor acceso a las sustancias adictivas o que éstas estén más disponibles para su consumo indiscriminado; el estar en una situación de privación económica importante como el hacinamiento o el chabolismo; el residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con porcentajes altos de delincuencia y marginalidad; el pertenecer a familias con un historial previo de consumo de alcohol y otras drogas; el iniciarse a una edad temprana en el consumo de sustancias; un bajo nivel de satisfacción personal al inicio del consumo, la presencia de estados afectivos y una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo; la presencia en la infancia o la adolescencia (13 años) de rasgos de personalidad tales como la agresividad, el aislamiento social, la personalidad depresiva, la impulsividad, la introversión y la desadaptación social, una baja resistencia a la frustración y búsqueda constante de emociones, satisfacciones y aventuras; la presencia en la infancia de problemas de conducta de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o trastornos por déficit de atención; el mantener actitudes permisivas o favorables hacia el consumo de sustancia o hacia el peligro que éste puede llegar a suponer; la ausencia de valores ético-morales, el predominio de valores personales en ausencia de valores prosociales y tradicionales (religión), una alta tolerancia a la desviación, una fuerte necesidad de inde-

pendencia, la ausencia de normas y la escasa interiorización de las demandas sociales de autorrestricción de impulsos; el pertenecer a familias donde hay un solo padre; el ser hijos de trabajadores no cualificados o parados; la existencia de pautas de manejo familiar inconsistentes con expectativas poco claras para la conducta deseada y la ausencia de reforzamiento contingente a la misma, un estilo familiar autoritario o permisivo; la ausencia de conexión padres-hijo, relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes; la comunicación familiar pobre o inexistente; la pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto (ej., frecuentes disputas matrimoniales, violencia entre los miembros de la familia); el uso de drogas por parte de los padres, actitudes permisivas con respecto al uso de sustancias; la asociación con compañeros consumidores de drogas, fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales; la identificación con grupos no convencionales; y, el fracaso escolar, un bajo rendimiento escolar o el abandono temprano de la escuela. En suma, que los factores familiares son de gran relevancia, no sólo por incidir directamente como factores de riesgo y protección, sino indirectamente sobre otros factores tanto del individuo, como del contexto que pueden facilitar el consumo.

Para poder enmarcar los factores de riesgo y de protección familiar hasta aquí expuestos, en la tabla 32 exponemos la clasificación de los distintos factores de riesgo y protección para tener una mejor idea de conjunto. También hay que indicar que en los últimos años se ha incrementado el número de estudios sobre esta cuestión (ej., Mendes et al., 1999), lo que nos facilitará tener un mejor conocimiento sobre los factores de riesgo y protección cara a su utilización en los programas preventivos para el uso de drogas.

2.2 ¿FACTORES DE RIESGO FAMILIAR O ADAPTACIÓN AL DESARROLLO EVOLUTIVO?

Un planteamiento que va más allá de los factores de riesgo y protección familiar es el de Kim y colaboradores sobre el proceso de reafirmación de los jóvenes (Kim, Crutchfield, Williams y Hepler, 1998). Se hacen varias preguntas que son claves en la prevención de las drogodependencias: 1) ¿por qué unas personas se hacen dependientes y otras no?; 2) ¿qué factores explican lo anterior?; 3) ¿conocemos los factores necesarios para implantar un adecuado programa de prevención de drogas?; y, 4) ¿tenemos programas eficaces a corto y a largo plazo?

Consideran, a pesar de su actualidad, que la aproximación de factores de riesgo no ha mostrado tener mucho éxito en la articulación de planes de acción concretos y programas de actividades que sirvan para detener

la conducta de uso de drogas, aunque reconocen que proporciona una guía conceptual general y direcciones a seguir para la futura investigación, especialmente para la aproximación del desarrollo de la conducta problema. Por el contrario, consideran que está surgiendo o se están dando los pasos para el surgimiento de un nuevo paradigma que enfatiza la necesidad de promover el desarrollo completo del joven mediante la reafirmación del mismo. Mientras que las estrategias preventivas tradicionales lo que pretenden es conseguir «jóvenes sin problemas», el objetivo de este nuevo paradigma es conseguir «jóvenes completamente preparados». Con ello, se añade una dimensión nueva a la de los factores de riesgo, aquella que enfatiza la necesidad de promover un desarrollo positivo del joven vía los procesos de reafirmación del joven, lo que significa promover una mayor participación e implicación de los jóvenes en las cuestiones públicas y socioeconómicas de la comunidad. Todo ello implica cambiar desde la perspectiva en la que se piensa que los jóvenes causan problemas a la comunidad a otra en la que se vea a los jóvenes como una ventaja y fuente de recursos para la comunidad. Para ellos su modelo considera como básicos el adecuado apoyo familiar, adecuado apoyo social, cuidado y apoyo de los adultos en la vida del joven, altas expectativas sobre el joven por parte de otras personas relevantes para él en el mundo social, amplias oportunidades de aprender habilidades para la vida que tengan implicaciones relacionadas con el trabajo, oportunidades relevantes para asumir responsabilidades, oportunidades para participar y contribuir significativamente a los asuntos de tipo social, cultural, económico y público de la escuela, comunidad y gobierno, amplias oportunidades para demostrar habilidades y éxitos, y tener su rendimiento reforzado por otras personas para él relevantes en la escuela, en su casa y por los otros adultos en su lugar social. Como se aprecia, en este modelo se da gran importancia a la familia como elemento básico de socialización de los valores dominantes de la sociedad.

2.3 FACTORES DE PROTECCIÓN FAMILIAR

Hasta aquí hemos visto los factores de riesgo familiar. Aunque se ha sugerido que los factores de riesgo son en muchas ocasiones distintos a los de protección, en el presente caso es claro que el polo opuesto de los factores de riesgo protege a las personas de no consumir drogas, de no implicarse en otras conductas problemas y de conseguir una mejor estabilidad emocional y un adecuado desarrollo para pasar de la niñez a la adolescencia y a la adultez de un modo adaptado. Algunos factores que son claramente de riesgo, como una historia familiar de alcoholismo,

incrementa la probabilidad de consumo de drogas. El no tenerla no inmuniza necesariamente a las personas, aunque facilita no consumir a las personas cuando se hacen estudios con muestras amplias. En cambio es claro que vivir en una familia sin conflictos, con adecuado apego y con actitudes en contra del consumo de drogas facilita el que la persona no consuma drogas.

Otros dos factores de protección que hay que considerar son la resiliencia y el estilo de crianza. Sobre la resiliencia hablaremos posteriormente en otro capítulo. Lo mismo haremos con el estilo de crianza. Sobre este último es importante indicar que un adecuado estilo de crianza (como puede ser el padre con autoridad o el padre permisivo, en algunos casos) facilitan un buen desarrollo de la persona, el que adquiera la independencia de modo natural y que pueda funcionar en la vida adecuadamente. En cambio otros estilos de crianza (como el autoritario, el indiferente y el permisivo, en ocasiones) impiden esto en muchos casos. Ello lleva a una mayor o menor probabilidad de consumo de drogas, y de otros problemas, en unos y otros hijos donde se llevan a cabo esos estilos de crianza.

Lo que sí es cierto es que prestar más atención a la familia, a sus características, a sus problemas, es una buena inversión tanto para ella, para sus hijos, como para el resto de la sociedad. De ahí que analizar detenidamente tanto los factores de riesgo como los de protección de la misma es relevante tanto para el consumo de drogas como para otros problemas que a partir de un mal funcionamiento de la misma pueden surgir.

3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN COMUNITARIO

Como vemos en la tabla 33 se han propuesto distintos factores de riesgo y protección de tipo comunitario. De ellos, consideramos a continuación como más relevantes los siguientes: la privación económica y social, la desorganización comunitaria, los cambios y movilidad de lugar, las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el uso de drogas, la disponibilidad y accesibilidad a las drogas y la percepción social del riesgo de cada sustancia. A su vez, dentro de los factores de protección comunitario, se han propuesto un menor número. De ellos consideramos los más importantes a continuación.

3.1 LA PRIVACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

Inicialmente se pensaba que la privación económica y social era un factor clave para explicar el consumo de drogas, especialmente cuando se

comenzó a estudiar este tema hace varias décadas. Sin embargo, conforme se fue avanzando en el estudio de las variables asociadas al consumo esto cambió. Incluso, en ocasiones se pasó al polo opuesto y se afirmaba que disponer de una buena cantidad de dinero era la causa del consumo, más en el sentido moral de «vicio» que en el del dato cuantitativo. La verdad es que hoy sabemos que tanto una deprivación, en ciertas circunstancias, favorece el consumo a una parte de esas personas deprivadas y, al contrario, que el disponer de dinero, junto a otros factores, favorece el inicio o mantenimiento en el consumo de distintas drogas.

Hoy sabemos que la deprivación económica extrema, entendida como la pobreza, el hacinamiento y el chabolismo, tiene una importante relevancia en el consumo de drogas cuando la persona vive en una cultura donde otros tienen acceso a un gran número de bienes, y la pobreza es extrema. Además son claramente conscientes de ello, o se han visto obligados por sus condiciones a aislarse, en cierto modo, de la normalidad social, teniendo que ir a vivir a sitios donde la marginación es lo característico. En tal caso la persona se siente aislada de ese sistema y sin posibilidades de acceder a los bienes de consumo que otros tienen. Esto es importante indicarlo, porque en las culturas sin el desarrollo industrial como la nuestra, no tienen este tipo de problemas porque no tienen los puntos de referencia o de comparación como nosotros tenemos. Sin embargo, a pesar de que la pobreza sea importante, o extrema, ella por sí sola no es suficiente para explicar el consumo de drogas. Se precisa el que estén presentes otros factores de riesgo para que se produzca el consumo (Hawkins et al., 1992; Kumpfer et al., 1998). En este sentido, como factor de protección se ha estudiado la «resiliencia», la cual permite explicar el que una parte de aquellas personas que han estado sometidas a condiciones de vida extrema no tienen porque desarrollar problemas importantes en el futuro si se dan condiciones familiares o sociales (de su entorno) que las amortigüen. Aún así, de esas personas en tales condiciones tan extremas, una parte va a desarrollar distintos problemas, entre los que están el consumo de drogas. En un capítulo posterior se analiza específicamente este concepto.

La deprivación social, o falta de acceso a bienes sociales que otros tienen, como ocurre con frecuencia en los barrios marginales de las ciudades, sí que es un factor de riesgo. En este caso hay una unión entre delincuencia y consumo de drogas y los factores de riesgo y protección para una y otra conducta suelen ser los mismos o casi los mismos. Si la persona ve que no tiene posibilidad de acceder a ciertos recursos o bienes puede intentar atajar por el medio cogiéndolos. Pequeños hurtos, robos o una conducta antisocial que puede desembocar en hechos delictivos más graves y consumo de drogas. Con todo es importante indicar que esta rela-

ción no es lineal y que sólo una parte de esas personas van a tener este tipo de problemas. Destacamos que Jessor (1991) ha insistido mucho en el aspecto de la pobreza como un elemento importante para la prevención, porque reduciendo o eliminando la misma se podría reducir el consumo de drogas, al menos en las zonas de Estados Unidos que él ha estudiado.

En suma, la pobreza extrema por sí sola es insuficiente para explicar el consumo de drogas, aunque unida a otros factores de riesgo para el consumo de drogas puede facilitar el mismo. El estudio de Chávez et al. (1977), realizado en un barrio pobre y marginal de la ciudad de México, indica la relevancia que tiene la pobreza para el consumo de drogas, aunque ello está modulado por tener o no estimulación y afecto por parte de los padres o de otras personas adultas, y de la incidencia que sobre él pueden tener sus amigos o compañeros de su misma edad. Como afirman los autores: «el consumo de drogas y el mundo que han formado alrededor de ellas, constituyen un refugio a donde puede ir en búsqueda de comprensión, esparcimiento y relajación. Con las drogas no soluciona sus problemas, pero de esta manera tampoco los enfrenta» (p. 128).

3.2 LA DESORGANIZACIÓN COMUNITARIA

El concepto de desorganización comunitaria se ha aplicado en los estudios hechos fundamentalmente al barrio en donde vive el individuo, en las grandes ciudades de Estados Unidos. Esto sería aplicable a los barrios de nuestras grandes ciudades o más bien a los barrios marginales de algunas de ellas, que han ido proliferando en estos últimos años. En otros casos sólo es aplicable a una colonia de varias docenas o cientos de personas, como es ya hoy un hecho, y que cumplen con lo que vamos a indicar.

La desorganización comunitaria se refiere a aquel lugar en donde la persona vive y que no cumple unas normas adecuadas de buena organización, como es el cuidado de las calles, aceras, disponibilidad de jardines, lugares de ocio y diversión, apego social al barrio, adecuado nivel de control en el mismo, asunción de que se es un miembro del mismo y como tal se le cuida, etc. Por ello, cuando se habla de desorganización comunitaria nos referimos a aquellos barrios o comunidades en donde hay un claro deterioro físico del mismo (calles mal asfaltadas, aceras rotas, pintadas, suciedad, malos servicios públicos o inexistencia de los mismos, etc.), carencia de sentido de comunidad por parte de las personas que viven en el mismo, robos y delincuencia, sin plazas públicas ni parques o si estos existen con un claro nivel de deterioro y un alto nivel de movili-

dad y transición de las personas que viven en el mismo. Esto que decimos lo conocemos habitualmente cuando nos referimos a una zona marginal de una de nuestras ciudades o a algún barrio conflictivo caracterizado por un alto nivel de delincuencia, consumo de drogas u otro tipo de conductas antisociales.

En un ambiente con un importante nivel de desorganización comunitaria la persona tiene un mayor riesgo de verse, primeramente, implicado en conductas problema y, a partir de las mismas, de desarrollar conductas antisociales y de cometer más actos delictivos y comenzar tempranamente a consumir sustancias. Además, suelen asociarse los factores, dado que una parte de las personas que viven en este tipo de barrios ya tienen a su vez otros factores de riesgo asociados (ej., bajo nivel de control sobre sus hijos, deprivación económica y mayor tasa de paro, índice mayor de alcoholismo, mayor nivel de fracaso escolar, etc.). Todo ello impide, dificulta o hace difícil que los padres puedan enseñar a sus hijos conductas prosociales (Muñoz-Rivas et al., 2000), siempre que lo quieran hacer, porque en ocasiones también es más probable que los padres tengan conductas antisociales. En un ambiente como éste falla también el proceso de socialización (Oetting, Donnermeyer y Deffenbacher, 1998) o no es el adecuado. En otros casos, la carencia de supervisión paterna lleva a no tener el niño o el adolescente puntos claros de referencia en su familia. Estos los obtendrá fuera o los irá viendo en otros modelos que quieren o consiguen lo inmediato, sea por medios legales o ilegales. El surgimiento de personalidades antisociales en este contexto es fruto de un caldo de cultivo previo que se puede preveer y que seguimos previendo hoy mismo. De ahí la relevancia de aplicar programas específicos para estos lugares (ej., Plan Autonómico sobre Drogas, 1995).

Dado que la cultura es un elemento constituyente necesario de cada nivel psicológico de la persona, influyendo los componentes biológicos, cognitivos, motivacionales, interpersonales y del grupo (Markus, Kitayama y Heiman, 1996), la falta de identificación con la misma o la comprobación de que no se pueden conseguir las metas que propone, lleva al surgimiento de otros problemas en la esfera individual, familiar y del grupo social más cercano, en este caso del barrio

3.3 LOS CAMBIOS Y MOVILIDAD DE LUGAR

La persona se socializa en una familia, sea nuclear o extensa, en un barrio concreto con otros niños y amigos que va conociendo y en la escuela, cuando es escolarizado. También los medios de comunicación de masas intervienen actualmente en este proceso. Entendemos que este pro-

ceso es más o menos estático. Ello implica una importante estabilidad en un lugar concreto (por ejemplo, en un barrio de una ciudad, o dentro de una misma ciudad aunque haya cambios de domicilio) y el mantenimiento de una misma familia (padre, madre, hijos). La realidad nos indica que esto ha cambiado de modo radical en los últimos años. La movilidad geográfica y los cambios de trabajo tienen una enorme variabilidad respecto a lo que ocurría hace décadas, y lo mismo podemos decir, como luego veremos, de las separaciones y divorcios.

Desde hace décadas sabemos los efectos que produce el desarraigo, especialmente por los problemas de emigración que muchas regiones y comunidades de España han sufrido a lo largo de los últimos 100 años. Se sabe que la emigración es una causa de psicopatología (Griffith y González, 1996), especialmente cuando se les cambia de su contexto cultural y familiar (Cabaleiro, 1997; Rodríguez, 1982). El proceso de aculturación a una nueva cultura produce estrés. La persona en ella puede integrarse, pasar a un proceso de marginalidad o también pasar por un proceso de resistencia y asimilación. Si, aparte, el idioma es distinto, el proceso se hace aún más complejo. En Estados Unidos esto se encuentra frecuentemente en los altos niveles de consumo de alcohol en hispanos respecto a otros grupos culturales, al tiempo que predominan los varones respecto a las mujeres en tener mayores problemas de consumo y abuso de alcohol (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999). Por ello, la aculturación se ha considerado como un factor de riesgo para el consumo de drogas, aunque en el sentido de conflictos causados por la aculturación, estrés de la aculturación, percepción de discriminación, más que la aculturación en sí misma. De ahí, que el consumo de drogas puede cumplir funciones instrumentales de afrontamiento a los déficits interpersonales y para el manejo del estrés (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999).

En nuestro medio, este proceso no se ha producido de modo acusado en las décadas pasadas dentro de la inmigración interna, porque solían irse toda la familia, iban para otro lugar con la misma lengua y cultura y los problemas de adaptación se solventaban por la otra parte de la mejora económica y la adquisición de nuevos bienes y servicios lo que significaba una clara mejora en las condiciones de vida. Sin embargo, en los últimos años, con la aparición del fenómeno de las drogas, y la disponibilidad de las mismas, los cambios de un lugar a otro pueden tener una mayor influencia en los niños que en el pasado, específicamente sobre el consumo de drogas. Con los factores de protección adecuados no hay ningún problema. Si en el cambio aparece que el niño o adolescente no se adapta bien a su nuevo medio, o bien la familia relaja el control del mismo, o cambia el tipo de crianza, puede incrementarse el riesgo (Hawkins, Arthur y Catalano, 1995). Esto es más probable que ocurra del paso de la zona

rural a la urbana, como distintos estudios han indicado (Muñoz-Rivas et al., 2000). Aún así, este es uno de los factores más difíciles de evaluar porque los estudios suelen hacerse retrospectivos, hay pocos estudios longitudinales, y pueden estar presentes otros factores de riesgo de gran relevancia que solapan al anterior. Pero, en su inicio, en muchos casos, es el factor de movilidad el que facilita los otros.

3.4 LAS CREENCIAS, NORMAS Y LEYES DE LA COMUNIDAD FAVORABLES HACIA EL USO DE DROGAS

Uno de los factores de riesgo más importantes, y al tiempo más difíciles de aceptar, precisamente por la naturaleza del mismo son las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el uso de drogas. Sabemos que el consumo de drogas es un fenómeno reciente sobre algunas drogas (ej., heroína, cocaína), pero no sobre otras. Se dice frecuentemente que las drogas han existido desde siempre, que el consumo de drogas ha ido en paralelo a la vida del hombre sobre la tierra, y de que cada cultura tiene su propia droga. Todo esto es cierto, con los matices que hay que indicar, como vimos en el primer capítulo, pero lo es para unas sustancias, que no para todas. Específicamente, el mayor problema que tenemos en nuestro medio son las drogas ilegales, no ya por el enorme consumo, sino por las graves consecuencias que producen en la esfera física, psicológica, familiar, social y económica. Los problemas derivados del abuso y dependencia del alcohol o de las enfermedades producidas por el tabaco son de sobra conocidas y de una enorme relevancia para explicar la morbi-mortalidad de nuestros ciudadanos y los de otros países desarrollados (Becoña, 1998). A su vez, dado el fenómeno del incremento de la vida recreativa (Calafat et al., 2000) en los países más desarrollados en los últimos años, con un correlativo consumo de drogas, el mayor acceso a las mismas por su disponibilidad y precio asequible, ha complicado y extendido más el problema, especialmente para las drogas ilegales, ya que con las legales se va incrementando cada vez más el control de las mismas (ej., a través de las distintas leyes de drogas de las comunidades autónomas, restricción del acceso a menores para la compra o expedición, etc.), aunque no siempre es fácil hacer cumplir las normas sociales dictadas para dicho control.

Sabemos que cuando se han puesto en marcha sistemas de control para las drogas legales, tales como el alcohol y el tabaco, como incremento de precios, restricción de acceso al mismo a personas menores de edad y penalización ante su consumo abusivo, estas medidas han sido efi-

caces (Hawkins et al., 1992). Todo ello sugiere que habría tres elementos básicos para el control: el incremento de precios, el control de la accesibilidad a la sustancia y el control de la publicidad. Esto es claro, como ya indicamos, tanto para el alcohol (Sánchez, 2002) como para el tabaco (Villalbí, 1998).

En nuestro medio ha sido y sigue siendo difícil aplicar normativas semejantes a las anglosajonas sobre el control de las drogas legales, aunque se están dando pasos positivos en este sentido. Cuando las consecuencias sociales negativas (ej., muertos jóvenes en accidentes de tráfico) superan a las positivas (ej., satisfacción ante un estado de embriaguez o cuasi-embriaguez) facilita tomar medidas, entre las que están cambiar las leyes sobre esa sustancia. Y, con ese cambio de leyes se irá produciendo un paulatino, pero constante, cambio de normas y creencias sociales sobre ello. El caso del alcohol es bien elocuente en España. En la actualidad, en España, según los datos de la última encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas en España (Plan Nacional sobre Drogas, 2001), un 74.6% afirma que ha consumido algún tipo de alcohol en los últimos 12 meses y un 61.7% en los últimos 30 días. Dándole la vuelta a estos datos, un 25.4% no ha consumido ningún tipo de alcohol en el último año (abstemios) y un 38.3% no ha consumido ningún tipo de alcohol en el último mes. Estos datos son relevantes porque muestran que hay un porcentaje de la población, una de cada cuatro personas, que no prueba el alcohol en un año en un país caracterizado por la denominada «cultura del vino» y que es uno de los principales productores y consumidores del mundo. Estos datos facilitan un cambio de mentalidad, o más técnicamente de creencias y valores, como es un claro hecho en España en las últimas décadas referido al alcohol y al tabaco. Algo semejante podemos decir sobre el consumo de tabaco, con un claro descenso en su consumo en los últimos años.

Sí que es más complejo analizar el tema del consumo de las drogas ilegales en función de las creencias, normas y leyes de la comunidad sobre el consumo de drogas. Sí sabemos que a mayor consumo de alcohol y tabaco se incrementa más la probabilidad de pasar a probar otras drogas, especialmente la marihuana, hachís en nuestro medio. Esto, a su vez, facilita, que algunos de estos pasen a probar cocaína y heroína y llegar a desarrollar adicción a estas sustancias.

Acerca del cannabis sí que es evidente que se ha producido un cambio muy importante sobre la disminución de la percepción del riesgo en la población española desde hace varias décadas hasta hoy, al tiempo que se ha incrementado el consumo por la gran disponibilidad y bajo coste relativo. También ello se ha visto favorecido por el cambio en la legislación española, hace años, donde se despenaliza el consumo de drogas. En la

situación actual, la penalización por el consumo a nivel privado es inexistente y en lugares públicos se queda en una multa, con la excepción de cuando hay tráfico de drogas. También, con la real normalización del consumo, se ha bajado la guardia sobre este tipo de consumo y sobre otros.

Por el contrario, la población considera muy negativo el consumo de heroína, junto al de cocaína, a continuación, y las propias leyes, y la aplicación real de las mismas, son mucho más duras para el tráfico de heroína y cocaína que para el cannabis. De ahí que quedan unas drogas como marginalizadas, la heroína y la cocaína, fundamentalmente, y otras que siendo ilegales hay una mayor tolerancia, como ocurre con el cannabis y con las drogas de síntesis.

3.5 LA DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD A LAS DROGAS

Para que se pueda producir el consumo tiene que estar presente la sustancia, poder estar disponible y acceder a ella. La forma, el tamaño, la presentación, el modo de obtenerla, así como el precio, son variables importantes para el consumo.

A pesar de que teóricamente parece que la disponibilidad de drogas es un factor esencial para el consumo, los estudios muestran que no siempre la disponibilidad aparece como un factor claramente relacionado con el consumo de drogas (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999). Se considera que la disponibilidad de drogas, cuando tiene efecto, lo hace a través de la presión de los iguales, el abuso de sustancias en la familia, el género, el estatus socioeconómico y la aculturación (Kail, 1993). Sin embargo, otros estudios encuentran que la disponibilidad sí tiene una gran relevancia en cierto tipo de drogas, como los inhalantes.

Una variable que sí tiene relación es la accesibilidad y precio de la sustancia. Cuando el precio es bajo la probabilidad del consumo es mayor. Cuando es alto, la probabilidad del consumo es menor. Esto se ha podido analizar en las drogas legales, en aquellos países que han utilizado el incremento de precios para controlar el consumo (Chaloupka et al., 2002).

Los puntos de venta cobran aquí una gran relevancia. Como es bien sabido, tanto en las drogas legales, a través de estancos, bares, cafeterías, discotecas, etc., como ilegales a través de narcotraficantes, traficantes, camellos, consumidores, etc., se ha creado una amplia red que es conocida por el que la busca en una ciudad en lugares habilitados para su venta, o son ellos los que buscan al cliente en ciertos lugares de diversión, especialmente en la tarde-noche-mañana o cerca de colegios o institutos.

En España, como en la mayoría de los países desarrollados, el precio de una sola dosis es accesible. El problema está cuando la persona se hace adicta y precisa varias dosis a la semana o al día. Según los últimos datos de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2002) una dosis de heroína cuesta sobre 1.500 pts. y de cocaína 2.200 pts. El LSD y el speed sobre 1.500 pts. Y el éxtasis cercano a las 2.000 pts. El gramo de hachís entre 600 y 700 pts. Como sabemos, el precio del alcohol y del tabaco es bajo y bien conocido por todos.

Salvador (1996, 1998), para el tabaco, ha analizado específicamente el papel que tiene la disponibilidad y accesibilidad al tabaco. El tabaco es, no cabe duda, la droga más accesible a cualquier ciudadano del mundo. Aunque en nuestro medio el alcohol lo es igual que el tabaco, sin embargo en otras culturas el alcohol está prohibido o tiene fuertes restricciones a su consumo. Siguiendo con el tabaco, comenta Salvador (1998) como en España hay 15.500 expendedurías de tabaco y 100.000 máquinas automáticas situadas en lugares públicos. A ello hay que añadir la venta en bares, restaurantes, etc., aparte de la venta ambulante de tabaco tan característica de las grandes ciudades y sin contar con todo el tema del tabaco de contrabando. Esta disponibilidad y accesibilidad llega a su punto álgido cuando es posible comprarlo en hospitales, a pesar de que legalmente no sea posible. Pero hablar de «legalidad» puede ser hasta un contrasentido para una sustancia tan cotidiana y consumida por el 37% de la población adulta española. También, como ya hemos comentado, Salvador (1996, 1998) incide en la relación entre accesibilidad, precio y demanda de cigarrillos. Todo va unido. Hoy sabemos que el incremento del precio del tabaco por encima del IPC produce un descenso del consumo. Ejemplos recientes como el de Canadá son claros (Stephens et al., 2001), para dicho descenso tanto en adolescentes como en adultos. Sin embargo, en nuestro país dicho precio se mantiene estancado al subir igual que el IPC en los últimos años. Si nos referimos al alcohol estamos ante la misma situación. Después de un considerable incremento de su precio por una mayor presión fiscal a través del incremento de impuestos para adecuarnos a la normativa comunitaria hace unos años, año a año el precio del vino, bebidas destiladas, etc., se sigue manteniendo sin apenas variaciones.

Por ello, una buena medida preventiva para reducir el consumo de una sustancia, concretamente en el caso del tabaco y del alcohol, sería incrementar el precio anualmente por encima del IPC y, al tiempo, implantar toda otra serie de medidas de información, educación, concienciación y preventivas para reducir los riesgos de su consumo en los que ya consumen o retrasar el consumo o facilitar que no pasen de consumidores ocasionales o no consumidores en los más jóvenes.

3.6 LA PERCEPCIÓN SOCIAL DEL RIESGO DE CADA SUSTANCIA

Desde hace unos años sabemos, mediante distintos estudios realizados en toda la población, que la percepción del riesgo sobre una sustancia es importante, dado que sobre aquellas en las que la gente tiene una mayor percepción del riesgo tienen un menor consumo (Moncada, 1997). Esta percepción del riesgo varía claramente de unas a otras drogas, como son igualmente distintos los consumos en función de una u otra droga.

Bachman, Johnston, O'Malley y Humphrey (1988) mostraron como el grado de riesgo percibido por los jóvenes sobre las distintas drogas influía en su consumo de las mismas; esto es, a mayor riesgo percibido sobre una droga menor consumo y a menor riesgo mayor consumo. Este ha sido uno de los hallazgos más relevantes de los últimos años que ha conducido a un cambio en los mensajes de los responsables de la administración de distintos países sobre la prevención del uso de drogas. Mientras que hace años se sostenía que transmitir mensajes a los adolescentes sería inefectivo porque los rechazarían, actualmente expertos como Johnston (1995) sostienen lo contrario en función de los resultados obtenidos sobre la percepción del riesgo sobre distintas sustancias.

Donde más se han realizado estudios sobre esta cuestión y donde aparece más claro es en el consumo de marihuana en estudios realizados en Estados Unidos (Chatlos, 1996). En ellos, se aprecia una línea opuesta entre percepción del riesgo y consumo de la misma manteniéndose la misma disponibilidad de la sustancia. Así, mientras que la percepción del riesgo de consumo de marihuana era bajo a finales de los años 70, el consumo de la misma era alto; hasta principios de los 90 la percepción del riesgo era alta y el consumo bajo. A partir del año 1992 desciende la percepción del riesgo y se incrementa el consumo.

Son diversos los factores que se asocian con la percepción del riesgo por parte de las personas de una población sobre una droga específica. En el caso del tabaco, la mera información y la concienciación de los profesionales de la salud, a partir de la cual han enviado mensajes claros a sus pacientes, ha favorecido una importante reducción en el consumo de tabaco. Por contra, en el caso de la marihuana, al no producir importantes problemas de dependencia, haber una gran disponibilidad de la misma, ser considerada como una droga menos peligrosa que la heroína, no existir un número de adictos a la misma problemáticos, existir grupos que defienden su consumo y legalización, etc., han favorecido el que en los últimos años se haya reducido la idea de que la misma acarrea graves problemas.

A pesar de todo lo dicho, lo cierto es que disponemos de poca información sobre los factores reales, encontrados empíricamente, que expli-

can el que las personas incrementen o disminuyan su percepción del riesgo sobre las distintas sustancias. De lo que sí estamos seguros es que a mayor percepción del riesgo sobre una concreta sustancia menor consumo y viceversa. Por ello, cuando el joven tiene una baja percepción del riesgo sobre una sustancia la probabilidad de consumo es mayor. Los datos de consumo de las drogas en España en jóvenes de 14 a 18 años, nos muestran la idea que tienen sobre el riesgo de las distintas drogas, ya que éste es inverso a los niveles de consumo de cada una de ellas. Se precisa clarificar más adecuadamente esta variable, cara a conocerla mejor y ver aquellos modos que puedan permitir a la persona tener la percepción del riesgo «real» sobre cada una de las sustancias, más que el riesgo «subjetivo» sobre cada una de ellas.

Un elemento negativo para formar una correcta percepción del riesgo en las drogas legales se produce por la publicidad de las mismas. La publicidad de las drogas legales va orientada claramente a que los consumidores incrementen el consumo de las mismas, esto es, del tabaco y del alcohol o, si no consumen, se hagan consumidores. Aunque las compañías niegan este hecho, la realidad muestra que las campañas van dirigidas a incrementar el mercado (Salvador, 1998; Villalbí, 1998) y, que si no fuese así, dejarían inmediatamente de hacer publicidad por los miles de millones que gastan anualmente las compañías en la publicidad del alcohol y del tabaco. Además, se precisa la incorporación de nuevos consumidores para mitigar los efectos de los que mueren y de los que abandonan su consumo por motivos de salud, problemas de adicción, mediante un tratamiento, etc. De ahí el que tengan un gran interés en dirigirse a los jóvenes para captarlos como consumidores o reforzar su adicción. Cuando el niño o adolescente ve como a su alrededor las personas consumen drogas legales sin ninguna coacción, que las ven anunciadas en los periódicos, revistas e incluso televisión (alcohol directamente e indirectamente el tabaco), la primera idea que extrae de ello es que su consumo no acarrea riesgos. De ahí que la percepción del riesgo que tienen los adolescentes como el resto de la población sobre el tabaco y el alcohol sea bajo, a diferencia de las drogas ilegales. Y, cuando el adolescente escucha mensajes, fundamentalmente sanitarios, abogando por un mayor control de las mismas, no puede entender que se planteen dichos mensajes para unas sustancias y no para otras o que se pretenda regular algo que, por otra parte, la hacienda pública es una de las más beneficiadas a través de los impuestos, sin contar los puestos de trabajo que están por medio en juego si realmente se llegase a un control real.

Para la prevención de las drogodependencias éste es un tema central. La prevención se centra básicamente en las drogas legales y hoy casi todos los programas preventivos tienen un componente orientado al análisis de

la publicidad del alcohol y del tabaco y a cómo hacerle frente a sus mensajes y desmontar las falacias que suelen subyacer a los mismos.

3.7 FACTORES DE PROTECCIÓN COMUNITARIA

Como ya hemos comentado, la investigación en el campo de la prevención de las drogodependencias se ha centrado fundamentalmente en los factores de riesgo y menos en los de protección. Con poca frecuencia los investigadores se adentran en los mismos, aunque se observa un mayor interés por los mismos en los últimos años. Respecto a los factores de riesgo y protección comunitarios, destacamos los que propone como de protección Kumpfer et al. (1998), que son los de un sistema de apoyo externo positivo, el apoyo y recursos formales e informales de la familia, las normas creencias y estándares conductuales contra el uso de drogas, y el rendimiento escolar exitoso y apego a la escuela. Tal como ellos los consideran, la ventaja de estos factores de protección es que, a su vez, sirven de factores para prevenir o reducir el riesgo de pobreza, baja educación o conflictos familiares, los cuales tienen una clara incidencia en el consumo de drogas, como ya hemos visto, como factores de riesgo. Otros factores de protección que se han sugerido en la misma línea son los de Pollard et al. (1997), los cuales consideran los refuerzos por la implicación en la comunidad y las oportunidades para implicarse en la comunidad, derivados del modelo de desarrollo social de Catalano y Hawkins (1996).

4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DE LOS COMPAÑEROS E IGUALES

Los factores de riesgo de los compañeros e iguales que consideramos más importantes son los de: los compañeros que consumen drogas, las actitudes favorables hacia el consumo de drogas, la conducta antisocial o la delincuencia temprana y el rechazo por parte de los iguales.

4.1 ACTITUDES FAVORABLES DE LOS COMPAÑEROS HACIA EL CONSUMO DE DROGAS

El tener actitudes favorables hacia el consumo de drogas es un claro predictor del posterior consumo de las mismas (Hawkins et al., 1992). A esta actitud favorable puede llegarse por las actitudes favorables de la

familia hacia el consumo de drogas, de los iguales o de distintos factores de riesgo individual y escolar. En el caso de los compañeros e iguales, aunque la persona no tenga factores de riesgo previos hacia el consumo de drogas, el relacionarse con otras personas que tienen dichas actitudes, o incluso que ya han consumido, aumenta las probabilidades de consumo, tanto por efectos de conformidad, como de modelado.

4.2 COMPAÑEROS QUE CONSUMEN DROGAS

El relacionarse con compañeros que consumen drogas es un claro factor de riesgo para el consumo de drogas. Toda una serie de estudios encuentran consistentemente que salir o realizar actividades con personas de su misma edad que consumen drogas es un fuerte predictor del uso de sustancias en jóvenes (Hawkins et al., 1992; Muñoz-Rivas et al., 2000).

Si a su vez la relación con los compañeros que consumen drogas coincide con aquellos que las han consumido a edades tempranas, como ocurre en un grupo de alto riesgo para el posterior consumo abusivo de las mismas, puede darse un consumo más temprano de drogas (Kandel, 1982; Hawkins et al., 1992, 1995). Nótese que también este factor de riesgo lo hay que ver en relación con otros factores de riesgo y no separado o como único actuante para explicar un consumo o no de drogas.

4.3 CONDUCTA ANTISOCIAL O LA DELINCUENCIA TEMPRANA

Se ha encontrado sistemáticamente una clara relación entre la conducta antisocial y otras dos conductas: la delincuencia y el consumo de drogas (Catalano y Hawkins, 1996). Muchos modelos, para explicar el consumo de drogas, se centran por este motivo en ambas conductas por la gran semejanza entre ellas porque los factores de riesgo para unas y otras son los mismos o casi siempre los mismos. En el presente caso, nos referimos a la relación que tiene la conducta antisocial y la delincuencia temprana del grupo de iguales y como este tipo de conductas influye en ese tipo de conducta y en el consumo de drogas de la persona (Muñoz-Rivas et al., 2000). Incluso algunas personas han ido un poco más allá y han propuesto una explicación más comprensiva de este fenómeno bajo la denominación de síndrome de conducta desviada (Hundleby y Mercer, 1987), síndrome de desviación general (McGee y Newcomb, 1992), conducta problema (Jessor et al., 1991), etc., donde estarían al menos la conducta antisocial o delictiva, junto al consumo de drogas, y otras como la conducta sexual problemática, etc.

4.4 RECHAZO POR PARTE DE LOS IGUALES

Un factor de riesgo que se ha sugerido en relación al consumo de drogas se deriva del rechazo o de una aceptación limitada de la persona por parte de sus iguales, especialmente cuando tiene pocos años, lo que facilita conductas de bajo rendimiento escolar, delincuencia, llevando ello también a un mayor abuso de sustancias (Kumpfer et al., 1998). Sin embargo, no siempre aparece clara esta relación en los estudios realizados (Hawkins et al., 1992; Muñoz-Rivas et al., 2000) y ello puede ser debido a que este factor interacciona con otros, como pueden ser los de personalidad u otros factores de riesgo. En este sentido, los estudios hechos con niños tímidos sugieren que éste puede ser un factor de protección, aún siendo rechazado por sus compañeros, mientras que la agresividad sí que puede llevar a un consumo cuando es rechazado por los compañeros que quizás él quiere elegir, pero es aceptado por el grupo de niños más agresivos, con lo que se incrementa el riesgo de consumo de drogas y otro tipo de conductas agresivas y violentas. De ahí, la relevancia de conocer mejor estas variables, la relación que tienen con el consumo de drogas y la necesidad de detectar estas personas para romper esa cadena conductual en la que tienen muchas probabilidades de llegar a probar distintas sustancias y de llegar a tener problemas de dependencia, agresividad, etc.

4.5 FACTORES DE PROTECCIÓN DE LOS COMPAÑEROS E IGUALES

Se han estudiado mucho menos los factores de protección del consumo de drogas de los compañeros e iguales que lo que se ha hecho con los factores de riesgo. Sin embargo, también hay algunos factores de protección que pueden funcionar independientemente de los factores de riesgo que ya hemos visto. Uno especialmente importante es el apego a los iguales (Pollard et al., 1997) cuando estos no consumen drogas. Esto se relaciona con el hecho de que tener amigos íntimos normalizados que tienen actitudes y metas semejantes a las de la persona facilita una mayor estabilidad y apoyo emocional. En este momento se pasa del apoyo emocional de los padres a los amigos. Si lo encuentra en éstos es más probable que su evolución sea más estable. Pueden interferir otros factores cara el consumo de drogas, pero no éste. Además, con este grupo de amigos es posible aprender cosas, salir organizadamente y llevar una vida como persona joven normal. A ello también contribuyen los padres, como sabemos hoy por los estudios que muestran como los padres pueden incidir en los iguales a través de los

hijos (Kandel, 1996), en muchos casos facilitando o impidiendo tener unos u otros amigos. En suma, que la relación es compleja y múltiple, aunque este factor se relaciona directa o indirectamente, en muchos casos, con otros factores de riesgo y protección familiar, fundamentalmente, y con los de la escuela y la comunidad.

5. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ESCOLAR

Los factores de riesgo escolar que consideramos más importantes son el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar, el bajo apego a la escuela, el tipo y el tamaño de la escuela y la conducta antisocial en la escuela.

5.1 BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO Y FRACASO ESCOLAR

Uno de los factores que clásicamente se ha indicado como de riesgo para el consumo de drogas es el fracaso escolar, que se puede ampliar al bajo rendimiento académico o dificultad de pasar de uno a otro curso (Hawkins et al., 1992). Este riesgo sería mayor en los últimos cursos de la escuela primaria, que coincide evolutivamente con el periodo de desarrollo en donde el niño y la niña se da mas cuenta de su mundo circundante, de sí mismo y de su papel en el mundo (Craig, 1997). Parece que el tipo de fracaso o la causa del fracaso (como problemas de conducta, no asistir a la escuela, aprendizaje, incapacidad, ambiente escolar pobre, u otras causas) es indiferente para facilitar el consumo de drogas (Kumpfer et al., 1998). Además, no se ha encontrado que la capacidad intelectual facilite evitar el consumo de sustancias. Incluso algunos estudios encuentran que puede facilitarla (Hawkins et al., 1992), aunque esta relación no es tan clara a largo plazo (Bachman et al., 2002).

A pesar de que con frecuencia se han cargado las tintas en el fracaso escolar para explicar este problema y otros, no debemos olvidar que este es uno de los factores y que en muchos casos el fracaso escolar está relacionado con otros factores distintos a la capacidad intelectual o a la posibilidad de aprendizaje, como puede ser el clima en la familia, el barrio en el que vive, el nivel de apego social que muestra la persona, etc., y que en muchos casos son los que llevan directamente al fracaso escolar. También las creencias de los padres sobre la escuela y lo que sus hijos pueden aprender en ella es muy importante, al transmitirles unas expectativas en un sentido o en otro.

5.2 BAJO APEGO A LA ESCUELA

El bajo apego a la escuela, o la falta de interés por la misma, es un factor de riesgo para el consumo de drogas (Hawkins et al., 1992). Distintos estudios encuentran que aquellos que tienen previsto asistir a la escuela tienen un menor consumo de drogas que aquellos que no piensan ir. Específicamente, el hacer novillos es uno de los factores claves para explicar este factor de riesgo, siendo uno de los factores más claramente asociados con el consumo de drogas (Gottfredson, 1988).

En la línea de lo que comentamos sobre la relación entre distintos factores de riesgo, es lógico que si la persona que tiene que asistir a la escuela no va, realizará otro tipo de conductas distintas a las que debe: asistir a la escuela, atender las explicaciones, retener lo expuesto, aprovechar lo que le enseñan, etc. Por el contrario, si está fuera de la escuela se implicará en otro tipo de conductas, adultas o no normativas para su edad. Al mismo tiempo se sentirá con una gran libertad, al estar transgrediendo el horario escolar, con lo que es más probable que realice algunas conductas que no acarrearán problemas, pero sí tiene más probabilidad de implicarse en otras más problemáticas o de tipo antisocial. Consumir alcohol, beber tabaco, o consumir otras drogas, es más probable en este caso, como un paso de conseguir ser un adulto. Además, si este tipo de conducta, no asistir a clase, se relaciona con otras, como desarraigo familiar, pobre control en el barrio, problemas personales, etc., es más probable que siga haciendo esa conducta. Si el sistema escolar no tiene mecanismos de control, o si los tiene en su familia no toman medidas adecuadas de control, el problema se mantendrá y puede incluso irse incrementando, como con expulsiones temporales de la escuela, fracaso escolar, etc. Se está en riesgo de entrar en un círculo vicioso difícil luego de salir de él.

Cuando finalmente se produce el abandono de la escuela, prematuramente antes de que tuviese que hacerlo, éste se convierte en un importante factor explicativo del posterior consumo de drogas (Mensch y Kandell, 1988). Además, el comienzo temprano del consumo de drogas, como el tabaco, alcohol y marihuana también incrementa posteriormente el riesgo de abandono prematuro de la escuela sin finalizar los estudios (Mensch y Kandell, 1988).

5.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA ESCUELA

Si como indicamos al hablar de los factores de riesgo comunitario, el tamaño de la ciudad posibilita más probablemente la existencia de barrios y zonas marginales, también sería probable que el tipo de escuela y el

tamaño de la misma influyese. Es lo más probable que una escuela en un barrio marginal tenga mayores problemas que una escuela en un barrio rico sin problemas sociales importantes. De igual modo, un mayor tamaño de la escuela lleva a que sobre la misma haya menor control de los profesores sobre sus alumnos. Sobre el tipo de escuela hay evidencia de que una escuela en una zona marginal se relaciona con mayores problemas en la escuela y en sus alumnos y profesores, así como con una menor motivación del profesorado, mayores conflictos en la misma, etc. Esto va a depender mucho de los factores sociales, o puede ser modelado por ellos, aunque el mismo hecho de la marginalidad, aplicado a una zona concreta, ya crea actitudes y conductas confirmatorias en sentido negativo hacia el objeto, en este caso hacia la escuela (Miller y Prentice, 1996).

En España ha analizado la cuestión anterior específicamente Recio et al. (1992). Encontraron que la mayor probabilidad de consumo de sustancias se daba en aquellos alumnos que estudiaban en un centro con mayor número de alumnos y en escuelas privadas de carácter laico. Por el contrario, los que estudiaban en centros de menor tamaño o en escuelas públicas o privadas de orientación religiosa esta relación no aparecía. También sus resultados indicaban que la relación anterior sólo aparecía referida al consumo de algunas drogas. Por ejemplo, el carácter privado laico del centro predecía sólo el consumo de tabaco, alcohol y tranquilizantes; el carácter privado de la escuela, tanto laica como religiosa, estaba negativamente asociado al uso de barbitúricos; y, el mayor tamaño del centro predecía tanto el uso de alcohol y cannabis como de tranquilizantes y analgésicos.

5.4 CONDUCTA ANTISOCIAL EN LA ESCUELA

Una conducta que va paralela al consumo temprano de drogas en la escuela es también la conducta antisocial en la misma. Aunque la conducta antisocial y otros problemas de conducta son variables de tipo individual (Hawkins et al., 1992), cuando la persona está en la escuela, ese problema de conducta que tiene se ve incrementado dentro de ese concreto funcionamiento social como es la escuela. De ese modo su problema individual se hace un problema familiar, escolar y comunitario, en función del distinto contexto en que se encuentre la persona en cada momento específico.

En el caso concreto de la escuela, la conducta antisocial acarrea problemas importantes de conducta y problemas relacionados con la disciplina. Al tiempo, puede llevar a problemas de fracaso escolar, poca valoración de esa persona por parte de sus profesores, prestarle mucha atención para controlar sus conductas problemas pero poca respecto a lo relaciona-

do con su aprendizaje y conducta más escolar, mayores quejas a sus padres por su comportamiento en la escuela etc. A su vez este tipo de conducta se asocia con el consumo de drogas, con una iniciación más temprana en su consumo y, en general a un mayor número de problemas cuando ambas conductas se dan al mismo tiempo (Petterson et al., 1992). Por tanto, aunque este factor de la conducta antisocial tiene muchas ramificaciones, siendo una de ellas el consumo de drogas, se convierte en el marco escolar en un factor de gran relevancia, especialmente si vamos a aplicar un programa preventivo, porque como suele ocurrir en la práctica, éste suele aplicarse en exclusiva en la escuela por la dificultad de acceder a la familia o al medio comunitario o por la carencia de medios para hacerlo.

5.5 FACTORES DE PROTECCIÓN ESCOLAR

El factor de protección esencial en la escuela es una escuela de calidad (Jessor, 1991). Cuando la escuela funciona bien, hay un adecuado control del profesorado hacia sus alumnos, un seguimiento cercano de los mismos y un trato correcto adecuado a su desarrollo evolutivo, se favorece un desarrollo integral de la persona. Con ello se facilita que puedan funcionar más autónomamente y que con ello se encuentren mejor consigo mismos y tengan menos conductas problemáticas, tanto las relacionadas con el consumo de drogas como otras. Esto claramente se relaciona, en el sentido opuesto, aunque visto desde otra perspectiva, con varios de los factores de riesgo ya analizados (ej., el fracaso escolar). Por ello es de gran relevancia que las escuelas sean de calidad y que se haga un seguimiento minucioso de los alumnos tanto en lo que atañe a su rendimiento escolar como a sus problemas personales y familiares. Especialmente el tema del fracaso escolar debe ser analizado y, de darse, actuar para conocer sus causas y para poder abordarlo hasta el nivel en que se pueda. Aunque se ha hablado mucho del fracaso escolar, no debe verse aisladamente, ya que el mismo viene explicado por otras múltiples causas, entre las que están problemas de salud (ej., mala visión, enfermedad, ausencia por enfermedad), valores, motivación de logro, problemas de aprendizaje, bajo nivel intelectual, etc. (Craig, 1997).

6. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN INDIVIDUAL

Son muchos los factores de riesgo y protección individual que se han propuesto, como podemos ver en la tabla 36. Hacer una agrupación coherente y comprensiva de los mismos es difícil, de ahí el que

haya un amplio abanico de clasificaciones sobre los mismos al agruparlos en distintas categorías o hacer meramente un listado de ellos. Lo más fácil es hacer un listado de los mismos, como han hecho muchos autores [ej., Hawkins, 1992; Petterson, 1992; Moncada, 1997; Pollard et al., 1997]. Otros, como Kumpfer et al. (1998) y Muñoz-Rivas et al. (2000) los han agrupado en distintas categorías]. En nuestra consideración, y sin agotar el tema, creemos que una buena agrupación es la de Kumpfer et al. (1998), que agrupa los factores de riesgo individual en tres categorías, como son la biología, la conducta y la personalidad. En la biología se incluirían los factores de predisposición del individuo y los factores biológicos que están presentes; en la conducta, la conducta actual o pasada que ha realizado o fruto de la misma, como la psicopatología y, en los factores psicológicos y la personalidad, tanto la depresión, como los rasgos de personalidad, como las actitudes hacia el consumo. Sin embargo, partiendo de la misma, nosotros agrupamos los factores en estas categorías pero considerando los que ellos proponen y otros. Así, en la biología incluimos tanto los factores genéticos (ej., ser hijo de padre alcohólico), como los biológicos (edad, sexo) y los constitucionales (ej., dolor o enfermedad crónica); en los conductuales, tanto la conducta antisocial, como los problemas de conducta, la psicopatología y los problemas de salud mental, consumo temprano de drogas, agresividad y la necesidad de independencia; en los factores psicológicos y de personalidad las consecuencias del abuso físico, sexual o emocional; depresión; actitudes favorables hacia el consumo de drogas; actitudes favorables hacia la conducta antisocial; ausencia de valores ético-morales; y, como características y rasgos de personalidad, la alienación y rebeldía, búsqueda de sensaciones, baja tolerancia al dolor y pobre control de impulsos.

6.1 FACTORES BIOLÓGICOS

6.1.1 Factores genéticos

Hay toda una línea de investigación para encontrar relaciones entre factores genéticos previos y el consumo de drogas. Sin embargo, casi todos estos estudios se han centrado en el análisis de la relación entre el alcoholismo de los padres y el posterior consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas por parte de sus hijos.

La predisposición o vulnerabilidad biológica ha sido ampliamente estudiada en el campo del alcoholismo, y en menor grado en las otras drogas. Autores como Miller (1997) afirman que los estudios con animales

apoyan una vulnerabilidad genética, tanto para el alcohol como para las otras drogas. Pero aun así, indica también como el ambiente sigue constituyendo el determinante principal de exposición a las mismas. Y, en los seres humanos, de modo mucho más importantes que en otras especies animales.

Dentro del alcoholismo se han realizado tanto estudios familiares como genéticos (Miller, 1997). Está bien documentado que la prevalencia de alcoholismo familiar entre alcohólicos varones es del 50%. Los jóvenes alcohólicos suelen tener familiares también alcohólicos, con una edad temprana de comienzo y una forma más severa de adicción. Además, los que tienen una historia familiar de alcoholismo responden peor al tratamiento que cuando no tienen una historia familiar de alcoholismo.

En los estudios genéticos se encuentra que los hijos de alcohólicos en adopción tienen un mayor índice de alcoholismo que los hijos de no alcohólicos en adopción, llegándose a apuntar una probabilidad de 3 a 4 veces mayor de ser los primeros alcohólicos respecto a los segundos. Esta relación se ha encontrado en muestras diversas de distintos países (Dinwiddie, 1977; Miller, 1997). A su vez, estudios llevados a cabo en Finlandia y Suecia con muestras representativas y muy grandes, encontraron que los problemas de bebida eran mayores en gemelos monocigóticos que en dicigóticos (Goodwin, 1985), como luego se confirmó en otros países.

Miller (1997) apunta que varios neurotransmisores pueden estar implicados en las conductas adictivas, como los opioides pépticos, la dopamina, la serotonina y la norepinefrina. Estos neurotransmisores tienen relación con el centro de la recompensa y con los estados de conducta instintiva (Gold, 1997).

De los datos existentes la relación más importante que se ha encontrado está en el tipo II de alcoholismo de Cloninger. Las personas de este tipo se caracterizan por ser varones, tener mayor probabilidad de tener enfermedades psiquiátricas, frecuentemente tienen una elevada dependencia de la recompensa, elevada evitación del castigo y baja búsqueda de novedades (Sánchez-Turet, 1992). Es una forma de alcoholismo heredable, aparece tempranamente y se asocia con la personalidad antisocial. Por suerte, del porcentaje total de alcohólicos constituye un porcentaje bajo. Los hijos de alcohólicos de tipo II son un grupo de riesgo importante tanto para el consumo de alcohol, como para otras adicciones. Así, en estudios con hijos adoptados tienen una probabilidad de desarrollar alcoholismo 9 veces mayor que los controles.

Los estudios de adopción de Cadoret (1992) y Cadoret et al. (1996) indican que los factores genéticos juegan un importante papel en la tran-

sición del uso al abuso de drogas más que al uso de drogas. Encuentra que existen dos elementos biológico-genéticos para el desarrollo del abuso de drogas en los adoptados: uno que depende del abuso de sustancias en su padre biológico y que está limitado al abuso y dependencia de drogas en el adoptado; y otro que parece ser una expresión de una agresividad subyacente y relacionado con la criminalidad en el padre biológico (Cadoret et al., 1996).

Estos estudios tienen la ventaja de que permiten conocer los factores de vulnerabilidad premórbida que lleva a un concreto trastorno. Como un claro ejemplo, una historia familiar de alcoholismo es el factor de riesgo más consistente para el desarrollo de alcoholismo en un joven vulnerable (Merikangas y Avenevoli, 2000).

El Yale Family Study (Merikangas y Avenevoli, 2000) encuentra que la fobia social y el trastorno afectivo bipolar están causalmente relacionados con el desarrollo de la dependencia de sustancias, mientras que el ataque de pánico, depresión mayor y trastorno por uso de sustancias resultan en parte una porción de los factores de riesgo familiar.

En su muestra encuentran que hay una importante relación entre el trastorno por uso de sustancia en sus padres y en los jóvenes, mostrando claramente que la historia parental es un importante factor de riesgo para el abuso y dependencia de sustancias. Otro importante factor de riesgo que aparece para el desarrollo del trastorno por uso de sustancias es la psicopatología preexistente, especialmente en este estudio el trastorno de conducta y el trastorno desafiante oposicional. Cuando hay algún trastorno psiquiátrico presente el riesgo de abuso es dos veces mayor que el riesgo para el uso y el riesgo para dependencia es más que cuatro veces mayor para el riesgo para el uso cuando está presente cualquier trastorno psiquiátrico (ver tabla 37). El riesgo de abuso de sustancias atribuible a un trastorno psiquiátrico tiene un rango que oscila del 2% para el TDAH hasta el 78% para el trastorno de conducta; para la dependencia de sustancias el riesgo es mucho mayor cuando hay un trastorno psiquiátrico, como de un 44% para el TDAH y del 86% para el trastorno de conducta. «En suma, el hallazgo principal del Yale Family Study revela que el abuso de sustancias tiene una gran relación familiar en adultos y en niños; hay alguna especificidad de agrupación familiar de drogas específicas de abuso e independencia entre los trastornos de alcoholismo y de uso de drogas; los factores familiares están más fuertemente asociados con la dependencia de sustancias que el abuso; y, los trastornos psiquiátricos están fuertemente asociados con el desarrollo de los trastornos por uso de sustancias, tanto como factores de riesgo premórbidos como una secuela» (Merikangas y Avenevoli, 2000, p. 814).

Tabla 37
ODDS RATIO DEL *YALE FAMILY STUDY* ENTRE TRASTORNOS
PSIQUIÁTRICOS Y USO DE SUSTANCIAS

Trastorno psiquiátrico	Uso de sustancias		
	Uso	Abuso	Dependencia
Afectivo	0.6	1.7	3.2
Conducta	4.2	6.0	6.0
Oposicional	4.2	3.3	4.1
TDAH	0.9	2.0	3.6
Ansiedad	0.9	1.9	5.5
Cualquier trastorno	1.3	3.0	5.7

Adaptado de Merikangas y Avenevoli (2000).

Este estudio muestra que una historia familiar de abuso de sustancias es uno de los factores de riesgo más potentes para el desarrollo del abuso de sustancias entre la descendencia expuesta. De ahí la importancia que tienen los programas preventivos basados en la familia (Hogue y Liddle, 1999). Ellos llegan a indicar que los factores de riesgo familiar atribuibles en el desarrollo de este trastorno es mayor que el 50%. Los programas preventivos deberían incluir tanto a la familia como al niño, especialmente a aquellos con problemas emocionales o de conducta

6.1.2 Factores de tipo biológico

Hay dos factores biológicos claramente relacionados con el mayor o menor consumo de drogas, como son el sexo (masculino) y la edad. Sistemáticamente se encuentra que hay una clara diferencia por sexos para el consumo de drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2002). En este sentido, ser varón es un factor de riesgo para el consumo de drogas, especialmente las drogas ilegales, porque el consumo de las drogas legales es actualmente en España semejante en varones y mujeres, para el tabaco y el alcohol.

Respecto a la edad, la probabilidad de consumo a los 6 años es baja, mientras que a los 16 es alta. Esto coincide con la etapa juvenil o con la pubertad. Además, después de la adolescencia, cuando se pasa a la edad

adulto, hay un descenso en el consumo de drogas. En capítulos posteriores analizamos detenidamente estas cuestiones.

6.1.3 Factores constitucionales (ej., dolor o enfermedad crónica)

Varios estudios y revisiones han indicado como factores constitucionales, como pueden ser el dolor y la enfermedad crónica pueden ser factores de riesgo para el consumo de drogas (ej., Hawkins et al., 1992), aunque no se ha analizado mucho esta cuestión, con la excepción de las personas que tienen problemas de salud mental, que descubren las drogas y las utilizan para automedicarse o para reducir el propio estado que les produce la enfermedad (ej., en la esquizofrenia, en el trastorno bipolar, en la ansiedad social, etc.) (Becoña y Lorenzo, 2001).

6.2 FACTORES PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES

6.2.2 Psicopatología, trastorno de conducta y los problemas de salud mental

El campo de la psicopatología infantil y del adolescente ha tenido un gran desarrollo en las últimas décadas (Wicks-Nelson e Israel, 1997). Con ella se han desarrollado de modo importante también toda una serie de estudios, fundamentalmente epidemiológicos, para conocer la prevalencia de distintos trastornos mentales y los factores que se relacionan con los mismos. En este contexto suele encontrarse relaciones entre distintos problemas psicopatológicos, como la depresión, los trastornos de conducta y otros problemas de salud mental y el consumo de drogas. Unos pueden darse antes que los otros o ambos al mismo tiempo. El estudio de la comorbilidad se utiliza cada vez más frecuentemente para conocer esta mutua relación en adolescentes (Gilvery, 2000), como una continuación de lo que conocemos sobre este tema en adultos. A continuación vamos a analizar aquellos aspectos psicopatológicos más importantes relacionados con el consumo de drogas como factores de riesgo.

6.2.2.1 Depresión. La relación entre depresión, o sintomatología depresiva, y el consumo de drogas ha aflorado claramente en los últimos años respecto al consumo de distintas sustancias (Becoña, 1999; Calafat y Amengual, 1991; Muñoz-Rivas et al., 2000). Distintos estudios longitudinales han encontrado que tener problemas de tipo emocional en la infancia facilita tener posteriormente problemas de consumo de sustancias en la

vida adulta (ej., Newcomb, Maddahian y Bentler, 1986). El consumo de drogas es un procedimiento idóneo para aliviar los problemas de tipo emocional, a la vez que dicho consumo favorece o facilita tener más problemas emocionales (Calafat y Amengual, 1991), entrando así la persona en un círculo vicioso con un incremento de los problemas tanto referidos al consumo de sustancias como a sus problemas emocionales.

6.2.2.2 *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.* En los últimos años ha surgido el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de la infancia relacionado con toda una serie de conductas en la vida adulta, entre las que se encuentra el consumo de drogas. Y, además, los adolescentes que acuden a tratamiento están sobrerrepresentados con este trastorno asociado al de abuso de sustancias (Gilvarry, 2000).

Dada la interrelación entre distintos factores, con frecuencia no queda claro si este trastorno constituye un factor de riesgo independiente o está modulado por los trastornos de conducta o por trastornos afectivos del individuo. Lo que sí sabemos es que el TDAH incrementa el riesgo de padecer un trastorno de conducta. El estudio de Horner y Scheibe (1997) muestra como estas personas comienzan a utilizar drogas tempranamente, tienen problemas de abuso de sustancias más severos, tienen dificultades para seguir el tratamiento, especialmente por sus problemas de falta de atención. Este cuadro se aprecia especialmente en el caso de las personas con dependencia de la cocaína. El problema del estudio anterior, como de otros realizados sobre este tema, es que las muestras son pequeñas y no se puede llegar a conclusiones firmes.

6.2.2.3 *Trastorno de conducta.* El trastorno de conducta, la hiperactividad y el consumo de drogas van muy unidos en la adolescencia siendo la comorbilidad frecuente entre ellos (Gilvery, 2000). Por ello, el trastorno de conducta, bien solo o estando también presente la hiperactividad, suele aparecer en los estudios asociado al posterior consumo de drogas (ej., Lynskey y Fergusson, 1995).

6.2.2.4 *Otros problemas.* Uno de los estudios más representativos donde aparece relación entre otros problemas y el consumo de drogas es el de Brook, Cohen y Brook (1998). Con un seguimiento de 22 años a sus sujetos desde la infancia, encuentra que el uso de alcohol y drogas está asociado significativamente con un incremento en el riesgo de varios trastornos mentales, como la conducta antisocial, la depresión y los trastornos de ansiedad cuando son jóvenes adultos. A su vez, en este estudio se encuentra que si cuando estas personas están en la adolescencia tardía padecen trastornos depresivos, de ansiedad o de conducta, estos trastornos no tienen relación con el posterior uso de drogas en

la adultez. Lo que predice ese consumo son distintas características de personalidad y psicopatológicas como la agresión y las conductas disruptivas.

También parece existir relación entre consumo de sustancias y suicidio (Gilvery, 2000), pero esto es difícil de analizar porque muchos de los estudios se han hecho con las personas que han cometido efectivamente suicidio, en los que se encuentra un alto porcentaje de consumo de drogas previo. Cuando están asociados a un tiempo los trastornos del estado de ánimo y el consumo de drogas el riesgo es mucho mayor. Con el gran incremento de los trastornos del estado de ánimo en estos últimos años (Becoña y Lorenzo, 2001; Muñoz, Vázquez y Becoña, 2000), es probable que los futuros estudios vayan encontrando más sistemáticamente esta relación.

6.2.2 Conducta antisocial

La conducta antisocial va frecuentemente unida al consumo de drogas. Es un factor de riesgo o, más bien, la conducta antisocial y el consumo de drogas son dos elementos de un constructo superior, como el que se ha propuesto de síndrome de desviación general (ej., Ensminger y Yvon, 1998).

Los niveles de la conducta antisocial son varios. Puede ser algo puntual o algo más profundo. Cuando la conducta antisocial va más allá de un hecho puntual y hablamos de personalidad antisocial el problema es mayor (véase el punto posterior para la personalidad antisocial).

6.2.3 Alienación y rebeldía

Para Hawkins et al. (1992) uno de los principales factores de riesgo para el consumo de drogas son la alienación y la rebeldía. Concretamente, ellos consideran la alineación de los valores dominantes de la sociedad, la baja religiosidad y la rebeldía. Todos ellos muestran tener una relación positiva con el consumo de drogas. Como un ejemplo, uno de los mejores estudios sobre esta temática es el de Shedler y Block (1990). Este encontró, en su estudio longitudinal, que la alienación interpersonal evaluada a los 7 años de edad predecía el uso frecuente de marihuana a los 18 años. En el polo opuesto estaría la independencia, o necesidad de conseguir la independencia y la autonomía, la cual es una de las características propias y definidoras de la adolescencia.

6.2.4 Agresividad

Aunque distintos estudios han analizado el papel de la agresividad como factor de riesgo para el consumo de drogas, este concepto es muy cercano, o altamente correlacionado, con otros que ya hemos visto, como es la conducta antisocial, la alienación y rebeldía, etc.

Los estudios en donde se ha analizado la relación entre agresividad en la infancia (conceptualizada bajo las denominaciones de agresión, temperamento difícil, rebeldía, impulsividad, trastornos emocionales y dificultades interpersonales) y consumo de drogas muestran relaciones consistentes entre ambos (Brook , Whiteman, Finch y Cohen, 1995, 1996; Gilvery, 2000; Stacey y Newcomb, 1995). Como un ejemplo, el estudio de Brooks et al. (1996), de veinte años de seguimiento, encuentra que la agresividad en la infancia está relacionada en los años posteriores tanto con el abuso de drogas como con la delincuencia. La estabilidad de esta relación se mantiene en el tiempo y para ambos sexos, aunque predominando más las conductas delinquentes en varones y las de uso de drogas en mujeres con mayor nivel socioeconómico.

6.2.5 Consumo temprano de drogas

Consumir drogas tempranamente, específicamente antes de los 15 años, es un importante factor de riesgo para el posterior uso de drogas, apareciendo sistemáticamente en casi todos los estudios y revisiones (ej., Anthony y Petronis, 1995; Gilvery, 2000; Kandel y Yamaguchi, 1993; Muñoz-Rivas et al., 2000; etc.). Por ello se considera básico en los programas preventivos conseguir que las personas no consuman o, en caso de que tengan riesgo de consumir, retrasar al máximo los primeros consumos, por ser éstos un claro predictor del posterior consumo de drogas con el riesgo de llegar a la dependencia.

Sin embargo, no debemos olvidar que el que se produzca un consumo antes de los 15 años suele en muchos casos estar relacionado con otras variables o factores de riesgo que hemos analizado. Tener un pobre control familiar, relacionarse con amigos que consumen drogas, tener fracaso escolar y por ello no asistir a la escuela o faltar sin causas justificadas, junto a otros factores de tipo individual, llevan a la realización de conductas precoces para la edad, entre las que se encuentra con relativa frecuencia el consumo prematuro de drogas o el consumo o prueba de distintas drogas (Kandel y Yamaguchi, 1993).

6.2.6 Consecuencias del abuso físico, sexual o emocional

El abuso físico y sexual está asociado con el uso de drogas (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999), así como a otros múltiples problemas en el momento en que se produce y en la vida posterior. Además, éste es un nuevo problema que ha aflorado de modo importante en los últimos años (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Por ello es necesario que una política preventiva sea más amplia que la mera prevención de las drogodependencias y tenga en cuenta todos los aspectos del funcionamiento de la persona y los problemas con los que se va a encontrar a lo largo de su ciclo vital. De ahí que sea necesario dedicar más esfuerzos a una mejor educación familiar y social, preocuparse por los problemas nuevos como es éste y prestar una especial atención a la protección de la infancia. De este modo lograremos evitar en el futuro tanto problemas de consumo de drogas como otros problemas psicopatológicos derivados de hechos como es el abuso físico y sexual. También con ello contribuiremos a disminuir o eliminar los malos tratos en el seno familiar, que luego pueden facilitar otro tipo de abusos en esa familia ahora y, en el futuro, en sus descendientes.

6.2.7 Actitudes favorables hacia el consumo de drogas

La actitud es un elemento previo a la intención conductual y a la conducta (Becoña, 1999). De ahí que el que una persona tenga una actitud favorable hacia el consumo de drogas favorece que dicho consumo se produzca. Desde hace años hay clara evidencia de ello en el consumo de drogas, destacando aquí el largo estudio de seguimiento de Jessor y Jessor (1977) y Jessor et al. (1991) donde encontraron que la persona formaba su actitud sobre las drogas a partir de la observación de las conductas de sus padres sobre el consumo de alcohol y medicamentos, de la interpretación que hacían de la conducta de sus padres sobre el consumo de esas sustancias, de la observación del consumo entre su grupo de iguales y de la interpretación de las actitudes y normas del grupo de iguales. Ello estaba también modulado por la práctica religiosa y por el peso del grupo de iguales. En función de todo ello la persona se formaba una actitud hacia el consumo o no consumo de drogas. Las actitudes sobre las drogas se van formando paulatinamente y cambiando hacia una mayor tolerancia hacia las mismas y hacia un mayor valor positivo y de aceptación desde la niñez hasta la adolescencia. Esto es también una parte de lo que explica el que a partir de cierta edad (después de los 10-13 años), que suele ser el comienzo de la adolescencia o unos años antes, se incrementa de modo

significativo el consumo de drogas, especialmente las legales, ya que en los años previos a esa edad el consumo era nulo o casi nulo. Este consumo, facilita como conducta, un cambio de actitudes hacia otras sustancias, de ahí el que en los siguientes años comiencen una parte de los jóvenes a probar otras sustancias. Claramente, una actitud favorable hacia las drogas incrementa la probabilidad de probar las mismas; una actitud desfavorable facilita una baja probabilidad de prueba.

También, por su relevancia actual, una actitud favorable lleva a una baja percepción del riesgo; una actitud desfavorable a una alta percepción del riesgo. La información a ciertas edades deja de ser el elemento más importante para la formación de actitudes. Pasan a ser otros elementos los que se encargan de ello (Becoña, 1986).

Es importante indicar una vez más que los factores de riesgo no funcionan separadamente unos de otros. Aún con actitudes favorables hacia las drogas, la prueba o no de la misma, o de darse la prueba la continuación en el consumo, va a depender del control familiar, actitudes de los padres sobre el consumo de drogas, conducta de consumo o no de drogas por parte de los padres, tanto de tipo legal, como ilegal y medicamentos, grupo de amigos, estabilidad emocional, y otros factores de la historia evolutiva de ese individuo. Como un ejemplo, hay una actitud más favorable por parte de los varones que las mujeres al consumo (Ortega y Mínguez, 1990), de ahí que la variable sexo modula este tipo de actitud en los chicos y en las chicas de modo distinto.

6.2.8 Ausencia de valores ético-morales

Muñoz-Rivas et al. (2000) agrupan una serie de características de las personas en lo que ellos denominan ausencia de valores ético-morales como factor de riesgo para el consumo de drogas. Varios modelos, como el de Catalano y Hawkins (1996), Jessor y Jessor (1977), Jessor et al. (1991), sin decirlo así explícitamente, sostienen lo mismo, cuando se refieren al apego social, la aceptación de un orden moral, etc. También toda una serie de estudios han encontrado sistemáticamente, tanto en Estados Unidos (ej., Bachman et al., 2002) como en España (ej., Muñoz-Rivas et al., 2000), que la religiosidad es un factor de protección para el consumo de drogas y, a la inversa, que la falta de religiosidad, o la no asistencia a los oficios religiosos o no identificarse con ninguna organización religiosa es un factor de riesgo para el consumo de drogas.

Lo que subyace a estos planteamientos es no interiorizar las normas sociales, no tener un claro vínculo social o no aceptar el modelo social en el que se vive.

6.3 RASGOS DE PERSONALIDAD

El estudio de las características, variables o rasgos de personalidad han sido siempre una importante fuente de estudio para conocer los factores de riesgo o vulnerabilidad para el consumo de drogas. Además, durante muchas décadas ha existido una importante serie de estudios sobre la personalidad en donde una de las variables predictoras era el consumo de drogas. A pesar de que se han analizado muchas variables o rasgos de personalidad, sólo unos pocos han aflorado como significativos para explicar una parte del consumo de drogas. La existencia de estudios longitudinales ha permitido conocer un poco más este tipo de relación, aunque no ha habido un número importante de estudios o en éstos no siempre se han encontrado relaciones consistentes. Entre los rasgos y variables de personalidad que se han propuesto o estudiado destacan la de búsqueda de sensaciones y la de personalidad antisocial.

6.3.1 Búsqueda de sensaciones

El constructo de búsqueda de sensaciones se refiere a la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas (Zuckerman, 1979). La escala que más se utiliza para evaluar este constructo, la de Zuckerman (1979), consta de cuatro dimensiones: excitación y búsqueda de aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento. La excitación y búsqueda de aventuras implica una propensión a implicarse en deportes o pasatiempos físicamente peligrosos; la búsqueda de experiencias implica cambios en el estilo de vida y estimulación de la mente; la desinhibición se manifiesta por conductas de extraversión social; y la susceptibilidad al aburrimiento, se caracteriza por una incapacidad para tolerar experiencias repetitivas y la monotonía.

Toda una serie de estudios, como revisa Muñoz-Rivas et al. (2000) han encontrado sistemáticamente una relación significativa entre el constructo de búsqueda de sensaciones, o algunas de las cuatro escalas anteriores, y el consumo de drogas, y tanto en jóvenes como en adolescentes. En estudios hechos en España (ej., del Barrio y Alonso, 1994) los resultados van en la misma dirección. Todo ello sugiere que una persona que tiene un rasgo de búsqueda de sensaciones es un claro factor de riesgo para el posterior consumo de drogas. También debe notarse que el constructo búsqueda de sensaciones explica otro tipo de conductas problema como ocurre por ejemplo en el juego patológico (Becoña, 1996).

6.3.2 Personalidad antisocial

La personalidad antisocial ha cobrado una gran relevancia en los últimos años en relación con las personas adictas a sustancias psicoactivas (Catalano y Hawkins, 1996). La misma está presente en un porcentaje importante de adictos que están en tratamiento (Becoña y Vázquez, 2001). Dado que la misma tiene una evolución que empieza en la edad temprana, es previsible que haya una importante relación entre ella, evaluada o detectada en edades tempranas, y el posterior consumo de drogas en la vida adulta o un inicio más temprano en el consumo de drogas en la niñez o en la adolescencia.

Dado que el diagnóstico de personalidad antisocial no se puede realizar hasta después de los 18 años, en los años previos a ellos se ha evaluado la agresividad, las rabietas y peleas, comportamiento antisocial o trastorno disocial (American Psychiatric Association, 1994). Los estudios encuentran que la agresividad temprana es uno de los mejores predictores de la posterior conducta antisocial y de una personalidad antisocial (Muñoz-Rivas et al., 2000). Especialmente, si la conducta agresiva persiste hasta la adolescencia, la probabilidad de un trastorno de personalidad antisocial se incrementa en la vida adulta. Este trastorno lleva asociado un consumo de drogas, junto a otro tipo de conductas antisociales, en muchos casos caracterizados por la agresividad, violencia y total desprecio a las normas sociales y de convivencia. Como ya hemos comentado, luego es un importante problema en las personas que acuden a tratamiento para este problema (Becoña y Vázquez, 2001).

6.4 FACTORES DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

Se han propuesto varios factores de protección individual. Pollard et al. (1997) propone los de religiosidad, creencia en el orden moral y habilidades sociales. Kumpfer et al. (1998) los de un temperamento o disposición positiva, un amplio repertorio de habilidades de afrontamiento sociales, creencia en la propia autoeficacia y la habilidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes y una orientación social positiva.

La asistencia a la iglesia, la afiliación religiosa, así como el buen rendimiento académico y aspiraciones para el futuro, era un factor de protección que llevaba al bajo consumo de drogas (Chavez, Oetting y Swaim, 1994). Concretamente, la asistencia a la iglesia y la afiliación religiosa podría tener su efecto protector porque con ella obtiene apoyo social, encuentra significado para el desarrollo de su identidad, facilitando así el apego social y necesitar menos otro tipo de grupos, especialmente aquellos que consumen drogas (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999).

Otro posible factor de protección es la inteligencia. Distintos estudios han encontrado esta relación pero no aparece siempre. Así, en el estudio de Fergusson y Lynskey (1996) encuentra que son factores protectores del consumo de drogas la alta inteligencia, baja conducta de búsqueda de novedades y evitación de amistades con iguales delincuentes. Y, dentro del último modelo propuesto por Jessor (1991) considera que uno de los principales factores de protección es la inteligencia. Sin embargo, o bien por las dificultades de su evaluación, o por la relación con otros factores de riesgo más relevantes, no siempre se le da a esta variable toda la relevancia que tiene.

Y, finalmente, habría que indicar, que la resiliencia puede ser un adecuado factor de protección en aquellas personas que han tenido problemas importantes en su infancia. Concretamente, respecto a la resiliencia, ya Rutter (1985) hace años encontró que los niños resistentes tenían una mayor habilidad para solucionar problemas y una mayor creencia en su propia eficacia. Este constructo, por su relevancia, lo analizamos separadamente en un capítulo posterior.

7. LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN. EJEMPLO DE ESTUDIOS REPRESENTATIVOS

En las páginas anteriores hemos presentado un cuadro desmenuzado de los distintos factores de riesgo y protección existentes en la esfera individual, familiar, escolar, amigos y comunitaria. Pero, otro modo más realista de conocer los mismos, y la relevancia de unos respecto a los otros, es verlos todos en conjunto. Son muchos los estudios que se han hecho sobre los factores de riesgo y protección. A continuación sólo vamos a exponer varios de ellos, seleccionados por ser representativos, con muestras adecuadas, recientes en el tiempo, realizados por autores relevantes en el campo y, cuando posible, estudios longitudinales. Los que vamos a exponer son los de Félix-Ortiz y Newcomb (1999), Costa, Jessor y Turbin (1999) y Muñoz-Rivas et al. (2000).

Félix-Ortiz y Newcomb (1999) analizaron los factores de riesgo y protección bajo la denominación de vulnerabilidad, una variable que agrupa a ambos, para explicar el consumo de drogas en adolescentes latinos del área de Los Angeles. Utilizaron un diseño transversal en estudiantes de los grados 9 y 10, evaluando el consumo de las distintas sustancias en los últimos seis meses. Basados sobre sus estudios previos evaluaron dieciséis factores de riesgo y protección. Estos estaban agrupados en: variables educacionales (rendimiento académico, aspiraciones educativas), indicadores de convencionalidad (religiosidad, cumplimiento de la ley), indicadores de salud emocional (distrés emocional, historia de abuso sexual, historia de abuso físico, historia de intentos de suicidio), actos desviados, variables

familiares (apoyo percibido de los padres y de la familia, uso de drogas percibido de los adultos), medio social (tolerancia percibida de personas importantes y de la comunidad, uso percibido de drogas por los iguales, disponibilidad percibida de drogas), creencias sobre sí mismo y sobre otros (auto-aceptación, oportunidades percibidas de futuro, daños percibidos del uso de drogas). En su estudio crearon dos variables dicotómicas para cada variable anterior, una para la protección y otra para el riesgo. Correlacionandolas con el consumo de drogas obtuvieron un índice de factor de riesgo y un índice de factor de protección, al incluir las variables en uno u otro en función de su mayor o menor asociación al consumo. De este modo, el índice de factor de riesgo está constituido por las bajas aspiraciones educativas, carencia percibida de oportunidades, actos desviados, tolerancia al uso de drogas percibida en la comunidad, uso percibido por los adultos, uso percibido por los iguales, disponibilidad percibida de drogas e historia positiva de al menos un intento de suicidio. Por su parte, el índice de factor de protección estaba formado por rendimiento académico alto, cumplimiento de la ley, religiosidad, bajo distrés emocional, autoaceptación, apoyo percibido por los padres y la familia, daño percibido de las drogas e historia negativa de abuso físico o sexual. De esta muestra, la mayoría tenían dos o menos factores de riesgo (76%) y dos o menos factores de protección (64%). Los análisis realizados con estos dos índices mostraron siempre correlaciones significativas entre consumo de drogas y el índice de factores de riesgo y en un tercio de los casos con el índice de factor de protección. A partir de ahí crearon una variable latente, llamada vulnerabilidad, consistente en los factores de riesgo, los de protección y la interacción entre ambos. Al tiempo crearon otra variable como uso de drogas múltiples. Los resultados indican que la variable de vulnerabilidad predice el consumo de las drogas separadamente y en conjunto y tanto para los varones como para las mujeres. El análisis de sus resultados les permite llegar a concluir que los factores de protección moderan los factores de riesgo, especialmente cuando hay un alto número de factores de protección y pocos de riesgo, llevando a una clara reducción en el consumo. Al tiempo, cuando hay un gran número de factores de riesgo y pocos de protección el uso de drogas es elevado. Cuando hay altos niveles de factores de riesgo y altos niveles de factores de protección el consumo de drogas es moderado. Esto es especialmente evidente para la frecuencia de consumo de tabaco y marihuana en chicos y frecuencia de consumo de marihuana, inhalantes y drogas ilícitas así como la cantidad de consumo de marihuana en chicas.

El estudio de Costa, Jessor y Turbin (1999) analiza específicamente el papel de los factores de riesgo y protección para el consumo de alcohol. Para ellos los factores de riesgo pueden incidir en el consumo de alcohol

tanto a través de la instigación directa, como es el caso de la presión de los iguales, o de tener una mayor oportunidad de poder consumir alcohol, como cuando se implica con amigos que tienen acceso al alcohol, o por la vulnerabilidad a la transgresión normativa, como cuando tiene un sentido alto de desesperanza.

Su estudio es de tipo longitudinal, obteniendo los datos en los años 1989, 1990, 1991 y 1992 en Rocky Mountain. Cuando comenzaron a recogerlos (año 1989) los alumnos estaban en los grados 7, 8 y 9. Evaluaron ocho factores de riesgo y otros ocho de protección psicosocial. Para ellos conceptualmente los factores de riesgo son distintos de los de protección (Jessor et al., 1995). Los factores de riesgo psicosocial que consideraron fueron los de: bajas expectativas para el éxito, baja autoestima, desesperanza, amigos como modelos para el uso de alcohol y otras drogas, mayor orientación hacia los amigos que hacia los padres, alto estrés, bajo rendimiento académico y propensión a irse de la escuela. Y, los factores de protección psicosocial: orientación positiva hacia la escuela, intolerancia actitudinal hacia la desviación, religiosidad, orientación positiva hacia la salud, relación positiva con los adultos, percepción de fuertes controles regulatorios contra la transgresión, amigos como modelos para la conducta convencional, e implicación en actividades psicosociales, incluyendo el trabajo voluntario y las actividades en la familia.

Sus resultados muestran, en la línea de otros estudios realizados por este equipo (ej., Jessor et al., 1995; Jessor et al., 1998) correlaciones significativas entre todos los factores de riesgo y protección considerados con el consumo de alcohol y mayoritariamente en la dirección predicha y evaluada por las escalas de los factores de riesgo y protección. El análisis de sus resultados les lleva a poder afirmar que a mayor número de factores de riesgo y menores los de protección, es mayor el problema de uso de alcohol. Dado que su estudio es longitudinal, pudieron evaluar el efecto de los factores de riesgo y protección a largo plazo. Encuentran que entre los adolescentes que no tienen problemas con el alcohol, tener un mayor nivel de riesgo y un menor nivel de protección incrementa la probabilidad de ser un bebedor problema en los años sucesivos. Al tiempo, cuando están presentes varios factores de protección, éstos atenúan el impacto sobre el beber problema. Sin embargo su impacto es menor que el papel que tienen los factores de riesgo. En suma, los factores de riesgo para implicarse en conductas de beber problema son las bajas expectativas para el éxito en la escuela, vida familiar, amigos y otras áreas de la vida; baja autoestima; un sentido de desesperanza y desacuerdo de las normas sociales; alto estrés; exposición a amigos que usan alcohol y otras drogas; mayor orientación hacia sus amigos que hacia sus padres; bajo rendimiento escolar; y una mayor propensión a abandonar la escuela. Y, los

factores de protección para no implicarse en problemas de bebida son la alta intolerancia a la desviación, una orientación positiva hacia la escuela, una orientación positiva hacia la salud, mayor religiosidad, relaciones positivas con los padres y con otros adultos, percepción de la existencia de mayores controles reguladores en el ambiente social, más amigos como modelos de la conducta convencional, y mayor implicación en actividades prosociales tales como clubs escolares y trabajo como voluntario.

Muñoz-Rivas et al. (2000) realizaron un estudio transversal con una muestra de la comunidad de Madrid que estaban cursando educación secundaria o profesional, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años de edad. La muestra fue amplia, 1.570 personas. Evaluaron un amplio conjunto de características psicológicas, como autoconcepto, conducta antisocial, depresión, búsqueda de sensaciones, impulsividad, etc., que constituyen variables de tipo individual, en muchos casos actuando como factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias. Los factores analizados los clasificaron en variables de socialización: familiares, influencia del grupo de iguales y escolares. Las variables familiares incluían la estructura y composición familiar, normas de convivencia familiar, relaciones afectivas y de comunicación y actitudes y conductas familiares hacia el consumo. Las variables de influencia del grupo de iguales agrupaba el tipo de actividades realizadas en grupo, el consumo de drogas en los amigos y la naturaleza de la relación. Las variables escolares agrupaba el rendimiento académico, la valoración del centro escolar, la naturaleza de la relación y la valoración académica.

Los resultados indicaron que casi todas las variables incluidas en el estudio correlacionaban significativamente con el consumo de drogas legales y, en la mitad de los casos, con las drogas ilegales y medicamentos. Utilizando análisis de regresión múltiple para la predicción de las distintas sustancias encontraron un gran número de variables predictivas como significativas. Como ejemplo, en la predicción del consumo de drogas ilegales surgen variables significativas que predicen dicho consumo, que en unos casos van en sentido positivo y otra negativo, de tipo psicológico (autoconcepto positivo, en negativo; felicidad, en negativo; autoconcepto-autoestima; relaciones sexuales tempranas; conducta antisocial; impulsividad; y práctica religiosa), familiares (convive con otras personas distintas a los padres, relaciones y vinculación con el padre y la madre, que aparecen en sentido negativo, búsqueda de apoyo instrumental materno, en sentido negativo, uso materno de tranquilizantes y la reacción familiar al uso de cocaína, marihuana y heroína, en sentido negativo), amigos (consumo de cocaína por sus amigos) y escolares (nota media global en el curso pasado, en negativo; valoración del centro en el área intelectual y afectiva, ambos negativos; faltar a clase sin motivo; y, relaciones con los

profesores). En otro estudio (Graña, Muñoz y Delgado, 2000), los resultados son semejantes a estos, aunque incluyeron algunos factores de riesgo y protección adicionales en sus análisis.

Lo cierto es que desde hace años varios autores han propuesto que el consumo de drogas no se separe de otras conductas problema. Esto es, la persona que consume drogas, también lleva a cabo conductas violentas, de riesgo, etc. A esto se le han dado distintos nombres, como el de síndrome de la conducta problema (Jessor, Donovan y Costa, 1991). De modo semejante Félix-Ortiz y Newcomb (1999) incluyen todos los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas bajo un solo factor de vulnerabilidad. El mismo estaría constituido por los factores de riesgo y protección en los siguientes niveles: intrapersonal, familiar, iguales y cultura y sociedad. De los factores de riesgo, algunos de ellos incrementarían más la vulnerabilidad que otros, aunque hoy no se conoce claramente la jerarquización de los mismos. Este factor de vulnerabilidad serviría para explicar el consumo de todas las drogas, tanto consideradas en conjunto como separadamente para cada una de ellas. Esta es otra línea que cada vez hay que tener más en cuenta.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es bien claro que en el campo de la prevención de las drogodependencias es imprescindible conocer los factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas. En los últimos años se ha avanzado de modo importante sobre el conocimiento de los mismos y un buen número de estudios nos han permitido conocer los que son más relevantes y los que tienen mayor poder predictivo. Con ellos es posible elaborar programas preventivos de modo más adecuado y específico para las personas concretas que tienen esos factores de riesgo. También hoy sabemos que podemos potenciar los factores, o distintos factores de protección, para que así las personas consuman menos drogas.

Relacionado con el estudio de los factores de riesgo y protección, y por la agrupación que tanto nosotros como otros han hecho en la literatura científica, es claro que los mismos van paralelos al proceso de socialización. Siguiendo este proceso, que hace que el ser humano sea humano, podemos explicar el posterior consumo o no de drogas. De modo especial, el medio familiar ocupa un lugar destacado al principio (Hops et al., 1996). Es en el seno de la familia donde la persona se socializa, aprende y adquiere tanto creencias, como actitudes, normas sociales interiorizadas, valores, intenciones y hace a partir de ellas unas u otras conductas. El aprendizaje, la observación, las consecuencias de las acciones, etc., van poco a poco moldeando el modo de ser del niño y posteriormente del

adolescente. Además, hoy sabemos que la familia tiene más importancia de lo que se pensaba hace años, en relación con los iguales, en la adolescencia (Kandel, 1996). Por ello, tanto en éste como en otros aspectos, los padres juegan un papel importante para el uso o no de drogas por parte de sus hijos (Dusenbury, 2000). De ahí, el que se hayan también desarrollado programas preventivos de tipo familiar para potenciar los factores de protección familiar y reducir los de riesgo (Paglia y Room, 1999).

Después de la familia van a ser la escuela y los compañeros y amigos los que continúen dicho proceso de socialización. Es en el periodo adolescente cuando esto suele ocurrir. Todo ello llevará a que la persona pruebe o no pruebe las drogas y las continúe o no consumiendo si las ha probado. En este proceso se va a encontrar con una serie de factores de riesgo y protección, unos de su ambiente y medio social, otros de su familia, otros de sus compañeros y amigos y de su sistema escolar y, finalmente, otros que le van a ser propios. No olvidemos que hay una mutua interrelación entre unos y otros, que a su vez se han modulado por la historia y por el aprendizaje. La prevención puede incidir en varios de ellos (los que se pueden alterar) con el objetivo de reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección.

Relacionado con la existencia de factores de riesgo y protección para el consumo de drogas, sabemos que el consumo de drogas no suele ir solo. Va unido a otras conductas problema, especialmente a las conductas desviadas, antisociales o consideradas problemáticas socialmente. Detectar los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia tanto para ellos como para el resto de la sociedad. Esto también nos debe dejar claro que la mejora en el bienestar social (ej., reducción de la tasa de paro, aumento de las oportunidades, buenas escuelas para todos, etc.), biológico (facilidad de acceso a la sanidad, posibilidad de hacer chequeos periódicos, etc.) y psicológico (crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; poder desarrollar sus capacidades y expresar sus opiniones; preservar la salud mental, etc.) de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas.

Por suerte, conforme las personas aumentan en edad, tanto sean hombres como mujeres, se va produciendo un menor consumo de drogas, lo que ha sido explicado como un proceso de madurez respecto al uso de sustancias, que se da en los adultos jóvenes, como analizamos detenidamente en un capítulo posterior.

En la línea de lo que comentábamos previamente sobre el proceso de socialización, y el paralelismo que en ocasiones encontramos con los factores de riesgo y protección, Newcomb y Bentler (1986, 1988a, 1988b) han encontrado que el uso de drogas en la adolescencia temprana está asociada con la asunción temprana de los roles adultos (trabajo y matrimo-

nio), abandono de los roles de estudiante adolescente, teniendo luego problemas con los roles adultos, como se encuentra en su posterior mayor porcentaje de divorcios, inestabilidad laboral, malestar emocional y problemas familiares. El consumo de estas sustancias interfiere con el normal desarrollo físico y emocional, resultando en la aparición de problemas en varias importante áreas de la vida. Al tiempo, este consumo de drogas puede estar asociado tanto con el desarrollo precoz como con la disfunción psicosocial, siendo los responsables de producir los problemas anteriores. Este desarrollo precoz, con una correlativa falta de maduración y falta de habilidades, puede ser el responsable de ello. Curiosamente, en este estudio, la variable más relevante, dentro de las distintas drogas, fue el consumo de tabaco, que era quien predecía mejor el tener posteriormente problemas, más que fumar cannabis y tomar otras drogas ilegales. También, el no tener un adecuado apoyo social y relaciones interpersonales durante la adolescencia se asociaba directamente con la disfunción psicosocial, de modo más importante que el consumo de drogas.

Otro estudio destacable es el de McGee y Newcomb (1992), en el que comprobaron la existencia de un síndrome de desviación general donde el uso de drogas, junto a la conformidad social (en sentido negativo) y su situación académica (en sentido negativo), son los factores que forman el mismo en los primeros años de la adolescencia. Ello cambia para el final de la adolescencia, por estar este síndrome formado por el uso de drogas, relaciones sexuales, conducta delictiva y, en sentido negativo, la conformidad social y la situación académica. En la adultez temprana el síndrome está formado por las mismas variables que en la etapa anterior excepto el de orientación académica. Y, finalmente, en la adultez, las variables que constituyen el síndrome de desviación general son el uso de drogas, la conducta delictiva, la conformidad social (en sentido negativo) y el número de parejas sexuales. Lo anterior muestra que existen cambios en la contribución a este síndrome general de desviación en función del concreto período de desarrollo. Newcomb (1996) presenta datos de seguimiento de 16 años de jóvenes que cuando se les hizo su primera evaluación, en 1975, tenían entre 12 y 14 años. Sus resultados confirman en un grado importante la hipótesis por él planteadas, derivadas de la teoría de la pseudomadurez.

La permisividad hacia las drogas existente en nuestro medio, empezando por las drogas legales, junto a las ilegales, en forma de consumo, tráfico, intereses económicos, personas implicadas, redes creadas a través de las mismas, etc., junto a su accesibilidad y disponibilidad, hacen que sea de gran relevancia entrenar a las personas a resistir la presión que se van a encontrar en su vida cotidiana para que consuman. Muchos de estos primeros consumos comienzan en la familia, pueden observarse en sus miembros, o algún miembro de la familia puede incitar directamente al joven para

su consumo. Luego en sus amigos y compañeros. Este es un elemento importante, aunque no constituye toda la realidad del problema. Pero, dado que es un elemento más que va a llevar a distintas personas a probar o no distintas sustancias, cuando no tiene habilidades adecuadas de afrontamiento, o están presentes en esas personas importantes variables de vulnerabilidad para el consumo de esa sustancia o sustancias, aumenta el riesgo de consumo. En este caso los programas preventivos son una buena alternativa para que estas personas vulnerables no consuman o retrasen lo máximo posible su comienzo en el consumo de distintas sustancias psicoactivas (Dembo et al., 1999; Gual, Rodríguez-Martos y Calafat, 2000).

A pesar de que la mayoría de los factores de riesgo y protección que se han descrito no son maleables, y son fundamentalmente descriptivos, se ha apuntado alguna evidencia de que hay factores cognitivos que se relacionan con el consumo de sustancias y que éstos pueden ser maleables. De ellos destaca la memoria, con los estudios de Goldman (1999). Él ha estudiado el proceso cognitivo que implica una especie de plantilla de memoria de las experiencias previas que guía las conductas futuras, y que son las que han recibido la denominación de expectativas. Se sabe que las expectativas median las conductas y él ha desarrollado toda una serie de estudios en donde ha encontrado que las expectativas median el consumo de alcohol y que la manipulación de las mismas puede producir un incremento o descenso del consumo en función de dicha manipulación para conseguir uno u otro resultado.

El modelo epidemiológico del uso de drogas hipotetiza que el consumo está influenciado por el número más que por el tipo de factores de riesgo al que la persona es expuesto (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999). Con frecuencia suele omitirse que los factores de riesgo no están solos. Junto a ellos están también presentes los factores de protección.

Una cuestión no resuelta es saber cuáles son los factores de riesgo y protección más importantes (Robles y Martínez, 1998). En esta línea se han dado en pocos años pasos muy importantes. Para finalizar este apartado sólo indicaremos el recién publicado listado de factores de riesgo y protección elaborado por el Center for Substance Abuse Prevention, el CSAP norteamericano (Gardner et al., 2001), que es fruto de una extensa revisión sobre la información existente sobre los mismos, y que pueden verse en la tabla 38. Por esta línea podremos avanzar de modo importante en los próximos años.

Por todo ello, y como principal conclusión de todo lo expuesto hasta aquí, cuanto más y mejor conozcamos los factores de riesgo y protección, como los otros posibles riesgos asociados al consumo de drogas o a otras conductas problema, no sólo conoceremos mejor las causas por las que las personas consumen drogas o no las consumen, sino que podremos desarrollar cada vez programas preventivos más adecuados y más eficaces.

Tabla 38
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS

Dominio	Factores de riesgo	Factores de protección
Individual	<p>Rebeldía</p> <p>Amigos que se implican en conductas problema</p> <p>Actitudes favorables hacia la conducta problema</p> <p>Iniciación temprana en la conducta problema</p> <p>Relaciones negativas con los adultos</p> <p>Propensión a buscar riesgos o a la impulsividad</p>	<p>Oportunidades para la implicación prosocial</p> <p>Refuerzos/reconocimiento por la implicación prosocial</p> <p>Creencias saludables y claros estándares de conducta</p> <p>Sentido positivo de uno mismo</p> <p>Actitudes negativas hacia las drogas</p> <p>Relaciones positivas con los adultos</p>
Iguales	<p>Asociación con iguales delincuentes que consumen o valoran las sustancias peligrosas</p> <p>Asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad</p> <p>Susceptibilidad a la presión de los iguales negativa</p>	<p>Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras</p> <p>Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas</p> <p>No fácilmente influenciado por los iguales</p>
Familia	<p>Historia familiar de conductas de alto riesgo</p> <p>Problemas de manejo de la familia</p> <p>Conflicto familiar</p> <p>Actitudes parentales e implicación en la conducta problema</p>	<p>Apego</p> <p>Creencias saludables y claros estándares de conducta</p> <p>Altas expectativas parentales</p> <p>Un sentido de confianza básico</p> <p>Dinámica familiar positiva</p>

(continuación)

Dominio	Factores de riesgo	Factores de protección
Escuela	<p>Temprana y persistente conducta antisocial Fracaso académico desde la escuela elemental Bajo apego a la escuela</p>	<p>Oportunidades para la implicación prosocial Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial Creencias saludables y claros estándares de conducta Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del Centro Clima instruccional positivo</p>
Comunidad	<p>Disponibilidad de drogas Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas Deprivación económica y social extrema Transición y movilidad Bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria</p>	<p>Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad Descenso de la accesibilidad a la sustancia Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad</p>
Sociedad	<p>Empobrecimiento Desempleo y empleo precario Discriminación Mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación</p>	<p>Mensaje de los media de resistencia al uso de drogas Descenso de la accesibilidad Incremento del precio a través de los impuestos Aumentar la edad de compra y acceso Leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas</p>

FUENTE: CSAP (2001).

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed.* Washington, DC: Author (trad. cast., Barcelona: Masson, 1995).
- ANTHONY, J. y PETRONIS, K. R. (1995). «Early onset drug use and risk of later drug problems». *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 9-15.
- BACHMAN, J. G., JOHNSTON, L. D., O'MALLEY, P. M. y HUMPHREY, R. H. (1988). «Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived risk, disapproval, and general lifestyle factors». *Journal of Health and Social Sciences*, 29, 92-112.
- BACHMAN, J. G., O'MALLEY, P. M., SCHULENBERG, J. E., JOHNSTON, L. D., BRYANT, A. L. y MERLINE, A. C. (2002). *The decline of substance use in young adulthood. Changes in social activities, roles, and beliefs.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- BARRIO, V. DEL y ALONSO, C. (1994). «Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en escolares». *Clínica y Salud*, 5, 69-81.
- BAUMRIND, D. (1975). «Early socialization and adolescent competence». En S. E. Gragastin y G. H. Elder (Eds.), *Adolescence in the life cycle: Psychological changes and social context.* Washington, DC: Hemisphere.
- BAUMRIND, D. (1980). «New directions in socialization research». *American Psychologist*, 35, 639-650.
- BAUMRIND, D. (1983). *Why adolescents take changes and why they don't.* Bethesda, MD: National Institute for Child Health and Human Development.
- BECOÑA, E. (1996). *La ludopatía.* Madrid: Aguilar.
- BECOÑA, E. (Ed.) (1998). *Libro blanco sobre el tabaquismo en España.* Barcelona: Glosa Ediciones.
- BECOÑA, E. (1995). «Drogodependencias». En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 1, pp. 493-530). Madrid: McGraw-Hill.
- BECOÑA, E. (1995). «La prevención de las drogodependencias. Introducción a algunas cuestiones actuales». En E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (Coords.), *Drogodependencias IV. Prevención* (pp. 9-50) Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- BECOÑA, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas.* Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- BECOÑA, E. y LORENZO, M. C. (2001). «Tratamientos psicológicos efectivos para el trastorno bipolar». *Psicothema*, 13, 511-522.
- BECOÑA, E. y VÁZQUEZ, F. L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis.* Madrid: Síntesis
- BERGER, P. y LUCKMANN, T. (1968). *La construcción social de la realidad.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- BERKOWITZ, A. D. y PERKINS, H. W. (1986). «Problem drinking among college in collegiate alcohol use». *JACH*, 35, 21-28.
- BOTVIN, G. (1995). «Principles of prevention». En R. H. Coombs y D. M. Ziedonis (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. A comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol and other drugs* (pp. 19-44). Boston, MA: Allyn and Bacon.

- BOTVIN, G. J. y BOTVIN, E. M. (1992). «Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues». *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.
- BROOK, J. S., BROOK, D. W., GORDON, A. S., WHITERMAN, M. y COHEN, P. (1990). «The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach». Genetic, Social, and General *Psychology Monographs*, 116 (2).
- BROOK, J., COHEN, P. y BROOK, D. (1998). «Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 322-330.
- BROOK, J., WHITEMAN, M., FINCH, S. y COHEN, P. (1995). «Aggression, intrapsychic stress and drug use. Antecedent and intervening processes». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1076-1084.
- BROOK, J., WHITEMAN, M., FINCH, S. y COHEN, P. (1996). «Young adult drug use and delinquency: Childhood antecedents and adolescent mediators». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1584-1592.
- CABALEIRO, M. (1997). *Síndromes psicopatológicas condicionadas pola inmigración e emigración*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- CADORET, R. J., YATES, W. R., TROUGHTON, E., WOODWORTH, G. y STEWART, M. A. (1996). An adoption study of drug abuse/dependence in females. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 88-94.
- CHALLOUPKA, F. J., CUMMINGS, K. M., MORLEY, C. M. y HORAN, J. K. (2002). «Tax, price, and cigarette smoking: Evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies». *Tobacco Control*, 11, Supl. 1, 62-73.
- CHATLOS, J. C. (1996). «Recent trends and a development approach to substance abuse in adolescents». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27
- CHAVEZ, E. L., OETTING, R. R. y SWAIM, R. C. (1994). «Dropout and delinquency: Mexican American and Caucasian Non-Hispanic youth». *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 47-55.
- CHAVEZ, M. T., SOLÍS, A. A., PACHECO, G. y SALINAS, O. (1977). *Drogas y pobreza*. México: Trillas.
- 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, DC: American Psychological Association.
- COIE, J. D., WATT, N. F., WEST, S. G., HAWKINS, J. D., ASARNOV, J. R., MARKMAN, H. J., RAMEY, S. L., SHURE, M. B. y LONG, B. (1993). «The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program». *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- COSTA, F. M., JESSOR, R. y TURBIN, M. S. (1999). «Transition into adolescent problem drinking: The role of psychosocial risk and protective factors». *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 480-490.
- CRAIG G. J. (1997). *Desarrollo psicológico (7ª ed.)*. México: Prentice-Hall Interamericana.
- DEMBO, R., CERVENKA, K. A., HUNTER, B., WANG, W. y SCHMEIDLER, J. (1999). «Engaging high risk families in community based interventions services». *Aggression and Violent Behavior*, 4, 41-58.

- DUSENBURY, L. (2000). «Family-based drug abuse prevention programs: A review». *Journal of Primary Prevention*, 20, 337-352.
- ECHEBURÚA, E. y GUERRICAECHEVARRÍA, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Madrid: Ariel.
- FÉLIX-ORTIZ, M. y NEWCOMB, M. D. (1999). «Vulnerability for drug use among latino adolescents». *Journal of Community Psychology*, 27, 257-280.
- FERGUSON, D. M. y LYNKEY, M. T. (1996). «Adolescent resilience to family adversity». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 281-292.
- GARDNER, S. E., BROUNSTEIN, P. J., STONE, D. B. y WINNER, C. (2001). *Guide to science-based practices 1. Science-based substance abuse prevention: A guide*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- GILVERY, E. (2000). «Substance abuse in young people». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 55-80
- GIMENO, A. (1998). *La familia: el desafío de la diversidad*. Madrid: Ariel.
- GOLDMAN, M. S. (1999). «Risk for substance abuse: Memory as a common etiological pathway». *Psychological Science*, 10, 196-198.
- GOTTFREDSON, D. C. (1988). «An evaluation of an organization development approach to reducing school disorder». *Evaluation Review*, 11, 739-763.
- GRAÑA, J. L., MUÑOZ, M. J. y DELGADO, S. (2000). *Investigación sobre el consumo de drogas en adolescentes de Majadahonda. Factores de riesgo y protección*. Majadahonda/Madrid: Ayuntamiento de Majadahonda/Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- GRIFFITH, E. E. H. y GONZÁLEZ, C. A. (1996). Essentials of cultural psychiatry. En R. E. Hales y S. C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Press synopsis of psychiatry* (pp. 1283-1306). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- GUAL, A., RODRÍGUEZ-MARTOS, A. y CALAFAT, A. (2000). *Programa Alfil. Grupos psicoeducativos para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo. Manual para educadores y terapeutas*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- HALEY, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- HAWKINS, J. D., CATALANO, R. F. y MILLER, J. Y. (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., ARTHUR, M. W. y CATALANO, R. F. (1995). Preventing substance use. En M. Tonry y D. Farrington (Eds.), *Crime and justice: A review of research. Vol. 19. Building a safer society. Strategic approaches to crime prevention* (pp. 343-427). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- HOGUE, A. y LIDDLE, H. A. (1999). «Family-based prevention intervention: An approach to preventing substance use and antisocial behavior». *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 278-293.
- HOPS, H., DUNCAN, T. E., DUNCAN, S. C. y STOOLMILLER, M. (1996). «Parent substance use as a predictor of adolescent use: A six-year lagged analysis». *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 157-164.
- HORNER, B. R. y SCHEIBE, K. E. (1997). Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescent in treatment for substance

- abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 30-36.
- JESSOR, R. y JESSOR, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. San Diego, CA: Academic Press.
- JESSOR, R., DONOVAN, J. E. y COSTA, F. M. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- JESSOR, R., VAN DEN BOS, J., VANDERRYN, J., COSTA, F. M. y TURBIN, M. S. (1995). «Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change». *Developmental Psychology*, 31, 923-933.
- JESSOR, R., TURBIN, M. S. y COSTA, F. M. (1998). «Protective factors in adolescent health behavior». *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 788-800.
- JOHNSTON, L. D. (1995). «Contribuciones de la epidemiología de las drogas al campo de la prevención del abuso de drogas». En C. G. Leukefeld y W. J. Bukoski (Ed.), *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (pp. 61-82). Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud.
- KANDEL, D. B. (1996). «The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences». *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.
- KANDEL, D. y YAMAGUCHI, K. (1993). «From beer to crack: Developmental patterns of drug involvement». *American Journal of Public Health*, 83, 851-855.
- KIM, S., CRUTCHFIELD, C., WILLIAMS, C. y HEPLER, N. (1998). «Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development an empowerment approach». *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.
- KIMMEL, D. C. y WEINER, I. B. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Madrid: Ariel.
- KUMPFER, K. L., SZAPOCZNIK, J., CATALANO, R., CLAYTON, R. R., LIDDLE, H. A., MCMAHON, R., MILLMAN, J., ORREGO, M. E. V., RINEHART, N., SMITH, I., SPOTH, R. y STEELE, M. (1998). *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- LABOUVIE, M. (1996). «Maturing out of substance use: Selection and self-correction». *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.
- LEBOW, J. L. y GURMAN, A. S. (1998). «Family systems and family psychology». En A. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 1, pp. 473-496). Oxford, UK: Elsevier Science Ltd.
- LYNSKEY, M. y FERGUSON, D. (1995). «Childhood conduct problems, attention deficit behaviours, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 995-1005.
- MACCOBY, E. E. (1984). Socialization and developmental change. *Child Development*, 55, 317-328.
- MACCOBY, E. E. (1992). «The role of parents in the socialization of children: An historic overview». *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.
- MACCOBY, E. E. y MARTIN, J. A. (1983). «Socializations in the contexts of the family: Parent-child interactions». En P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology. Vol. 4. Socialization, personality, and social development*. Nueva York: Wiley.

- MARKUS, H. R., KITAYAMA, S. y HEIMAN, R. J. (1996). «Culture and “basic” psychological principles». En E. T. Higgins y A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology. Handbook of basic principles* (pp. 857-913). Nueva York: Guildford Press.
- MCGEE, L. y NEWCOMB, M. D. (1992). «General deviance syndrome: Expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescent to adulthood». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 766-776.
- MENDES, F., RELVAS, P., LOURENCO, M., RECIO, J. L., PIETRALUNGA, S., BROYER, G., SUSSAC, M. H., CALAFAT, A. y STOCCO, P. (1999). *Family relationship and primary prevention of drug use in early adolescence*. Palma de Mallorca: Irefrea España.
- MENSCH, B. D. y KANDELL, D. B. (1988). Dropping out of high school and drug involvement. *Sociology of Education*, 61, 95-113.
- MERIKANGAS, K. R. y AVENEVOLI, S. (2000). «Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders». *Addictive Behaviors*, 25, 807-820.
- MILLER, R. y PRENTICE, D. A. (1996). «The construction of social norms and standards». En E.T. Higgins y A.W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology. Handbook of basic principles* (pp. 799-829). Nueva York: Guildford Press.
- MILLMAN, R. B. y BOTVIN, G. J. (1992). «Substance use, abuse, and dependence». En M. Levine, N. B. Carey, A. C. Crocker y R.T. Gross (Eds.), *Developmental-behavioral pediatrics* (2nd. ed., pp. 451-467). Nueva York: Saunders.
- MINUCHIN, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press (trad. cast., Barcelona, Gedisa, 1979)
- MONCADA, S. (1997). «Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas». En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- MUÑOZ-RIVAS, M. J., GRAÑA, J. L. y CRUZADO, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- NEWCOMB, M. D. (1996). «Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood». *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- NEWCOMB, M. D. y BENTLER, P. M. (1986). «Drug use, educational aspirations, and workforce involvement: The transition from adolescence to young adulthood». *American Journal of Community Psychology*, 14, 303-321.
- NEWCOMB, M. D. y BENTLER, P. M. (1998a). *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults*. Beverly Hills, CA: Sage.
- NEWCOMB, M. D. y BENTLER, P. M. (1998b). «Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study». *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 64-75.
- NEWCOMB, M. D., MADDAHIAN, E. y BENTLER, P. M. (1986). «Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal study». *American Journal of Public Health*, 76, 625-630.
- NIDA (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. National Institute on Drug Abuse, and National Institutes of Health.

- OETTING, E. R., DEFFENBACHER, J. L. y DONNERMEYER, J. F. (1998). «Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance. III». *Substance Use & Misuse*, 33, 1629-1665.
- OFFORD, D. R. (2000). «Selection of levels of prevention». *Addictive Behaviors*, 25, 833-842.
- OFFORD, D. R. y KRAEMER, H. C. (2000). «Risk factors and prevention». *EBMH Notebook*, 3, 70-71.
- ORTE, C. (1993). «Estudio de los factores de riesgo en el consumo de drogas». *Proyecto*, 3(6), Dossier 7.
- ORTEGA, P. y MÍNGUEZ, R. (1990). «Actitudes de los alumnos de bachillerato y de formación profesional ante las drogas». En J. Escámez (Ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de intervención* (pp. 123-133). Madrid: Dykinson.
- PAGLIA, A. y ROOM, R. (1999). «Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations». *Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50.
- PETTERSON, P. L., HAWKINS, J. D. y CATALANO, R. F. (1992). «Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations». *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Plan Autonómico sobre Drogodependencias (1995). *Experiencias de trabajo comunitario en Galicia*. Santiago de Compostela: Comisionado del Plan Autonómico sobre Drogodependencias.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 3*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2001). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 4*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 5*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- POLLARD, J. A., CATALANO, R. F., HAWKINS, J. D. y ARTHUR, M. W. (1997). *Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent population*. Manuscrito no publicado.
- PONS, J., BERJANO, E. y GARCÍA, F. (1996). «Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia». *Adicciones*, 8, 177-191.
- RECIO, J. L., SANTOS, C., SÁNCHEZ, M. A., ESCAMILLA, J. P., BARAHONA, M. J. y PLAZA, L. A. (1992). *Papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.
- ROBLES, L. y MARTÍNEZ, J. M. (1998). «Factores de protección en la prevención de las drogodependencias». *Idea-Prevención*, 17, 58-70.
- RODRÍGUEZ, A. (1982). «Repercusiones de la emigración sobre la salud mental y la psicopatología familiar en la población gallega». *Documentación Social*, 47.
- RUIZ, P., LOZANO, E. y POLAINO, A. (1994). «Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales». *Anales de Psiquiatría*, 9, 315-325.
- RUTTER, M. (1985). «Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders». *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- SALVADOR, T. (1996). *Tabaquismo*. Madrid: Aguilar.

- SALVADOR, T. (1998). «Condicionantes del consumo de tabaco en España». En E. Becoña (Ed.), *Libro blanco sobre el tabaquismo en España* (pp. 153-173). Barcelona: Glosa Ediciones.
- SÁNCHEZ, R. (2002). Publicidad de bebidas alcohólicas. Algunas razones para establecer unos límites. *Adicciones, 14, Supl. 1*, 133-140.
- SHEDLER, J. y BLOCK, J. (1990). «Adolescent drug use and psychological health: A longitud inquiry». *American Psychologist, 45*, 612-630.
- STACEY, A. W. y NEWCOMB, M. D. (1995). «Long-term social-psychological influences on deviant attitudes and criminal behaviour». En H. Kaplan (Ed.), *Drugs, crime, and other deviant adaptations: Longitudinal studies* (pp. 99-127). Nueva York: Plenum Press.
- STEPHENS, T., PEDERSON, L. L., KOVAL, J. J. y MACNAB, J. (2001). «Comprehensive tobacco control policies and the smoking behaviour of Canadian adults». *Tobacco Control, 10*, 317-322.
- VÁZQUEZ, F. L., MUÑOZ, R. F. y BECOÑA, E. (2000). «Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX». *Psicología Conductual, 8*, 417-449.
- VILLALBÍ, J. R. (1998). «Tabaco y políticas del tabaco». En E. Becoña (Ed.), *Libro blanco sobre el tabaquismo en España* (pp. 175-189). Barcelona: Glosa Ediciones.
- WALDROM, H. B. (1997). «Adolescent substance abuse and family therapy outcome: A review or randomized trials». *Advances in Clinical Child Psychology, 19*, 199-234.
- WICKS-NELSON, R. e ISRAEL, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3.ª ed.). Madrid: Prentice-Hall.
- ZUCKERMAN, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

CAPÍTULO 6. PROCESOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo vamos a exponer los procesos psicológicos básicos que explican el comportamiento de las personas. Aunque en las páginas que siguen nos vamos a centrar en los distintos procesos psicológicos que le llevan a actuar de un modo o de otro, es necesario enmarcar éstos dentro de lo que constituye el ser humano. Para explicar al mismo hay que considerar tres elementos: el biológico, el psicológico y el social. O, como se utiliza en muchas ciencias, incluyendo la psicológica, enmarcarlo dentro de un modelo bio-psico-social.

La explicación comprensiva del comportamiento humano exige integrar en un mismo ser humano los componentes socio-culturales, o contexto en donde ha nacido, ha aprendido, ha desarrollado sus habilidades y donde actualmente vive (esto significa que ha aprendido cosas dentro de una cultura concreta, que tiene una concepción del mundo distinta a la de otros grupos sociales, y que afronta el mundo con los valores y creencias de esa cultura); los componentes psicológicos, o modo de comprender y afrontar el mundo desde su realidad; y, el componente biológico, o parte física que le permite ser hombre, por una parte, y hombre social por otra, dependiendo de su estructura orgánica y de su funcionamiento biológico a través de sus sentidos, órganos y características biológicas innatas u otras que han ido interaccionando con su parte psicológico y su parte social de modo mutuo a través de su ciclo vital (Carlson, 1998). En el siguiente capítulo se dedica una parte al aspecto social y al aspecto biológico; en éste a los procesos psicológicos básicos.

Dentro de los procesos psicológicos básicos hay que empezar indicando que lo que nos interesa finalmente es explicar la conducta o comportamiento de las personas. Pero para explicarlo tenemos que acudir a

toda una serie de procesos, a veces complejos, que conforman dicho comportamiento, como son el modo en que percibimos y sentimos, la atención, la memoria y la inteligencia, el modo en que aprendemos, cómo pensamos, el papel de la comunicación y de la influencia social, la personalidad, etc. Lo anterior lo concretamos en como se relacionan la consciencia, la conducta y el consumo de drogas psicoactivas. Otros aspectos, como las creencias y los valores, los tratamos posteriormente en el siguiente capítulo dentro del proceso de socialización o la importante etapa de la adolescencia, como un componente del desarrollo evolutivo. En todo caso, todo lo anterior tiene relevancia en relación a la explicación de la conducta de una persona, sea una conducta externa y observable (ej., correr), como interna (los pensamientos o creencias sobre un aspecto de la realidad). Por ello nos referimos a procesos que van a servir para explicar algo. Dada la unicidad del ser humano, incluso de la unicidad mente-cuerpo, todos los procesos que vamos a ver, aunque los analicemos separadamente, se interaccionan unos con otros en cada conducta concreta. Y, los procesos psicológicos que analizaremos se modulan por el contexto social y biológico, actuando a un tiempo los tres conjuntamente. Conocerlos es esencial para poder llevar a cabo un adecuado trabajo en la prevención de las drogodependencias para el objetivo final al que dirigimos la misma: a la persona.

2. CÓMO PERCIBIMOS Y SENTIMOS

El comportamiento inteligente, esto es, responder flexible y adecuadamente a los cambios del ambiente, depende de la adquisición y uso del conocimiento acerca del mundo. Conocer cómo percibimos nuestro ambiente, junto a cómo atendemos selectivamente a algunos aspectos del mismo, y los procesos de aprendizaje y memoria, lo que recordamos de nuestro pasado y qué pensamos acerca del futuro, es de gran relevancia para el ser humano. Hay toda una serie de procesos cognitivos que subyacen a los mismos, que a su vez interaccionan con otros procesos. Todo ello facilita razonar, resolver problemas, formar juicios, tomar decisiones y poder comunicar nuestras experiencias y nuestros pensamientos a otros seres humanos a través del lenguaje que hemos aprendido desde la infancia. La emoción y la motivación son procesos humanos básicos para darle significado a las cosas en el ser humano.

A nivel psicológico las sensaciones son experiencias asociadas con un estímulo simple (ej., el flash de una luz roja); las percepciones implican la posterior integración y la interpretación del significado de esas sensacio-

nes (ej., es un camión de incendios) (Atkinson et al., 1996). A nivel biológico, los procesos sensoriales implican los órganos de los sentidos y las rutas neurales a partir de ellos, que se relacionan con las etapas iniciales de adquisición de información estimular; los procesos perceptivos implican altos niveles del córtex cerebral, que sabemos que están relacionados con el significado. En suma, las sensaciones y percepciones conectan nuestros cerebros con el mundo y nos permiten formar representaciones mentales de la realidad.

Percibimos el mundo a través de nuestros sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto). Más del 50% del córtex cerebral está dedicado a las funciones visuales y otra parte importante del restante a la audición, incluido el habla, por lo que son biológicamente los sentidos que más ocupan a nuestro cerebro. Así, mediante el sentido de la vista, a través de nuestra retina, mediante la serie de luz y oscuridad, construimos un modelo mental tridimensional complejo del mundo que nos rodea. La proporción del córtex cerebral dedicado a la visión está a su vez organizado en varias áreas distintas cada una de las cuales tiene que cumplir funciones concretas.

Nuestro cerebro combina esa información que le llega a través de la retina con los conocimientos, creencias y expectativas para hacer supuestos razonablemente informados acerca de lo que está presente en la escena. Nuestras inferencias acerca de la localización, movimiento, tamaño, color y textura de los objetos además implica una enorme cantidad de trabajo de adivinación. El hecho de que la percepción depende de nuestro conocimiento del mundo implica que no puede ser estudiada y comprendida aisladamente. De ahí la relevancia de relacionar la percepción con otros procesos cognitivos, como son el aprendizaje, la memoria, el juicio y la solución de problemas.

Muchos procesos perceptivos, especialmente aquellos que implican la visión y la audición, son bien conocidos, aunque siempre quedan lagunas en dicho conocimiento (ej., no sabemos cual es el proceso por el que identificamos las formas de las cosas). Lo cierto es que todo movimiento que hacemos implica la habilidad para reconocer varias clases de patrones que nosotros vemos, oímos, tocamos, saboreamos y olemos. El patrón de reconocimiento es crucial para identificar objetos y lugares, los movimientos que hacemos a través de una ciudad, leer libros, apreciar el arte, escuchar una conferencia o una pieza musical, incluso saborear una buena comida. La investigación ha mostrado que para ser experto en cualquier área es menos importante la habilidad de razonamiento global que la habilidad de reconocer grandes números de diferentes patrones como significativos y significantes para la acción.

Se ha encontrado que tendemos a ver pequeñas figuras contra fondos más grandes, más que al revés, incluso aunque ambas percepciones sean

lógicamente posibles. Se ha descubierto además como la percepciones permanecen constantes a pesar de los cambios de los patrones de estimulación. Una persona que baja por el hall no es percibida como creciendo de largo, incluso aunque en la retina la imagen de esa persona se esté expandiendo cada vez más. Esto ocurre, en parte, porque el observador sabe que la gente permanece del mismo tamaño en cortos intervalos de tiempo (una contribución de la memoria a la percepción). La mente, además, usa los indicios de la distancia para compensar y corregir los aparentes cambios en el tamaño.

Para mantener la consistencia perceptiva, el sistema visual conserva pistas o huellas de un gran número de diferentes ratios, un tributo al poder computacional de la mente humana. Uno de los problemas más difíciles en la investigación es comprender cómo se percibe la forma y cómo es reconocida. La forma es el más importante atributo humano usado en la identificación de objetos. Por esta razón, simples líneas dibujadas a menudo son suficientes para comunicar los aspectos esenciales de objetos y escenas. Debido a que las palabras escritas están compuestas de figuras de letras, cada una con una única configuración de líneas y ángulos, incluso leer puede ser considerado como una tarea de procesamiento de figuras. Así, el reconocimiento de objetos implica un proceso de tres etapas: 1) segmentamos un objeto en partes, 2) identificamos esas partes como simples figuras tridimensionales: cilindros, conos, cubos, etc.; y, 3) reconocemos objetos familiares en virtud de su parecido con esas figuras tridimensionales .

Por ejemplo, leer representa un gran desafío para el reconocimiento de figuras (letras). Las palabras están compuestas de letras. Las letras de características elementales como líneas, curvas y ángulos. Por ejemplo, si una simple línea vertical es encontrada en el nivel más bajo (análisis característico) esta información es enviada al próximo nivel (reconocimiento de letras) donde se activan las representaciones de las letras (tal como la T y la N) que las contienen. Esa información es entonces enviada al fondo del nivel de análisis de características incitándolo a ser especialmente sensible a otras características asociadas con las letras candidatas, tal como ángulos rectos (para la T) o ángulos agudos (para la N).

Un proceso similar ocurre entre el nivel de reconocimiento de letras y el de reconocimiento de palabras. Activada la representación de una letra particular, tal como la letra K, activará además representaciones de palabras conteniendo esta letra. Esta activación, por turnos, será pasada al nivel de reconocimiento de letras, resultando en una mayor sensibilidad para otras letras que están dentro de esas palabras. La activación de esas letras candidatas, por turnos, da información al nivel del analizador de características. A causa de esta inhibición y activación en este sistema, las

características no contenidas en las letras candidatas y las letras no contenidas en las palabras candidatas son suprimidas. Cuando tenemos palabras en frases y párrafos, el proceso que tiene lugar es similar al descrito.

Un fenómeno de gran relevancia para el consumo de drogas y para otras conductas es el influjo que ejerce la presión de grupo sobre la percepción. Es el efecto de la conformidad propuesto por Asch (1951). La base del mismo es que la unanimidad de un grupo «compinchado», en estudios de laboratorio, para confundir a uno de sus miembros puede efectivamente llevarle a percibir como iguales líneas de longitudes sensiblemente distintas (Pinillos, 1975). En otros ejemplos, estudiados bajo la denominación de conformidad, se consigue cambiar las opiniones o la conducta de una persona mediante la presión real o imaginada de personas o grupos de personas (Aronson, 1975). Ello se ve favorecido por motivos como cuando la persona tiene una opinión poco elevada de si misma, cuando es insegura, la composición del grupo que ejerce la presión (ej., expertos, personas importantes para el individuo, personas semejantes a él), querer evitar el castigo del grupo, etc. El caso más extremo sería la obediencia como forma de sumisión o la obediencia a la autoridad, con graves consecuencias en personas y países a lo largo de la historia (Milgram, 1973). La publicidad con frecuencia utiliza varios de los elementos anteriores para lograr su objetivo de persuasión (Chaiken, Wood y Eagly, 1996).

3. LA ATENCIÓN

La atención es un importante proceso cognitivo que tiene una gran importancia para planificar y para tener una conducta adaptativa. Para Tudela (1992) la atención «debe ser considerada como un mecanismo central de capacidad limitada cuya función primordial es controlar y orientar la actividad consciente del organismo de acuerdo con un objetivo determinado» (p. 137-138). No todo lo que estimula nuestros receptores sensoriales es transformado en representación mental. La atención es el proceso intermedio. Además, nosotros prestamos atención selectivamente a algunos objetos, eventos e ignoramos otros. Esto tiene una gran relevancia en el ser humano. Además, los fallos de atención tienen un papel muy importante en distintos trastornos mentales, como la hiperactividad, el trastorno obsesivo-compulsivo, la depresión, la esquizofrenia, etc. En este tipo de pacientes suele encontrarse un nivel de ejecución pobre en tareas de atención.

Cada vez se asume más que existen varios tipos de atención. Una diferenciación útil es la que se hace en función de si los procesos de atención

son automáticos o controlados (Fernández-Abascal, Martín y Domínguez, 2001). Así, el procesamiento automático demanda poco de nuestras capacidades de atención, lo que facilita realizar al mismo tiempo varias actividades; esto es, los procesos automáticos están relativamente libres de demandas atencionales. En cambio, los procesos controlados implican un gran esfuerzo y un control consciente de la conducta, lo que exige una considerable cantidad de recursos, como cuando la tarea es compleja o novedosa. Es todo lo contrario de cuando la tarea es aprendida o rutinaria.

La atención implica selectividad. El proceso por el cual, de la múltiple información que recibimos diariamente, de los múltiples estímulos que recibimos, solo seleccionamos varios de ellos para su reconocimiento se denomina *atención selectiva*. La atención selectiva puede ser tanto visual (ej., cuando vemos un cuadro y nos detenemos en una parte del mismo y no en otras), auditiva, como cuando aplicamos la escucha selectiva (ej., en una fiesta donde hay muchas personas hablando sólo atendemos a la conversación que nos interesa a pesar de que hay varias conversaciones a un tiempo con el mismo nivel de voz). En suma, la atención selectiva es el proceso por el que nosotros seleccionamos algunos estímulos para su procesamiento mientras que ignoramos otros.

Moñicas (1993) indica que la dimensión selectiva de la atención se basa en que podamos atender a una sola fuente de información (realizar una única tarea), dando lugar a la atención selectiva focalizada, o en que podamos realizar dos tareas al mismo tiempo, dando lugar a la atención selectiva dividida o compartida. En este tipo de atención, las personas han de atender al menos a dos tareas al mismo tiempo. Esto se explica mediante la diferenciación entre procesos automáticos y procesos controlados.

Lo que caracteriza a la atención selectiva focalizada son la detección y la discriminación. Como dice Kahneman (1973), los procesos de atención selectiva focalizada son aquellos en que «los organismos atienden selectivamente a un estímulo, o a algún aspecto del mismo, con preferencia sobre otros estímulos» (p. 3).

Sabemos que la ejecución de una tarea atencional no está necesariamente correlacionada con la ejecución en otra. Los recursos atencionales parecen ser específicos de modalidades sensoriales particulares. Cuanto más dependen las tareas de la misma modalidad, es más probable que ellas compitan entre sí. Es importante para el futuro clarificar cuáles son los mecanismos atencionales a través de los cuales nosotros seleccionamos y controlamos lo que vemos, oímos, aprendemos, recordamos, pensamos y hacemos.

Nuestro sistema perceptivo funciona a través de la localización, reconocimiento y la aparición de objetivos de modo constante. Hay dos sistemas cerebrales separados que median el acto psicológico de seleccionar

un objeto para atenderlo. El sistema posterior, responsable de seleccionar sobre la base de la localización, y el sistema anterior, que media la selección sobre la base de sus actitudes, tales como la forma y el color.

Hay un importante apoyo de que la captura de la atención involuntaria se produce mediante estímulos de comienzo brusco (Pashler, Johnston y Ruthruff, 2001). Esto es importante para el estudio de la atención humana. También la perversa utilización de estos conocimientos, como puede llegar a hacerse en la publicidad, para captar mejor la atención de las personas y así lograr que capten el mensaje, incluso de modo «involuntario». En el caso de la atención voluntaria son los procesos cognitivos los que determinan la misma. Sin embargo, hoy también se considera que para la atención involuntaria hay cierto control cognitivo.

4. LA MEMORIA Y LA INTELIGENCIA

La memoria es un proceso imprescindible en el ser humano para que se puedan producir procesos como la percepción, el aprendizaje, el pensamiento, etc. Todos los aspectos de la conducta diaria, incluso los más automatizados, están guiados por la memoria de las experiencias pasadas. En la memoria suelen considerarse tres fases: la primera, de registro; la segunda, de retención sobre un período de tiempo; y, la tercera, de utilizar la información para guiar las acciones. La memoria para un episodio particular puede fracasar debido a los errores en cualquiera de estas tres fases. Además, se han propuesto distintos tipos de memoria, cada una de ellas con distintas características y funciones. La diferencia principal que se hace de tipos de memoria es la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo.

La memoria varía en función de las situaciones en que precisamos retener una información solo unos segundos (ej., un número de teléfono) o por un intervalo mayor, de minutos a años (ej., esta información que usted está leyendo). Uno y otro ejemplo son la memoria a corto y a largo plazo. Nuestro cerebro, además, tiene áreas concretas y diferenciadas para un tipo y otro de memoria (Carlson, 1998). Parece que la memoria a largo plazo la utilizamos de modo diferente para almacenar hechos que para retener habilidades. La mayoría de nuestra memoria sería una memoria que contiene hechos, específicamente hechos personales sobre nuestras experiencias. La memoria que mejor se conoce es la memoria explícita, en la cual una persona conscientemente recolecta un evento del pasado y en donde esa recolección es experimentada que ha ocurrido en un tiempo y lugar concreto. Otro tipo de memoria, que incluiría la memoria para las habilidades, es la memoria implícita.

La memoria a corto plazo tiene una capacidad limitada. El límite se considera en el conocido 7 ± 2 desde los inicios de la psicología experimental, a finales del siglo XIX (Miller, 1968). Esto es, unas personas pueden recordar 5 letras o palabras, otras 6, 7, otras 8 y pocas más allá de 9. Este 7 ± 2 es la capacidad normal de un adulto de almacenamiento en la memoria a corto plazo. Esta capacidad puede variar si se pone en marcha la memoria a largo plazo. También podemos recordar mayor cantidad de material si le damos significado al material que se nos presenta o reagrupamos secuencias de letras o dígitos. La memoria a corto plazo es muy corta, de solo segundos. Después de ese tiempo la información se olvida, porque declina con el paso del tiempo o porque es desplazada por otra. Pero lo cierto es que la memoria a corto plazo tiene un papel importante en el pensamiento. Concretamente, cuando intentamos conscientemente resolver un problema utilizamos a menudo la memoria a corto plazo como un espacio de trabajo mental; la utilizamos para almacenar parte del problema así como información a la que hemos accedido de la memoria a largo plazo que es relevante para el problema. Igualmente, la memoria a corto plazo funciona como una estación de paso para la memoria a largo plazo antes de ser codificada o transferida a la misma.

La memoria a largo plazo se utiliza para retener información que hay que conservar de modo duradero. Para ello se dan los pasos de codificación, almacenamiento y recuperación. Un proceso de gran relevancia para la memoria a largo plazo es el efecto de las emociones. Ello es debido a que la información en la memoria a largo plazo se codifica de acuerdo con su significado. Por ello, las emociones pueden afectarle de varios modos (Atkinson et al., 1996): lo principal es que tendemos a pensar sobre las situaciones cargadas emocionalmente, tanto positivas como negativas, más que en las neutras. Pero también pueden aparecer *flashbacks* puntuales de algo almacenado de un modo vivido de una circunstancia excepcional, o emociones negativas que impiden el recuerdo, o emociones que afectan la memoria por un tipo de efecto del contexto, o también puede verse afectada la memoria por experiencias traumáticas que están almacenadas en el inconsciente o reprimidas.

La memoria está también determinada por el estado emocional de la persona. El «estado de ánimo congruente con la memoria» ocurre cuando el actual estado de ánimo de uno ayuda al procesamiento del material que tiene una relación emocional similar. La congruencia con el estado de ánimo es especialmente poderosa cuando recordamos eventos autobiográficos. Las personas recuerdan memorias personales más rápidamente cuando el estado de ánimo de aquellos eventos son equivalentes a su estado de ánimo actual. Con ello es claro que la cognición y la emoción interactúan. Nuestros pensamientos pueden afectar a nuestros estados emocio-

nales, solo cuando nuestras emociones pueden afectar a como nosotros percibimos, pensamos y recordamos. La comprensión de estos efectos es especialmente importante cuando tratamos el tema de la depresión y de la ansiedad (Clark, Beck y Alford, 1999).

También suele hablarse de memoria de trabajo y memoria implícita y explícita. La memoria de trabajo se refiere a los procesos implicados en el almacenaje y uso de información, temporal, a corto plazo, tal como mantener un número de teléfono en la memoria mientras marcamos en el teléfono dicho número. La memoria de trabajo tiene un componente basado en el habla (fuertemente implicado en la inteligencia verbal y en el lenguaje comprensivo) y otro en el perceptivo-imaginativo (implicado en la habilidad espacial y el razonamiento con imágenes mentales).

En función de los estudios realizados se consideran varios tipos de memorias explícitas e implícitas (NIMH, 1995). Dentro de la explícita se considera la episódica (episodios personales) y la semántica (realidades generales); dentro de la implícita la de habilidades, preparación («priming»), condicionamiento y no asociativa (ej., la habituación a un estímulo repetido).

La memoria explícita está implicada cuando nosotros recolectamos consciente e intencionadamente pasadas experiencias, como por ejemplo lo que hemos cenado la pasada noche. Son memorias explícitamente disponibles para la evocación consciente de hechos, acontecimientos o estímulos específicos (a veces también recibe el nombre de memoria declarativa). Sin embargo, existe otro tipo de memoria, la «implícita». Esta se refiere a cómo las pasadas experiencias de la gente afectan a sus percepciones y juicios actuales sin ser consciente y sin ejercer control voluntario sobre ella (a veces también recibe el nombre de memoria no declarativa). Esta memoria incluye tipos de aprendizajes perceptivos, de estímulo-respuesta y motores sobre los que no somos necesariamente conscientes. Parece operar de modo automático. No requiere que el sujeto intente deliberadamente memorizar algo. No parecen incluir hechos; pero en cambio controlan conductas (Carlson, 1998). Esta memoria es la que está implicada en el aprendizaje de habilidades. La evidencia disponible sugiere que la memoria explícita y la memoria implícita están separadas una de la otra, como se ha encontrado en estudios con lesión cerebral (Carlson, 1998). El estudio de la memoria implícita proporciona un marco de trabajo general para pensar acerca de cómo las memorias inconscientes de eventos pasados influyen en la experiencia, pensamiento y acción actuales. Como ejemplo, experimentos de laboratorio han demostrado que las preferencias de la gente por el arte abstracto pueden ser incrementadas mediante exposición al mismo, aunque ellos no puedan conscientemente recordar lo que han visto (Atkinson et al., 1996).

De forma diferente a la memoria explícita, que pretende prestar adecuada atención a la información para ser aprendida, la memoria implícita puede incluso incrementarse sin prestar total atención. La gente ha demostrado tener memoria implícita incluso de material cuando estaba bajo anestesia (NIMH, 1995). A causa de que la memoria implícita afecta inconscientemente a la conducta, sus efectos pueden ser difíciles de controlar. La gente bajo su influencia puede no saber por qué ellos están actuando como lo están haciendo.

Recordar no es sólo reproducir una copia de lo que sucedió en el pasado. La gente activamente reconstruye representaciones de eventos basados en segmentos de información almacenada en la memoria así como sus inferencias acerca de lo que probablemente ocurrió. Por esta razón, la memoria humana no es a menudo completamente fiable. La gente frecuentemente confunde lo que sucedió en un tiempo con lo que sucedió en otro tiempo, o mezclan partes de diferentes memorias. Se tiende a recordar de forma corregida y embellecida. Además, lo que nosotros recordamos es afectado por lo que creemos acerca de la persona o evento que está siendo recordado.

La inteligencia puede definirse como «la habilidad de aprender de la experiencia, pensar en términos abstractos y funcionar efectivamente con el propio ambiente» (Atkinson et al., 1996, p. 695). Como dicen Murphy y Davidshofer (1991), si hay que convencer a un juez de la existencia o no de ciertos atributos en el ser humano, convencerle de que la inteligencia existe es de lo más fácil. La inteligencia es un elemento básico para nuestro desarrollo y para nuestra adaptación al medio, especialmente cuando nos tenemos que enfrentar a situaciones nuevas. Sin embargo, a pesar de que sabemos que la inteligencia es algo que existe, realmente es un constructo, ya que no tiene una entidad real concreta; esto es, no es una cosa. Por ello muchas personas prefieren hablar de habilidad mental general. De un modo o de otro, en un caso o en otro, es posible establecer diferencias en función de la inteligencia y el estudio de las diferencias individuales ha sido un campo de interés de la psicología durante décadas, ya que ello influye directamente en el sistema educativo, el nivel laboral, la selección profesional, el bienestar personal, etc. Además, el nivel de inteligencia es relativamente estable después de la escuela primaria (Anastasi, 1990) y ello la convierte en una característica de la persona difícil de modificar. Sin embargo, cuando ocurren cambios importantes en el ambiente, como cambios drásticos en la estructura familiar o en las condiciones donde se vive, una enfermedad grave y prolongada, pueden influir negativamente en el desarrollo de la inteligencia del niño. También sabemos que aquellos niños de ambientes culturales más desfavorecidos tienden a mantenerse o perder inteligencia, en comparación con los de los ambientes

más favorecidos que en relación a los anteriores aumentan en inteligencia con la edad. Esto puede invertirse si se ponen las condiciones adecuadas para la mejora del nivel emocional y motivacional junto al ambiente. También la acumulación de conocimientos es importante, así como las ganas de aprender, las habilidades de solucionar problemas, la observación meticulosa del ambiente para sacar conclusiones adaptativas para uno mismo, las expectativas ante la vida, etc., a lo largo de toda la vida, no sólo en la infancia temprana (Craig, 1997). La memoria es un elemento importante que sustenta a la inteligencia. Los fallos o problemas en la memoria afectan de modo importante a la inteligencia, al menos a nivel de su evaluación mediante tests. Por ello, de nuevo, vemos que el ambiente interacciona con la inteligencia, como con otras variables y que, junto al aprendizaje, son de gran importancia. Al mismo tiempo, la relación entre la inteligencia y la personalidad es recíproca (Anastasi, 1990); esto es, no sólo las características de personalidad afectan al desarrollo intelectual sino que el desarrollo intelectual también afecta al desarrollo de la personalidad.

5. CÓMO APRENDEMOS

Saber como una persona aprende es de la mayor relevancia. El aprendizaje es un proceso básico en el ser humano y en los animales. A lo largo del tiempo la persona aprende relaciones entre eventos en su ambiente y como los mismos tienen efectos sobre su conducta. La teoría del aprendizaje explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social. Mediante el mismo podemos explicar claramente por qué las personas consumen o no drogas.

5.1 CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

El condicionamiento clásico es un tipo de aprendizaje que consiste en aparear un estímulo neutro (ej., toque de una campana) con un estímulo incondicionado (ej., comida) que produce una respuesta refleja o incondicionada (RI) (ej., salivación). Este estímulo neutro recibe en el proceso de condicionamiento el nombre de estímulo condicionado. Después de que el estímulo condicionado es seguido repetidamente por el estímulo incondicionado (en nuestro ejemplo toque de una campana-comida), la asociación entre ambos se aprende. Luego, el estímulo condicionado por sí solo producirá una respuesta, que se llama condicionada (salivación),

sin estar presente el estímulo incondicionado (comida). Esto es, una vez establecido el proceso de condicionamiento se salivará ante el toque de la campana sin estar presente la comida. En el condicionamiento clásico los nuevos estímulos obtienen el poder de producir la conducta respondiente. El ejemplo anterior, es conocido popularmente como el condicionamiento del perro de Pavlov, por ser Pavlov quien descubrió el condicionamiento clásico (Pavlov, 1968), estudiado primero en animales y luego en otras especies como en la humana. Es uno de los modos en que aprendemos distintas conductas desde los estímulos incondicionados innatos como son la comida, la bebida y el aire, mediante la asociación con otros estímulos del ambiente presentes ante los mismos.

Hoy sabemos que muchas respuestas pueden ser clásicamente condicionadas (Klein, 1994). Además, en los humanos tiene gran relevancia el condicionamiento de segundo orden o de orden superior, en donde un estímulo (denominado EC_2) puede producir la respuesta condicionada (RC) sin ser emparejado con el estímulo incondicionado (EI), siempre que haya sido emparejado previamente con otro estímulo condicionado (EC_1). Los procesos de generalización y discriminación facilitan esto.

No siempre emparejar un estímulo neutro con un estímulo incondicionado asegura que se produzca automáticamente la adquisición de la respuesta condicionada. Los factores que determinan si se adquiere o no la respuesta condicionada tras el emparejamiento de estímulo condicionado (EC)-estímulo incondicionado (EI) son (Klein, 1994): 1) el EC y el EI tienen que estar en contigüidad, es decir, el EC debe preceder al EI durante un breve período de tiempo, 2) la magnitud de la RC está determinada por la intensidad del EC, del EI o de ambos; 3) la naturaleza del EC afecta a la magnitud de la RC adquirida tras el emparejamiento EC-EI; 4) el EC debe preceder sin excepción a la aparición del EI; y, 5) el EC debe proporcionar una información más fiable sobre la aparición del EI que otros estímulos del ambiente.

Otro principio importante es el de extinción. La extinción de la RC se produce cuando se presenta el EC sin ir seguido del EI. Ante ello, la fuerza de la RC disminuye de tal modo que si continúan las presentaciones del EC sin el EI finalmente el EC dejará de producir la RC. Sin embargo, puede reaparecer la RC tras la extinción, denominándose a este proceso de recuperación espontánea, lo cual es un grave problema en aquellas personas que han consumido previamente drogas y las han abandonado, ya que más adelante puede producirse este proceso (Klein, 1994).

En el campo de las adicciones y drogodependencias se ha encontrado el modo en que se aprenden dichas conductas de ingestión de drogas, habiéndose realizado la mayoría de los estudios con animales por cuestiones de tipo ético, comprobándose también en parte en humanos. En la

tabla 39 se muestran los conceptos básicos del condicionamiento clásico.

Uno de los ejemplos más conocidos es la observación por parte de Wikler (1965) de que aquellos individuos que habían sido adictos a los opiáceos, a veces mostraban señales de un síndrome de abstinencia, meses más tarde de haberse administrado la última dosis, como lagrimeo, bostezos y rinorrea. Esto le llevó a plantear un proceso de condicionamiento, que él llamó con el nombre de *síndrome de abstinencia condicionada*. Esto implicaba que los episodios de abstinencia (respuesta incondicionada) se habrían apareado con estímulos ambientales (estímulos condicionados). Esto implica que la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos puede provocar una respuesta condicionada de abstinencia (Graña, 1994; Graña y García, 1994).

Tabla 39
CONCEPTOS BÁSICOS DEL CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

Aprendizaje. Un cambio relativamente permanente en la capacidad de realizar una conducta específica como consecuencia de la experiencia.

Proceso de condicionamiento clásico. La adquisición de la respuesta condicionada cuando se empareja el estímulo neutro con el estímulo incondicionado.

Estímulo incondicionado (EI). Es un estímulo que puede producir una respuesta instintiva en ausencia de experiencia. Ejemplo: comida, agua, aire.

Estímulo condicionado (EC). Estímulo que en principio siendo neutro adquiere la capacidad de producir una respuesta condicionada como consecuencia de su emparejamiento con un estímulo incondicionado.

Respuesta incondicionada (RI). Una reacción innata ante un estímulo incondicionado (ej., salivación ante la comida).

Respuesta condicionada (RC). Una reacción aprendida ante un estímulo condicionado.

Recompensa. Un objeto satisfactorio que puede fortalecer una asociación E-R (estímulo-respuesta).

Reforzador primario. Las propiedades reforzantes de la actividad son innatas.

Reforzador secundario. Una actividad que ha adquirido propiedades reforzantes debido a su asociación con un reforzador primario.

Condicionamiento de orden superior. Un estímulo (EC_2) puede producir la respuesta condicionada (RC) sin ser emparejado con el estímulo incondicionado (EI), siempre que haya sido emparejado previamente con otro estímulo condicionado (EC_1).

A partir de aquí, tanto Wikler como posteriormente otros autores han elaborado explicaciones basadas en el condicionamiento clásico en sujetos dependientes de la heroína y de otras sustancias, donde los conceptos básicos son los de síndrome de abstinencia condicionado, tolerancia condicionada, respuestas condicionadas compensatorias, respuestas condicionadas similares y deseo o querencia (Graña, 1994; Graña y García, 1994; Becoña, 1995).

Varios estudios han demostrado que distintos estímulos ambientales influyen en el desarrollo de la tolerancia a las drogas (ej., Siegel, 1976). Este tipo de *tolerancia* se denomina *conductual*, diferenciandola de la *disposicional* (capacidad del organismo para convertir la droga circulante por el torrente sanguíneo en compuestos inactivos que son excretados) y de la *farmacodinámica* (cambios que se producen dentro de los sistemas afectados de manera que una misma cantidad de droga que alcanza sus lugares de acción produce un efecto menor por la existencia de un mecanismo de contraadaptación en el SNC) (Jaffe, 1982). La tolerancia conductual, a diferencia de las anteriores, no sólo depende de la experiencia directa con la droga sino también de la experiencia con las señales ambientales que están presentes en el momento de la autoadministración de la sustancia (Siegel, 1981). El desarrollo de la misma, tal como describe Graña (1994), es el siguiente: cuando una droga (estímulo incondicionado, EI) se administra, su efecto (respuesta incondicionada, RI) va precedido de la estimulación ambiental en que se realiza la administración (estímulo condicionado, EC). Si la respuesta condicionada (RC) que elicitada la estimulación ambiental es de signo opuesto al efecto de la droga (EI), entonces se produce una *respuesta condicionada compensatoria*. El ejemplo característico se ha encontrado en animales a los que se les había inyectado morfina que produce analgesia, y que se observaron respuestas de hiperalgesia en pruebas de condicionamiento (Siegel, 1975). Si estas respuestas condicionadas compensatorias interactúan con los efectos incondicionados de la droga, el resultado será una debilitación progresiva de dichos efectos a medida que las respuestas condicionadas vayan creciendo. Esta atenuación de los efectos de una droga a lo largo de la repetición de sus administraciones define el fenómeno de la tolerancia condicionada. Este efecto se ha encontrado no sólo en la morfina sino en otras drogas psicoactivas (cfr., Graña y García, 1994).

Otro fenómeno que se ha observado es el de las *respuestas condicionadas similares*; esto es, se ha observado que algunos sujetos dependientes de la heroína manifiestan efectos subjetivos y fisiológicos similares a los de la heroína cuando se inyectan en su lugar una solución salina (O'Brien y Jaffe, 1993). Generalmente, estos efectos, similares a los de los opiáceos, aparecen inmediatamente después de una autoadministración y no en los

momentos anteriores a la inyección. Este fenómeno ha sido ampliamente estudiado dentro del efecto placebo (Becoña, 1990; White, Tursky y Schwartz, 1985) y más recientemente empieza a conocerse con el nombre de *efecto placebo de las drogas* (O'Brien, Childress, McLellan y Ehrman, 1993). En este caso se asume que los efectos similares a la droga o «efectos placebo» han sido condicionados en el pasado mediante la exposición a las drogas bajo circunstancias similares. De modo relevante, O'Brien et al. (1993) indican que con los paradigmas de condicionamiento probablemente generan, tanto en animales como en humanos, respuestas condicionadas similares a los efectos de la droga en los estimulantes (anfetaminas y cocaína) y respuestas condicionadas compensatorias en los opiáceos.

También se ha postulado que las respuestas condicionadas compensatorias, que median en la tolerancia condicionada, influyen en la querencia o deseo y en el síndrome de abstinencia (Graña y Carrobbles, 1991). Dado que las respuestas condicionadas compensatorias producen una mayor disposición a administrarse la droga, ello implica que las mismas incrementan el deseo o querencia de la droga.

Por tanto, este proceso nos permite explicar por qué una vez que la persona consume se va a mantener consumiendo. Sin embargo, hemos de hacer notar que están presentes otras variables que modulan esto y que viene a constituir lo que se denomina historia de aprendizaje de la persona, por lo que de los que prueban una sustancia unos seguirán consumiéndola y otros no, siendo un amplio conjunto de factores ambientales e internos los que van a interaccionar finalmente con consumir o no consumir o, en caso de consumir, seguir o no consumiendo. Por ello, se analiza la conducta cuando se realiza, no antes de que tenga lugar. Y, cuando se da se explica porque se mantiene o porque se deja de hacer.

5.2 CONDICIONAMIENTO OPERANTE

La mayoría de la conducta humana se emite libremente, aunque está regulada por sus consecuencias, por los efectos que su emisión produce sobre el medio ambiente. Por ello a nivel técnico cuando explicamos la conducta de este modo nos referimos a conducta operante, recibiendo el nombre de operante cualquier clase de conducta que opera sobre, o afecta, al ambiente. Una conducta puede alterar el medio básicamente de dos modos: añadiendo estímulos que no estaban presentes o retirando estímulos que ya existían. Los estudios de Skinner (1938,1953) le llevaron a descubrir el condicionamiento operante y los principios derivados del mismo, los cuales partiendo del concepto anterior de operante mostramos en la tabla 40.

Tabla 40
CONCEPTOS Y PRINCIPIOS DE CONDICIONAMIENTO OPERANTE

Reforzador. Es un estímulo que, cuando se presenta contingentemente a la emisión de una respuesta operante, tiende a mantener o aumentar la probabilidad de dicha respuesta.

Reforzador positivo. Es sinónimo de recompensa. Es un estímulo que al ser presentado produce un efecto de refuerzo (de mantenimiento o fortalecimiento de la respuesta).

Reforzador negativo o estímulo aversivo. Es un estímulo que fortalece una respuesta (aumenta su probabilidad o tasa de emisión) cuando se elimina contingentemente.

Tipos de reforzadores: primario, secundario y generalizado.

Reforzador primario. Es un estímulo cuyas propiedades reforzantes no derivan de la historia de condicionamiento anterior. Su valor es innato o incondicionado. Estos reforzadores pueden considerarse como «biológicamente dados». Ejemplo: comida, aire, agua.

Reforzador secundario o condicionado. Es aquel estímulo neutro que ha adquirido propiedades reforzantes según el proceso pavloviano del condicionamiento clásico (es decir, por medio de un emparejamiento previo con un reforzador primario). Estos refuerzos aprendidos, que se relacionan con la historia de reforzamiento del sujeto, pueden ser materiales (ej., un objeto), sociales (premios), expresiones como sonreír, cercanía (comer juntos), contacto físico (acariciar), actividades (ej., pasear), etc. Mientras que los reforzadores anteriores son extrínsecos, también pueden ser intrínsecos como un sentimiento de orgullo, la aprobación del propio comportamiento o la realización de la propia conducta.

Reforzador generalizado. Son aquellos reforzadores condicionados que han sido emparejados con más de un reforzador primario y/o secundario. Ej., el dinero.

Estímulo discriminativo. Aunque las conductas están reguladas por sus consecuencias sin embargo la mayoría de las conductas operantes no se emiten al azar, sino que determinadas condiciones estimulatorias pueden señalar la conveniencia o no de emitir una determinada conducta. Se conoce como estímulo discriminativo a aquel estímulo o situación estimular que señala que si se emite una conducta es probable que obtenga reforzamiento.

Estímulo delta. Es aquel estímulo que señala que si se emite la conducta es probable que no obtenga reforzamiento u obtenga castigo.

Principios básicos del condicionamiento operante: reforzamiento (positivo y

(continuación)

negativo) y castigo (positivo y negativo).

Reforzamiento positivo. Consiste en la presentación de una consecuencia agradable que da como resultado un aumento de la respuesta (conducta).

Reforzamiento negativo. Consiste en la retirada de una consecuencia desagradable que da como resultado un aumento de la respuesta (conducta).

Castigo positivo. Consiste en la presentación de una consecuencia desagradable que da como resultado una disminución de la respuesta (conducta).

Castigo negativo. Consiste en la eliminación (retirada) de una consecuencia agradable que da como resultado una disminución de la respuesta (conducta).

Programas de reforzamiento: razón fija, razón variable, intervalo fijo e intervalo variable.

Programa de razón fija. El reforzador se da después de cada respuesta. Produce una alta frecuencia de respuestas. Produce una irregular descarga de respuestas. Produce más respuestas que en el reforzamiento continuo aunque menos que en el de razón variable.

Programa de razón variable. El reforzador se da después de X respuestas de promedio. Produce una frecuencia muy alta de respuestas. A más alta razón más alta frecuencia. Es muy resistente a la extinción.

Programa de intervalo fijo. El reforzador se da a la primera respuesta que ocurre después de cada X minutos. Para de dar respuestas después del reforzamiento; da un número de respuestas elevadas antes del siguiente reforzamiento. Produce una lenta y gradual disminución de la respuesta.

Programa de intervalo variable. El reforzador se da a la primera respuesta después de cada X minutos de promedio. Produce una frecuencia fija de respuestas. Es muy resistente a la extinción.

El condicionamiento operante permite explicar la conducta y especialmente la de autoadministración de drogas. Como sabemos, el condicionamiento operante ha explicado el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias (ver Labrador y Cruzado, 1993; Martin y Pear, 1999). Cualquier evento estimular que incremente la probabilidad de una conducta operante se denomina estímulo reforzante o reforzador. La droga es un potente reforzador. Un

evento estimular que precede y establece la ocasión para la emisión de una respuesta que va seguida de reforzamiento se denomina estímulo discriminativo.

Los opiáceos pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos. Distintos estudios, tanto en animales como en humanos, han demostrado que la morfina es un reforzador positivo. En estos estudios se proporciona morfina a dosis pequeñas, con lo que no hay dependencia física dado que no había síndrome de abstinencia una vez retirada la misma (Graña y García, 1994). De igual modo funciona como un reforzador negativo. Este se relaciona con la náusea, típico componente aversivo de la conducta de autoadministración (Wikler, 1965). Este componente aversivo desaparece con la continua administración de opiáceos, manifestándose de nuevo todas las características de reforzador positivo, una vez establecida la dependencia física. En este caso, al dejar de consumir la sustancia, aparece de forma impredecible el síndrome de abstinencia, que se puede evitar volviendo de nuevo a consumir. Por tanto, esta conducta (consumo) es reforzada negativamente e incrementa su probabilidad de ocurrencia, al eliminar el estado aversivo generado por el síndrome de abstinencia. De este modo, el opiáceo, al funcionar como reforzador negativo, mantiene la conducta de búsqueda y de autoadministración de la droga no por el estado que genera en el organismo sino para aliviar el estado de aversividad; esto es, para aliviar el síndrome de abstinencia.

Muñoz (1997) presenta en un estudio de caso de un heroinómano como una serie de estímulos condicionados (ECs) elicitando respuestas condicionadas (RCs) implicadas en la conducta de búsqueda y autoadministración de drogas y, como una vez conseguida la abstinencia de la heroína, esas RCs pueden extinguirse mediante la exposición a los ECs. Cuando en la situación de entrenamiento se le presentaban los ECs, como papel de plata, el mechero, preparar el tubo para fumar, la papelina llena y abierta, el ritual de autoadministración, etc., el deseo de heroína era importante, disminuyendo a lo largo de la sesión de exposición. Lo mismo ocurría para la percepción de los síntomas de abstinencia y de las respuestas agonistas. También la evaluación de distintas respuestas fisiológicas, como temperatura, tasa cardíaca o respuesta electrodérmica, mostró el mismo patrón anterior. Claramente, por tanto, en el caso de la heroína es claro el proceso de condicionamiento y cómo podemos utilizar las técnicas de condicionamiento para extinguir las respuestas condicionadas. Esto también muestra que tanto en ésta como en otras conductas, los reforzadores tienen una influencia poderosa sobre la conducta humana.

Igualmente reseñable es el fructífero campo de estudio de la interacción del condicionamiento clásico e instrumental. En éste tiene gran relevancia los sucesos ambientales en que ocurre la conducta. Así, sucesos

ambientales significativos pueden funcionar como estímulos incondicionados que se asocian a otros estímulos ambientales por medio del condicionamiento clásico. En el consumo de opiáceos existen muchos reforzamientos condicionados asociados a la búsqueda, posesión o consumo de la droga. Así, por ejemplo, una vez que la dosis de droga está disponible para inyectarse, ésta sirve de reforzador condicionado para la conducta de preparación y de estímulo discriminativo para localizar la vena e inyectarse. En general, un estímulo que está asociado con una conducta determinada en una cadena de respuestas, puede llegar a funcionar como un reforzador condicionado para aquellas conductas que le preceden, al mismo tiempo que sirve como un estímulo discriminativo para la siguiente conducta en la secuencia. Además, dado el papel que desempeñan los programas de reforzamiento intermitentes para establecer cadenas de conducta, los reforzadores condicionados adquieren una gran importancia (Graña, 1994).

En los últimos años, de igual modo que ha ocurrido con el condicionamiento clásico, en el condicionamiento operante se considera que los factores cognitivos pueden jugar un importante papel en el mismo. En esta interpretación una operante sería condicionada sólo cuando el organismo interpreta que el reforzamiento está controlado por su respuesta (Seligman, 1975).

Las aplicaciones derivadas del condicionamiento operante, denominadas manejo de contingencias, son amplias. Desde el condicionamiento operante se han derivado un gran número de técnicas de cambio de conducta, tanto en lo que atañe a los principios básicos (reforzamiento y castigo) como a otro amplio conjunto derivado de las mismas, como son ejemplos la extinción, el moldeamiento, el encadenamiento, el desvanecimiento, el control de estímulos, los contratos de contingencias, etc. Estas técnicas constituyen uno de los pilares básicos de las técnicas de terapia y modificación de conducta, tan utilizados en la clínica como en los programas preventivos. De ahí que constituyan una tecnología sumamente útil para la práctica.

5.3 APRENDIZAJE SOCIAL

La teoría del aprendizaje social es una de las teorías más utilizadas e importantes dentro del campo de las drogodependencias. Es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. Dentro de los programas preventivos su utilidad es clara (Abrams y Niaura, 1987; Cleaveland, 1994), dado que varios de los programas preventivos

más eficaces parten de la misma, utilizan alguno de sus componentes o los sustentan junto a otras teorías (ej., Botvin, 1999).

La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Bandura (1977b, 1986), haciendo la gran aportación de incluir el aprendizaje social, vicario o de modelos, junto a la técnica del modelado, que como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas. Más recientemente, el propio Bandura ha redenominado a la teoría del aprendizaje social bajo el nombre de teoría cognitiva social (Bandura, 1986, 1995, 1997), donde en este último caso un elemento central es el concepto de *autoeficacia*, como elemento cognitivo central para poder explicar la conducta, aunque sin dejar de considerar al tiempo las otras variables ya indicadas. Bandura, a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en el condicionamiento clásico y operante, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta (Bandura, 1977b): 1) El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico; 2) el segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; y, 3) el tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

Los procesos de aprendizaje mediante el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante ya los hemos visto. Ambos constituyen importantes procesos para explicar la conducta, entre los que se encuentra la de adquisición de las distintas conductas con poder adictivo y su mantenimiento. El tercer proceso que Bandura introduce es el del aprendizaje vicario, sobre el que ha hecho estudios de gran relevancia (ej., Bandura y Walters, 1963), especialmente en el aprendizaje de la conducta violenta y agresiva. El aprendizaje vicario, observacional o mediante modelos es un tipo de aprendizaje que se define como «el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo -el modelo- actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo» (Perry y Furukawa, 1987, p. 167). Para que pueda producirse el aprendizaje por observación es necesario que se produzca la adquisición de esa conducta simbólica. Esto se produce si la persona presta atención y tiene capacidad de retener dicha información. Finalmente, se produce la ejecución si la persona realiza realmente dicha conducta en el proceso denominado de reproducción motora. El elemento básico que facilita la

adquisición y la ejecución de la conducta son las consecuencias que recibe el modelo al llevar a cabo la conducta. Si éstas son positivas para él (reforzamiento) se incrementa la probabilidad de ejecutar la conducta por parte del observador; si son negativas disminuye la probabilidad de ejecutar la conducta por parte del observador. Una vez adquirida la conducta de modo observacional, la propia realización de la conducta y las consecuencias que le siguen, sean positivas o negativas, informan al observador si ésta es o no adecuada, sirviéndole para ejecuciones posteriores de la misma.

Partiendo de los principios del aprendizaje vicario, Bandura (1977b, 1983 1986) propuso las técnicas de modelado para adquirir y eliminar conductas, mediante el aprendizaje de modelos. Este tipo de aprendizaje puede hacerse mediante modelos reales o simbólicos (ej., mediante películas de vídeo). En la tabla 41 exponemos aquellos factores que mejoran el modelado. Nótese que el entrenamiento en habilidades sociales, elemento hoy básico de casi todos los programas preventivos, se fundamenta de modo casi exclusivo en las técnicas de modelado, de ahí la gran relevancia del mismo.

Respecto a los procesos cognitivos mediacionales, como expone Bandura (1986), red denominó a la teoría del aprendizaje social como teoría cognitiva social. De nuevo sostiene claramente una concepción de interacción basada en una reciprocidad triádica. Su modelo de determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos y otros personales, y las influencias ambientales, señalan que éstos operan de modo interactivo como determinantes de cada una de las otras. En este determinismo recíproco triádico, el término recíproco se refiere a la acción mutua entre los factores causales. El término determinismo lo utiliza en el sentido de hacer énfasis en que ciertos factores producen los efectos y no como causas que operan independientemente del individuo. Varios factores pueden ser necesarios para que se produzca un efecto. A causa de la multiplicidad de influencias interactuantes, el mismo factor puede ser parte de diferentes combinaciones de condiciones que tienen efectos diferentes.

La relativa influencia ejercida por los tres tipos de factores interactuantes variará para diferentes actividades, diferentes individuos y diferentes circunstancias. Como un ejemplo ver la televisión proporciona una adecuada representación de lo dicho. En este caso las preferencias del espectador, su conducta y lo ofrecido por la televisión se ven recíprocamente afectados entre sí, y no influidos unidireccionalmente por uno sólo de ellos. Los tres factores no interaccionan de modo totalmente simultáneo, sino secuencialmente en el transcurso del tiempo.

Tabla 41
FACTORES QUE HAY QUE TENER EN CUENTA CUANDO SE LLEVA
A CABO LA ELABORACIÓN DE UN ENTRENAMIENTO MEDIANTE
MODELADO

Factores que mejoran la adquisición (aprendizaje y retención)

- 1) *Características del modelo:* similaridad en sexo, edad, raza y actitudes; prestigio; competencia; celo y educación; valor del premio.
- 2) *Características del observador:* capacidad de procesar y retener información; incertidumbre; nivel de ansiedad; factores de personalidad para conductas específicas.
- 3) *Características de la forma en que se presenta el modelado:* modelado real o simbólico; utilización de varios modelos; modelo de habilidades progresivas; procedimientos de modelado gradual; instrucciones; comentario sobre lo importante y las reglas; resumen realizado por el observador; ensayo; minimización de estímulos distractores.

Factores que mejoran la ejecución

- 1) *Factores que proveen incentivos por la ejecución:* reforzamiento vicario (recompensar al modelo); extinción vicaria del miedo a responder (no proporcionar consecuencias negativas al modelo); reforzamiento directo; imitación.
- 2) *Factores que afectan a la calidad de la ejecución:* ensayo de conducta; modelado participativo.
- 3) *Factores que facilitan la transferencia y generalización:* semejanza entre la situación de entrenamiento y el medio natural cotidiano; práctica repetida que afecta a la jerarquía de respuestas; incentivos por ejecutar en situaciones naturales; principios de aprendizaje que gobiernan una clase de conductas; proporcionar variaciones en la situación de entrenamiento.

Adaptado de Bandura (1983), Cruzado (1993), Méndez, Olivares y Ortigosa (1998), Perry y Furukawa (1987) y Rosenthal y Steffek (1991).

6. CÓMO PENSAMOS

Cómo pensamos y cómo razonamos son aspectos de gran relevancia en el ser humano.

En el caso de las drogas, en función de una u otra forma de pensar, o de los procesos de razonamiento que se pongan en marcha así podrá producirse o no el consumo o, de darse, persistir o no en el mismo. También es importante conocer como otras personas influyen en nuestro razonamiento o como aprendemos a utilizar representaciones mentales, tales como teorías o modelos mentales que nosotros desarrollamos.

Es claro que el elemento esencial de la conducta humana inteligente es la capacidad de pensar, razonar, solucionar problemas y comunicarse a través del lenguaje. El estudio del pensamiento y cómo pensamos tiene una gran relevancia para la psicología cognitiva y las terapias cognitivas, aplicadas al campo del tratamiento, se basan en parte en ello (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

Existen métodos fuertes y métodos débiles de razonamiento (Markman y Gentner, 2001). Los métodos débiles son estrategias generales que pueden operar sin un especial conocimiento de un dominio, tal como el análisis medios-fines o reglas de inferencia lógica como el *modus ponens* (= si A, entonces B). Los métodos fuertes hacen un uso intensivo del conocimiento representado, como ocurre por ejemplo en el razonamiento. En muchas ocasiones se utilizan al mismo tiempo ambos tipos de razonamiento, como cuando se aplica el conocimiento específico a los problemas para responder a ellos rápidamente y que este conocimiento puede competir con los procesos basados en las reglas (Sloman, 1996). Esto sugiere que quizás estemos hablando de un continuo mas que de modos de razonamiento dicotómicos, como de igual modo se ha diferenciado entre cognición concreta y cognición abstracta.

Un modelo mental es una representación de algún dominio o situación que apoya el conocimiento, el razonamiento y la predicción (Markman y Gentner, 2001). Las dos aproximaciones principales para el estudio de los modelos mentales son la que busca caracterizar el conocimiento y los procesos que apoyan el conocimiento y el razonamiento en dominios ricos en conocimiento; y, la que se centra en los modelos mentales como constructos de la memoria de trabajo que apoyan el razonamiento lógico.

Así se explica que la gente lleva a cabo razonamientos lógicos porque forman un modelo mental de la situación. Cuando tenemos delante un problema lógico, la persona imagina un grupo de señales organizadas para capturar los aspectos relevantes de las premisas (ej., todos los melindos consumen hachís). Con cada premisa adicional el modelo es ajustado. Si más de un modelo es consistente con las premisas se construyen modelos alternativos. Después de que todas las premisas han sido presentadas, el modelo o modelos resultantes son resumidos para llegar a una conclusión. La dificultad está en que para un problema dado, en parte está

determinado por el número de los diferentes modelos mentales que se han construido.

Los modelos mentales causales son representaciones mentales que se utilizan en el razonamiento y que se basan en el dominio del conocimiento o de teorías a largo plazo (ej., para explicar la representación espacial). También se relacionan con otros tipos de estructuras representacionales, como los esquemas (estructuras de creencia general). Sirven para hacer simulaciones mentales, como imaginar la trayectoria futura de un sistema dadas unas condiciones iniciales de partida. Un aspecto importante de estas simulaciones mentales es que son cualitativas. Suelen implicar a menudo el uso de la imaginación. En el fondo, el conocimiento de la gente puede ser caracterizado como una teoría sobre el mundo (Markman y Gentner, 2001).

El pensamiento incluye un amplio rango de actividades mentales. Es el lenguaje de la mente. Puede ser proposicional (cuando expresa una proposición o petición), imaginativo (imágenes que vemos en nuestra mente) o motórico (secuencias de movimientos mentales). Dentro del pensamiento proposicional se estudian los conceptos y la categorización. El modo como los pensamientos están organizados al servicio de llegar a alguna conclusión es el razonamiento. Ello se modula por el lenguaje.

Un concepto representa una clase entera; esto es, es el grupo de propiedades que están asociadas con la clase (ej., «gato»). Los conceptos tienen importantes funciones en nuestra vida mental. Mediante ellos podemos dividir el mundo en unidades manejables (Atkinson et al., 1996). La asignación de un objeto a un concepto es lo que conocemos por categorización.

La categorización es como la gente clasifica cosas dentro de categorías y como la gente hace inferencias desde esas categorías conocidas. Al categorizar un objeto lo tratamos como teniendo muchas propiedades asociadas con el concepto, incluyendo aquellas que no percibimos directamente. Otra importante función que tienen los conceptos es que nos permiten utilizarlos para predecir información que no es fácilmente percibida. Los conceptos pueden ser de cosas (ej., manzana), actividades (ej., correr), estados (ej., bienestar) y abstracciones (ej., justicia). En cada caso conocemos algunas de las propiedades comunes a los miembros del concepto. Cualquier concepto incluye un prototipo, que serían aquellas propiedades que describen los mejores ejemplos del concepto, y una parte central, las propiedades que son más esenciales para ser un miembro del concepto. Algunos conceptos son innatos, como el de tiempo y espacio. Otros son aprendidos, básicamente a través de la experiencia o de la enseñanza explícita de los mismos.

Por razonamiento se entiende aquella actividad racional y consciente que sigue las reglas de la lógica. Sin embargo, también hay un razonamiento automático, inconsciente, no siempre abierto a la introspección.

Cuando pensamos proposicionalmente nuestra secuencia de pensamientos está organizada. A veces nuestros pensamientos están organizados por la estructura de la memoria a largo plazo. Cuando razonamos organizamos nuestras proposiciones dentro de un argumento. Algunos argumentos son inductivamente falsos. A veces se ignoran algunos de los principios de la teoría de la probabilidad y confían en su lugar en heurísticos que se focalizan en la similaridad o en la causalidad. En un experimento típico sobre esto (ej., Tversky y Kahneman, 1983) se pide a personas que, basado en descripciones de la personalidad de varias personas que se le presentan, indiquen la probabilidad de cada una de ellas de ser un ingeniero. A pesar de que se les pide estimar la *probabilidad*, la mayoría estima la *similaridad* con el prototipo que tienen de ingeniero. De este modo, estimar la similaridad es utilizado como un heurístico para estimar la probabilidad. Junto a este heurístico de similaridad las personas también utilizan a veces el heurístico de causalidad, en donde la persona estima la probabilidad de una situación por la fuerza de la conexión causal entre eventos en la situación.

Son varios los errores sistemáticos y falacias que la gente comete inconscientemente mientras razonan. Algunos de estos son los de (NIMH, 1995): representatividad, disponibilidad, encuadre, sesgo retrospectivo, sesgo optimista, tiempo de rebaja, sesgo confirmatorio, efecto del falso consenso, etc.

El error de representatividad consiste en estimar la probabilidad de algo por como se parece a nuestro estereotipo de la clase. En el de disponibilidad la gente estima la probabilidad de un evento basado sobre como es de importante y de accesibles los eventos de ese tipo en la memoria. En el encuadre la gente está influenciada por si una elección es expresada o formada en términos de ganancias o pérdidas. El sesgo retrospectivo consiste en que de varios resultados plausibles que pueden ocurrir la persona distorsiona su recolección de datos desde un temprano grado de incertidumbre y ahora juzga el actual resultado como habiendo sido bastante predictivo a lo largo del tiempo. El sesgo optimista consiste en que la persona no espera que ella pueda sufrir las consecuencias de una conducta y por ello realiza conductas de riesgo. El optimismo no es malo, ya que tiene claros efectos positivos (Seligman, 2000). Lo negativo es el sesgo optimista. El tiempo de rebaja consiste en que la gente prefiere recibir una recompensa lo antes posible más que esperar más tarde a por ella, aunque puede esperar un poco por el regalo para obtener uno mayor. El sesgo confirmatorio consiste en que las conclusiones de la persona están a menudo sesgadas por lo que ellos quieren creer. Para ello, la gente que quiere llegar a una determinada conclusión busca en su memo-

ria selectivamente los episodios y hechos que apoyarán sus conclusiones deseadas. El efecto del falso consenso consiste en que la gente generalmente sobreestima el número de personas que están de acuerdo con sus actitudes y creencias. Esto lleva a creer que lo que ellos piensan lo piensan muchos más de los que realmente lo hacen. Esto es típico entre los adolescentes que consumen una sustancias (ej., alcohol, tabaco, cannabis), que piensan que el número de compañeros que las consumen son mucho mayores de lo que realmente lo hacen.

Hoy sabemos que los niños tienen una forma de pensar distinta a la de los adultos (NIMH, 1995). En unos casos no pueden desarrollar ciertas tareas porque todavía no han desarrollado las habilidades mentales necesarias que requiere el desarrollo de las mismas; en otros, tienen lo que se ha denominado patrones «brillantes» que no se esperaba de ellos, así como «tropezones» o «retrasos» desde la perspectiva del adulto. Lo cierto es que a lo largo de su evolución se van produciendo cambios cualitativos y cuantitativos en su forma de pensar y razonar.

El lenguaje es nuestro principal modo de comunicar los pensamientos. Toda sociedad humana tiene un lenguaje. Los seres humanos con una inteligencia normal adquieren el lenguaje de su cultura. Mediante el mismo es posible pensar y expresar en palabras lo que se piensa.

El pensamiento se pone en acción para la solución de problemas. Cuando tenemos un problema tenemos que encontrar una solución al mismo. Un problema, o una situación problemática, es una situación real o imaginaria a la que tenemos que buscar una solución pero que no sabemos como dársela en este momento. El resultado de no encontrar una solución para el mismo suele ser el de producirse un incremento del estrés y del afecto negativo. Se han desarrollado distintos procedimientos de solución de problemas, tanto para problemas lógicos como para problemas clínicos (D´Zurilla y Nezu, 1999), siendo una técnica ampliamente utilizada en el tratamiento de las personas con problemas de dependencia de drogas y para distintos abordajes en el campo preventivo (Becoña y Vázquez, 2001).

7. LA COGNICIÓN

Un concepto hoy relevante en la psicología, especialmente en la psicología cognitiva, es el de cognición. Para Beck et al. (1979) una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto. Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en experiencias anteriores. Los esquemas serían las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto. Por tanto, las cogniciones están supeditadas a estos esquemas.

Como han indicado Reiss y Bootzin (1985), dentro de la perspectiva conductual, la cognición ha sido utilizada de dos modos distintos. El primero, y de modo no controvertido, la cognición ha sido utilizada para referirse a pensamientos, imágenes y conducta verbal que acompaña a las disfunciones conductuales. Las intervenciones del tratamiento se dirigirán a cambiar la conducta, el afecto o la cognición disfuncional. En el segundo modo, y controvertidamente por otras perspectivas distintas a la cognitiva, la cognición se utiliza para referirse a procesos dentro del individuo que median o causan la conducta subsecuente. Los terapeutas de conducta cognitivos afirman que un conocimiento de la mediación cognitiva es esencial para un análisis completo de la conducta disfuncional del individuo. Los terapeutas más conductuales consideran que el objetivo tiene que ser la conducta observable, sobrando lo cognitivo, que en último caso es parte de la conducta observable, y sin estatus causal sobre la conducta.

Así, en el esquema de Beck et al. (1979), las cogniciones (pensamientos) conducen a los sentimientos; o, lo que es lo mismo, la cognición es previa y determinante del afecto, el cual determina a su vez a la conducta. Se sigue por tanto la línea esquema-cognición-afecto-conducta. Más recientemente, Alford y Beck (1997) considera que la cognición incluye todas las estructuras teóricas necesarias para apoyar el procesamiento de la información.

Ha sido Marzillier (1980) quien distinguió tres elementos de la cognición: los eventos cognitivos, los procesos cognitivos y las estructuras cognitivas. Los *eventos cognitivos* son los pensamientos e imágenes que ocurren en la corriente de conciencia (Marzillier, 1980), que son identificables, conscientes. Incluiría, por tanto, pensamientos, imágenes y sentimientos. Los *procesos cognitivos* atañen al modo como transformamos y procesamos los estímulos ambientales (Marzillier, 1980), lo que supone el modo en que nosotros automática o inconscientemente procesamos la información, incluyendo la atención, abstracción y codificación de la información, mecanismos de búsqueda y almacenamiento, procesos inferenciales y de recuperación. Estos procesos forman las representaciones mentales y los esquemas. Finalmente, las *estructuras cognitivas* son características cognitivas generales, como las creencias y actitudes, asunciones tácitas, compromisos y significados, que influyen en la manera habitual de construirse a uno mismo y al mundo. Las estructuras cognitivas pueden estimarse de un esquema que esté implícito u operando a un nivel inconsciente, siendo altamente interdependiente, estando probablemente las estructuras ordenadas jerárquicamente. Los esquemas son organizaciones mentales de experiencia que influyen en el modo como la información es procesada y el modo como la conducta está organizada.

De un modo algo más elaborado Meichenbaum (1985) amplía esta clasificación. Para él, por *eventos cognitivos* se refiere a pensamientos e imágenes identificables, conscientes. La naturaleza y contenido de tales eventos cognitivos puede influir en cómo la persona siente y cree. Por ello, cuando se trata de un tratamiento, el cliente debe hacer patentes sus pensamientos, imágenes y sentimientos conscientemente o deliberadamente cuando se enfrenta a la situación estresante.

Cuando se habla de *procesos cognitivos* se refiere al modo como nosotros automática o inconscientemente procesamos la información, incluyendo los mecanismos de búsqueda y almacenamiento, los procesos inferenciales y los de recuperación. Estos procesos forman las representaciones mentales y los esquemas. El conocimiento personal de tales procesos cognitivos y la habilidad para controlarlos representa la metacognición, concepto al que Meichenbaum ha prestado mucho interés e investigación en los últimos años, que proporciona una unión entre lo que está normalmente fuera del conocimiento consciente y lo que es accesible a la medición, investigación y entrenamiento.

Procesos cognitivos que tienen relevancia clínica son para Meichenbaum (1985) el sesgo confirmatorio o proceso de autocumplimiento. Turk y Salovey (1985) han apuntado junto al sesgo confirmatorio otros como la atención selectiva, la disponibilidad y representatividad heurística, el sesgo egocéntrico y el falso consenso, y problemas con la causalidad. El sesgo confirmatorio, por ejemplo, consiste en la tendencia general del individuo a codificar, procesar y recuperar la información consistente con un esquema.

Por *estructuras cognitivas*, Meichenbaum (1985) apunta las asunciones tácitas, creencias, compromisos y significados que influyen en la manera habitual de construirse a uno mismo y al mundo. Las estructuras cognitivas pueden estimarse de un esquema que esté implícito u operando en un nivel inconsciente, siendo altamente interdependientes y probablemente estando ordenadas jerárquicamente.

Los esquemas son organizaciones mentales de experiencia que influyen en el modo como la información es procesada y el modo como la conducta está organizada. Las estructuras cognitivas pueden engendrar procesos y eventos cognitivos y afectivos, y también pueden ser desarrollados o modificados al procesar acontecimientos y eventos (por ej., los eventos de vida estresante pueden ser la causa de esquemas que posteriormente inciden negativamente en el individuo).

El cambio de las propias estructuras cognitivas, tema importante siempre, es más probable que ocurra por descubrir una continua experiencia establecida que cuando las viejas estructuras cognitivas son cuestionadas y no garantizadas, y cuando la adopción de estructuras nuevas, más adap-

tativas, es reforzada. Los datos de la experiencia (ej., los resultados de los experimentos personales) proporcionan la base más convincente para reestructurar el self de uno mismo, del mundo, y la relación entre ambos (Meichenbaum, 1985).

En la tabla 42 presentamos las categorías de Beck, que siguen el esquema de Marzillier (1980), en un ejemplo de una persona que se siente mal como resultado de pensar que ha fallado como padre (cfr., Haaga y Davison, 1986). Para la terapia cognitiva es necesario conocer y evaluar primeramente los pensamientos y los tipos de procesos cognitivos que utiliza la persona. Estos, y su modificación, cuando son disfuncionales, van a constituir el objetivo de la terapia, aunque la misma pretende que se den tanto cambios cognitivos como cambios conductuales en el funcionamiento cotidiano del sujeto.

Tabla 42
TIPOS DE COGNICIONES Y EJEMPLOS

Esquema de Marzillier (1980)	Categoría de Beck correspondiente	Ejemplo
Evento cognitivo	Pensamiento automático	Yo soy un padre malísimo, ¡Qué terrible!
Proceso cognitivo	Procesamiento de información distorsionado	Abstracción selectiva. Ej.: Yo quiero a mis hijos mucho, aunque ayer perdí los nervios y les grité. Basándome en este incidente yo concluyo que no soy un buen padre
Estructura cognitiva	Esquema disfuncional	Yo debería ser siempre competente en todas las áreas de la vida

FUENTE: Haaga y Davison (1986).

8. COMUNICACIÓN, INFLUENCIA SOCIAL Y COGNICIÓN SOCIAL

Solemos decir que el hombre es un animal social. Por ello nos referimos a que el hombre para ser tal hombre tiene que vivir con otros hombres, para que se de el proceso de humanización, a través del proceso de

socialización que veremos en el siguiente capítulo. Uno de los elementos importantes de esta vida social es el proceso que se da mediante la comunicación, la influencia social y la creación de la cognición social.

En los últimos años ha crecido el interés por la influencia social y la cognición social (NIMH, 1995). El motivo de ello está en que sabemos que una y otra tienen relación con la salud y con el bienestar social. Mediante el proceso de influencia social es posible establecer y cambiar las actitudes, valores y conductas de la gente. De ahí la gran relevancia que esto tiene, no solo a nivel científico y humano, sino cara a la mejora del bienestar de las personas. Desde la perspectiva de la salud física y mental las tres líneas más importantes de investigación sobre la influencia social son el impacto de los mensajes persuasivos, la autopersuasión y resistir la presión al cambio o a conformarse (NIMH, 1995).

Es evidente la relevancia de conocer el impacto de los mensajes persuasivos. En el caso de la prevención de las drogodependencias esto es esencial. El impacto de un mensaje depende tanto de su contenido y estilo como de las motivaciones y características del individuo expuesto al mismo. Cuando quien expone su mensaje es una persona de autoridad en el campo de lo que expone, tiene carisma o es un comunicador atractivo, como puede ser una persona pública y conocida, facilita la comunicación y la recepción del mensaje en el oyente (Chaiken et al., 1996). Aún así, el proceso es complejo. Las actitudes pueden cambiar a través de mensajes persuasivos pero es necesario incrementar la motivación de la persona para procesar información más detallada para ir dando pasos para el posterior cambio de conducta.

La autopersuasión es un proceso que se ha encontrado en las personas que si se les anima a creer de forma que son inconsistentes con sus actitudes, aquellas actitudes en conflicto es probable que cambien. Para hacerlo se le pueden dar pequeños incentivos, indicarles que pueden realizar o no esa conducta, exponerla en público mediante role playing, etc., para que vean que su conducta indeseable es inconsistente con sus actitudes.

Resistir la presión a cambiar o a conformarse es un proceso de gran relevancia. Actualmente, la influencia de muchos grupos y de los medios de comunicación de masas es clara. En muchas ocasiones es necesario que la persona sepa resistir a las presiones y a la persuasión, como ocurre con mucha publicidad, que lo que hace es potenciar conductas no saludables (ej., el consumo de alcohol y tabaco). Entrenar a las personas en estrategias de refutación, entrenamiento en habilidades o role-playing permite afrontar este tipo de presiones. Un procedimiento efectivo es contraatacar las influencias de los iguales de tipo negativo con las influencias de los iguales de tipo positivo. De ahí la gran relevancia que tiene el peso de los iguales, como es en este caso para las conductas de salud positivas.

Las personas responden de modos distintos a un mismo ambiente social e interpretan de modos distintos los eventos del ambiente. ¿A qué se debe esto? Esta cuestión se ha estudiado bajo la denominación de *cognición social*. La investigación ha mostrado que las persona procesan consciente e inconscientemente sus experiencias de acuerdo con sus puntos de vista, o filtros, preexistentes que tienen de la realidad. Esto se debe a su historia social previa, que es única, de ahí que ello lleve a que cada individuo tenga una interpretación única y distinta ante un mismo evento. Aun así, la interpretación de un mismo evento puede variar a lo largo del tiempo o puede modificarse.

Observar un evento social ambiguo facilita que las creencias sociales que no tiene estén más presentes en la mente y ellas influyan las interpretaciones de la realidad. Oír una sola palabra, relevante para el individuo, puede llevarle a una interpretación basada en la misma (ej., hostil) en una situación de ambigüedad. Esto significa que la persona puede reaccionar a las situaciones sociales influido por factores que no tienen nada que ver con su control consciente o con la capacidad de deliberación (esto explica, por ejemplo, el por qué las personas responden más violentamente después de ver una película violenta) (Huesmann, 1998). El mayor problema está en aquellos individuos que están crónicamente inclinados a ver intenciones y conductas hostiles en otros por creencias y pensamientos que tienen crónicamente accesibles (ej., agresión), que les llevan a interpretar las conductas sociales de casi todos los individuos como ambiguas y, en función de ello, reaccionan de modo hostil, más que de un modo neutro o positivo como hacen los demás. Lo mismo ocurre en trastornos clínicos como la ansiedad o la depresión. Cambiar estas formas desadaptativas por otras adaptativas es una parte clave de muchos tratamientos psicológicos.

La atribución causal es otro concepto dentro de la cognición social. La atribución consiste en el proceso por el cual nosotros intentamos explicar la conducta de otra persona. Es el proceso que utilizamos para inferir las causas de la conducta observada. El acto de atribución es aquello en el que la persona adscribe o imputa una característica (o rasgo, emoción, motivo, etc.) a uno mismo o a otra persona. La atribución causal consiste en que nuestra percepción de la conducta de otras personas están en parte importante determinadas por como atribuimos las causas de la conducta que la persona hace. Las causas se pueden atribuir a causas personales internas, a acciones externas del ambiente, o a una combinación de ambas. Por ejemplo, si un chico agresivo espera la agresión de otros, cuando ocurran interacciones ambiguas (ej., chocar con otra persona), el chico atribuirá ello a las intenciones hostiles de esa persona más que a causas neutrales o accidentales. Si esto entra en un ciclo de agresividad y

rechazo va a ser difícil de cambiar, a menos que no nos centremos en cambiar las atribuciones sesgadas. En las prácticas de crianza de los padres las atribuciones causales son muy importantes. Piénsese en el estereotipo de género, no asumir que pueden ser autónomos, infravalorarlos, tipo de disciplina que aplican algunos padres y sus negativas consecuencias en los hijos. Precisamente los sesgos atribucionales afectan a la conducta fundamentalmente en las áreas de las relaciones sociales, el rendimiento académico y en el tipo de crianza. Conocer tales sesgos es clave para el cambio de esas conductas desadaptativas.

Lo cierto es que las creencias y actitudes de la gente sobre el mundo social le ayuda a la persona a prepararse para responder al mundo. De igual modo, las creencias y actitudes sobre uno mismo tienen un papel importante. Dentro de la salud mental hay dos tipos de identidad que son importantes: la identidad personal y la identidad social (NIMH, 1995). La identidad personal es única en cada individuo e implica el sentido de continuidad, estabilidad y predictibilidad que contribuye a los sentimientos de control personal y autoestima. La identidad social es parte de uno o más grupos a los que les proporciona un sentido de pertenencia y conexión con otros. Estos tipos de identidad determinan, en parte, cómo la gente reacciona a eventos específicos. Así, hay personas que muestran una fuerte identidad social como parte de un grupo que les lleva a realizar actos para reafirmar la pertenencia a ese grupo y para diferenciarse de otros. El consumo de drogas puede ser un elemento de diferenciación de otros y de cohesión interna dentro del grupo. La identidad se ve afectada por el desarrollo evolutivo (ej., la identidad de género se adquiere entre los 3 y los 9 años), por transiciones (ej., el paso de la adolescencia a la adultez), o por eventos vitales (ej., la pérdida de trabajo, divorcio, enfermedad crónica, etc.). Especialmente en el paso de la adolescencia a la vida adulta pueden aparecer un descenso en los sentimientos de competencia y autoestima.

9. LA PERSONALIDAD

La personalidad puede definirse como «el modo característico y habitual en que cada persona se comporta, siente y piensa» (Bermúdez, 1997, p. 13) o «los patrones característicos y distintivos de pensamiento, emoción y conducta que definen un estilo personal del individuo de interactuar con el ambiente físico y social» (Atkinson et al., 1996, p. 700), abarcando los comportamientos habituales del individuo, sus modos de ver la realidad y sus emociones y motivaciones. Pervin (1978) la definió afirmando que «la personalidad representa a las propiedades estructurales y dinámicas de un individuo, tal como éstas se reflejan en sus respuestas características a las

situaciones» (p. 20). Veinte años después presenta una definición semejante, que considera amplia y de trabajo, en la que afirma que «la personalidad representa aquellas características de la persona que dan cuenta de los patrones consistentes de sentir, pensar y comportarse» (Pervin y John, 1997, p. 4). Sin embargo, el propio Pervin (1998) en un manual dedicado a la ciencia de la personalidad, nos indica una de sus definiciones más completa: «la personalidad es una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientaciones y pautas (coherencia) a la vida de una persona. Como el cuerpo, la personalidad está integrada tanto por estructuras como por procesos y refleja tanto la naturaleza (genes) como el aprendizaje (experiencia). Además, la personalidad engloba los efectos del pasado, así como construcciones del presente y del futuro» (p. 444). En suma, lo que se pretende con el conocimiento de la personalidad es saber como es la persona y, a partir de ahí, poder interpretar y predecir su conducta, dado que «la manera de ser de cada persona tiene mucho que ver con la forma en que se comporta, piensa y siente» (Bermúdez, 1997, p. 13). Es decir, pretende dar cuenta de los patrones característicos de pensamiento, emoción y conducta juntos en los individuos con los mecanismos psicológicos que están detrás de estos patrones (Funder, 2001). Por ello, la psicología de la personalidad incluye las contribuciones de la psicología del desarrollo, psicología social, psicología cognitiva y psicología fisiológica para conocer a las personas en su conjunto y las dimensiones que permiten diferenciar a unas personas de otras.

A lo largo de la historia la psicología de la personalidad se ha basado en distintos paradigmas, como el psicoanalítico, el de rasgos, el conductista y el humanista. Más actualmente hay que considerar también al cognitivo-social, la aproximación biológica y la psicología evolucionista (Funder, 2001).

Pero la personalidad está igualmente influenciada por la situación y por todos los procesos que hasta aquí hemos ido viendo. El estudio de la personalidad implica tres elementos: la persona, la situación y la conducta. Como dice Pervin (1998), si seleccionamos a un individuo y lo estudiamos intensamente, nos interesa saber *cómo* es esa persona, *cómo* ha llegado a ser lo que es, y *por qué* se comporta de ese modo. El estudio de la persona, a través de los rasgos de personalidad, es el aspecto de los tres anteriores al que se le ha prestado más atención. Conocemos mucho menos como las situaciones influyen la conducta. Y, sobre las conductas, falta mucho por conocer, como que es lo que caracteriza la conducta de un individuo en un contexto particular observado. Para comprender esto, ¿tenemos una respuesta clara a la pregunta: «cuántas conductas has realizado en el día de hoy»? (Funder, 2001). Sin embargo, es cada vez más necesario presentar datos descriptivos sobre la asociación entre personali-

dad y conducta, directamente observada en un amplio rango de situaciones (ver Santacreu et al., 2002). Esto no solo es importante desde la perspectiva teórica sino también desde la perspectiva aplicada, como ocurre concretamente con la psicología clínica. Además, existe relación entre varios aspectos de la personalidad y el desarrollo de psicopatología (Krueger et al., 2001), de ahí la utilidad de la misma.

Lo que se pretende a nivel operativo para conocer la personalidad es evaluar lo que se ha denominado con el nombre de «rasgos de personalidad», los cuales son las tendencias habituales de comportamiento de las personas que se pueden operativizar a través de escalas psicométricas. Aunque se han propuesto un gran número de rasgos de personalidad, recientemente se ha identificado la estructura básica de la personalidad mediante cinco rasgos básicos (Digman, 1990): extraversión, estabilidad emocional, escrupulosidad, afabilidad y apertura mental o, en la versión española para la evaluación de los mismos (Costa y McCrae, 1999) con los nombres de neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad. Lo cierto es que el estudio de los cinco grandes factores o modelo de los cinco factores, como también se le conoce, ha cobrado una enorme relevancia en los últimos 10 años (ver Pervin, 1998).

Una cuestión de gran relevancia es el análisis de la consistencia, la estabilidad y el cambio de la personalidad a través del tiempo. Esto es muy relevante tanto para la predicción (consistencia o estabilidad), como para el cambio de conducta (cambio), si se dan en un caso o en otro. Pervin (1998) analiza esta cuestión ampliamente, esto es, como la gente es estable a lo largo del tiempo, cómo cambia y qué factores contribuyen a la estabilidad y al cambio. De especial interés son los estudios longitudinales que se han realizado, los cuales nos pueden permitir llegar o no a conclusiones consistentes sobre esta cuestión. Los estudios muestran que hay más posibilidades de cambio en períodos de desarrollo rápido, especialmente en los primeros años de vida. Lo cierto es que, como afirma Pervin «los estudios de personas a lo largo del tiempo sugieren pruebas tanto para la estabilidad como para el cambio, dependiendo de qué características se estudien, cómo se midan la estabilidad y el cambio, y el historial de las personas implicadas» (p. 187). Otra aportación que nos hace, y que nos permite comprender un poco más realmente a qué nos estamos refiriendo en esta cuestión, es cuando afirma, después de su extensa revisión de muchos estudios longitudinales sobre la personalidad, que «la persona funciona como un organismo completo y no como un puñado de piezas sueltas» (p. 191). Con ello se refiere a que la personalidad es una parte, pero hay otros elementos dentro y fuera de la persona que también hay que tener en cuenta.

Hay relativo consenso de que hay una estabilidad relativa de los factores de personalidad, al menos evaluados con los cinco factores, cuando

se ha llegado a la edad adulta (Costa y McCrae, 1994), aunque no ocurre siempre de este modo con otros instrumentos. Por ejemplo, Roberts y DelVecchio (2000) realizaron un metaanálisis con 152 estudios longitudinales para comprobar la consistencia de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo. Conforme se incrementaba la edad de los individuos también se incrementaba la correlación test-retest de los estudios, desde 0.31 en la infancia (de 0 a 3 años) a casi 0.50, de 3 a 21 años, a 0.60 de 22 a 50 años y 0.70 o más para los de 50 años en adelante. Otros tipos de análisis, sin considerar la edad, indican correlaciones de 0.50. Esto muestra tanto cierta estabilidad como cierto cambio. Nótese que la varianza explicada de una correlación de 0.50 es del 25%, al tiempo que estos estudios están realizados en poblaciones amplias, no considerándose el aspecto individual, en el sentido que puede que unos sean muy estables, otros cambien mucho, y otros estén en un punto medio.

Recientemente, Tickle, Hatherton y Wittenberg (2001) han revisado si la personalidad puede cambiar. Junto a la dificultad de evaluarla, lo que se entiende por estabilidad y por cambio, y los distintos tipos de estabilidad y cambio, así como a que nos referimos por una personalidad estable, que diferencian de una persona estable, y otras diferenciaciones que plantean, consideran difícil contestar a esta cuestión si previamente no se ha definido a que nos referimos por personalidad y por estabilidad, así como que instrumentos se han utilizado para evaluar una y otra. En función de ellos, en ocasiones encontramos una clara estabilidad y en otras un claro cambio, junto a posiciones intermedias. Lo que sí parece bastante claro es que cuando se dan cambios en la personalidad éstos son más probables que ocurran en la infancia y en la adolescencia, que a partir de la adultez temprana. Esto va en la línea de lo más atrás afirmado y de lo que sabemos sobre la evolución y desarrollo psicológico del ser humano.

En suma, la evidencia indica que no todas las personas son igualmente estables ni consistentes a lo largo de su vida (Pelechano, 2000). Algunos atributos serían muy consistentes y estables; otros no. Esto significa que se pueden hacer cambios de personalidad, aunque no se dan rápidamente sino de modo lento, por la propia característica que tiene la personalidad en sí. A su vez estos cambios, de darse, vendrían dados por otros factores que inciden en el constructo de personalidad, o en los constructos, características, atributos o rasgos que nos interesa cambiar.

En los estudios sobre los programas preventivos es frecuente la inclusión de distintas medidas sobre rasgos o características de personalidad, de ahí la relevancia de conocer en qué consiste la misma, su fundamentación y conceptos más relevantes, junto al proceso de su evaluación y modelos y teorías subyacentes a la misma.

10. CONCIENCIA, CONDUCTA Y DROGAS PSICOACTIVAS

El estudio de la consciencia o conciencia es uno de los fenómenos psicológicos más difíciles de apresar pero no por ello deja de ser uno de los relevantes. La conciencia es el hecho de que los humanos tenemos la capacidad de darnos cuenta de nuestros pensamientos, percepciones, memorias y sentimientos, y de poder explicárselos a otras personas (Carlson, 1998). Como dicen Atkinson et al. (1996), nosotros estamos conscientes cuando nos enteramos de los eventos externos, reflexionamos sobre las experiencias pasadas, nos implicamos en solucionar problemas, selectivamente atendemos a algunos estímulos más que a otros, y deliberadamente elegimos una acción en respuesta a las condiciones ambientales y objetivos personales. En suma, la consciencia tiene que ver con: a) observarnos a nosotros mismos y a nuestro ambiente de tal modo que los perceptos, memorias y pensamientos están adecuadamente representados en nuestro conocimiento, y b) nos controlamos a nosotros mismos y a nuestro ambiente para que nosotros seamos capaces de iniciar y de terminar las actividades conductuales y cognitivas. En algunos contextos, el término es utilizado como sinónimo de la mera conciencia de un hecho, sin atención.

Cuando hablamos de drogas tenemos que hablar de la conciencia normal y de los estados alterados de conciencia. Muchas definiciones de drogas insisten en este hecho, al indicar que la principal consecuencia que produce el consumo de drogas es alterar los estados de conciencia (ej., Schuckit, 2000). De ahí que la relación entre drogas, alteración de los estados de conciencia y conducta es clara.

El estado alterado de conciencia ocurre cuando hay un cambio desde un patrón normal o habitual de funcionamiento mental a otro estado que le parece distinto a la persona que experimenta ese cambio. Los estados de conciencia son personales y subjetivos. Se pueden producir alteraciones en el estado de conciencia mediante procedimientos como la meditación o la hipnosis. Pero el cambio también se puede producir mediante el consumo de distintas drogas. Otros estados alterados de conciencia, como dormir o soñar, donde se mezclan la realidad externa con la interna, son necesarios y adaptativos para llevar a una vida normal.

Es bien sabido que el ser humano ha utilizado a lo largo de la historia distintas drogas para alterar sus estados de conciencia (Escohotado, 1998), consiguiendo con ellas estados de relajación, euforia, excitación, placer, percepción distorsionada, alucinaciones, etc. Con ellas es posible cambiar la conducta, la conciencia y el estado emocional. De ahí la relevancia de conocer los procesos psicológicos que explican la conducta humana y específicamente la conciencia. Ya hemos analizado en el primer

capítulo los distintos tipos de drogas y sus efectos. También hay que considerar en lo que estamos diciendo los medicamentos que tienen efectos psicoactivos, ya que con ellos se consiguen la mayoría de los efectos anteriores, aunque se utilizan para fines terapéuticos.

Un ejemplo que es bien comprensible por todos de lo que estamos diciendo es el efecto del alcohol en alterar los estados de conciencia. Con un consumo moderado no hay ningún efecto o efectos moderados. Conforme se va incrementando la ingesta las funciones perceptivas, sensoriales y motoras se ven afectadas. El habla se va haciendo farragosa y conforme se va incrementando la ingesta hay mayores dificultades para coordinar los movimientos. Las diferencias individuales son claras de unas a otras personas. En unas aparece ira y agresividad; en otras están más callados y sonmolientes. Si el consumo continúa hacia una mayor intensidad, aparece la incapacidad del individuo; y, a dosis altas, puede producirse la muerte. Hay variaciones en los efectos dependiendo del sexo, la edad, el peso corporal, la rapidez de consumo y el metabolismo individual para el alcohol. También influyen la experiencia que se tiene con el alcohol y el tipo de bebida alcohólica que se consume (no es comparable la graduación de la cerveza con la del vodka). Por ello, el consumo de alcohol cambia la forma de ver el mundo en la persona que la consume, especialmente cuando la dosis es alta. Ello le produce un cambio en su estado de conciencia. Lo mismo podríamos ir indicando una a una de las distintas drogas existentes. Pero quizás es con los alucinógenos donde más claramente se puede ver ese cambio respecto al estado de conciencia. Con los alucinógenos se cambia la experiencia perceptiva, con cambios enormes en los colores, sonidos, percepción del tiempo, etc., habitualmente en forma de alucinaciones que variarán en función del tipo de droga alucinógena, como puede ser el LSD, hongos (mescalina, psilocibina), etc. Una alucinación es una experiencia sensorial en ausencia de un estímulo externo apropiado o la interpretación inadecuada de experiencias imaginarias como percepciones actuales, reales (ej., ver unos colores rojos maravillosos sin que la retina vea realmente ningún color externo de esa intensidad de color ni dicho color). También pueden aparecer experiencias místicas, religiosas o semireligiosas (ej., con la yahuasca o yagé). Algunos problemas de las alucinaciones, cuando ya se ha dejado de consumir la droga alucinógena, es el surgimiento de *flashbacks*. Estos consisten en la aparición brusca e incontrolable de la alucinación previa, días, semanas, meses o incluso años después del último consumo sin haberse producido realmente el consumo de la droga. En este caso, probablemente lo que está ocurriendo es una restauración de memorias de experiencias previas. Los que consumen sistemáticamente LSD, por ejemplo, tienen una pérdida de la orientación de la realidad. Esto puede llevar a

trastornos de pánico o a trastornos psicóticos, especialmente en las personas predispuestas.

El problema actual de la dependencia de drogas viene determinado por factores sociales, como la disponibilidad, acceso a las sustancias (ej., precio asequible), tolerancia social hacia ellas, etc.; factores psicológicos (ej., reforzamiento, expectativas, etc.); y, fisiológicos (tolerancia, síndrome de abstinencia, predisposición biológica, etc.). De ahí que manteniéndose constantes los factores psicológicos y fisiológicos si aparece un fenómeno nuevo en mayor cantidad, con algunos de los nuevos factores sociales, como puede ser el nuevo fenómeno de la vida recreativa, y el mayor consumo de drogas a ella asociado (que antes no existía porque no existía tal fenómeno), es claro que se incrementará el consumo de drogas y se mantendrá dicho consumo mientras estén presentes dichos factores. Un modo de disminuir dicho consumo podría ser incidir en los factores psicológicos y fisiológicos, siempre que nos sea muy difícil incidir en los factores sociales. Lo que sabemos es que incidir en los factores fisiológicos es muy difícil o es imposible. En los factores psicológicos es más posible incidir. Por ello, conocerlos y a partir de los mismos utilizarlos para la mejora del ser humano, como puede ser que las personas no consuman drogas o que no las consuman abusivamente, es un objetivo que podemos afrontar y al que podemos dedicar tiempo y esfuerzos porque el resultado se verá recompensado.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMS, D. B. y NIAURA, R. S. (1987). «Social learning theory of alcohol use and abuse». En H. Blane y K. Leonar (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 131-160). Nueva York: Guildford Press.
- ALFORD, B. A. y BECK, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. Nueva York: Guildford Press.
- ANASTASI, A. (1990). *Psychological testing (6th. ed.)*. Nueva York: Maxwell MacMillan.
- ARONSON, E. (1975). *Introducción a la psicología social*. Madrid: Alianza Editorial.
- ASCH, S. (1956). «Studies of independence and conformity: A minority of one against a unanimous majority». *Psychological Monographs*, 70, nº 9.
- ATKINSON, R. L., ATKINSON, R. C., SMITH, E. E., BEM, D. J. y NOLEN-HOEKSEMA, S. (1996). *Hilgard's introduction to psychology (11th. ed.)*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace College Publisher.
- BANDURA, A. (1977a). «Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change». *Psychological Review*, 84, 191-215.
- BANDURA, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall (trad. cast., Madrid, Espasa Calpe, 1982).
- BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall (versión castellana: Barcelona: Martinez-Roca, 1987).

- BANDURA, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- BANDURA, A. y WALTERS, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston (trad. cast. en Madrid, Alianza Editorial, 1977).
- BECOÑA, E. (1990). «O efecto placebo». *Jornal de Psicología*, 8, 11-17.
- BECOÑA, E. (1995). «Drogodependencias». En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 1, pp. 493-530). Madrid: McGraw-Hill.
- BECOÑA, E. y VÁZQUEZ, F. L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Editorial Síntesis.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. y EMERY, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BERMUDEZ, J. (1997). *La personalidad*. Madrid: Aguilar.
- BOTVIN, G. (1999). «Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions». En M. D. Glantz y C. R. Hartel (Eds.), *Drug abuse. Origins & interventions* (pp. 285-308). Washington, DC: American Psychological Association.
- CARLSON, N. R. (1998). *Fisiología de la conducta*. Barcelona: Ariel.
- CHAIKEN, S., WOOD, W. y EAGLY, A. H. (1996). «Principles of persuasion». En E. T. Higgins y A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology. Handbook of basic principles* (pp. 702-742). Nueva York: The Guildford Press.
- CLARK, D. A., BECK, A. T. y ALFORD, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Nueva York: Wiley.
- CLEVEALAND, B. L. (1984). «Social cognitive theory recommendations for improving modeling in adolescent substance abuse prevention program». *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 53-68.
- COSTA, P. T. y McCRAE, R. R. (1994). «“Set like paster?” Evidence for the stability of adult personality». En T. Heatherton y J. Weinberg (Eds.), *Can personality change?* (pp. 21-40). Washington, DC: American Psychological Association.
- COSTA, P. T. y McCRAE, R. R. (1999). *NEO-PI-R. Inventario de personalidad NEO revisado*. Madrid: TEA.
- CRUZADO, J. A. (1993). «Técnicas de modelado». En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 594-626). Madrid: Pirámide.
- DIGMAN, J. M. (1990). «Personality structure: Emergence of the five-factors model». *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- D’ZURILLA, T. J. y NEZU, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention (2nd ed.)*. Nueva York: Springer.
- ESCOHOTADO, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa.
- FERNÁNDEZ-ÁBASCAL, E. G., MARTÍN, M. D. y DOMÍNGUEZ, J. (2001). *Procesos psicológicos básicos*. Madrid: Pirámide.
- FUNDER, D. C. (2001). «Personality». *Annual Review of Psychology*, 52, 197-221.
- GRAÑA, J. L. (1994). «Factores de aprendizaje en las drogodependencias». En: E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (cord.), *Drogodependencias. I. Introducción*

- (pp. 117-162). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- GRAÑA, J. L. y GARCÍA, A. (1994). «Teorías explicativas de las drogodependencias». En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 44-96). Madrid: Debate.
- GRAÑA, J. L. y CARROBLES, J. A. I. (1991). «Condicionamiento clásico en la adicción». *Psicothema*, 3, 87-96.
- HAAGA, D. A. y DAVISON, G. C. (1986). «Cognitive change methods». En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (3rd. ed., pp. 236-282). Nueva York: Pergamon Press.
- HUESMANN, L. R. (1998). «La conexión entre la violencia en el cine y la televisión y la violencia real». En J. Sanmartín, J. S. Grisolia y S. Grisolia (Eds.), *Violencia, televisión y cine* (pp. 87-132). Madrid: Ariel.
- JAFFE, J. (1982). «Drogadicción y abuso de drogas». En A. Goodman y A. Gilman (Eds.), *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Buenos Aires: Panamericana.
- KAHNEMAN, D. (1973). *Attention and effort*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- KRUEGER, R. F., CASPI, A. y MOFFITT, T. E. (2001). «Epidemiological personality: The unifying role of personality in population-based research on problem behaviors». *Journal of Personality*, 68, 967-998.
- KLEIN, S. B. (1994). *Aprendizaje. Principios y aplicaciones (2ª edición)*. Madrid: McGraw-Hill.
- LABRADOR, F. J. y CRUZADO, J. A. (1993). «Técnicas de control de contingencias». En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta* (vol. 1, pp. 169-262). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- LABRADOR, F. J., ECHEBURÚA, E. y BECOÑA, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- MARKMAN, A. B. y GENTNER, D. (2001). «Thinking». *Annual Review of Psychology*, 52, 233-247.
- MARTIN, G. y PEAR, J. (1999). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*, 5ª edición. Madrid: Prentice-Hall.
- MARZILLIER, J. S. (1980). «Cognitive therapy and behavioral practice». *Behaviour Research and Therapy*, 18, 249-258.
- MEICHEMBAUM, D. (1995). *Entrenamiento en inoculación de estrés*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- MÉNDEZ, F. X., OLIVARES, J. y ORTIGOSA, J. (1998). «Técnicas de modelado». En J. R. Olivares y F. X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 193-224). Madrid: Biblioteca Nueva.
- MILGRAM, S. (1973). *Obediencia a la autoridad*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- MOÑICAS, A. (1993). «Procesos, teorías y modelos de la atención». En A. Puente (Ed.), *Psicología básica. Introducción al estudio de la conducta* (pp. 116-150). Madrid: Eudema.
- MUÑOZ, M. (1997). «Aplicación clínica de la técnica de exposición en un caso de adicción a la heroína». *Adicciones*, 9, 347-362.
- MURPHY, K. R. y DAVIDSHOFER, C. O. (1991). *Psychological testing. Principles & applications*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- National Advisory Mental Health Council (NAMHC) (1995). *Basic behavioral science research for mental health. A national investment. A report of the National Advisory Mental Health Council*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- O'BRIEN, C. P., CHILDRESS, A. R., McLELLAN, A. T. y EHRMAN, R. (1993). «A learning model of addiction». En C. P. O'Brien y J. H. Jaffe (Eds.), *Addictive states* (pp. 157-178). Nueva York: Raven Press.
- O'BRIEN, C. P. y JAFEE, J. H. (Ed.) (1993). *Addictive states*. Nueva York: Raven Press.
- PASHLER, H., JOHNSTON, J. C. y RUTHRUFF, E. (2001). «Attention and performance». *Annual Review of Psychology*, 52, 629-651.
- PAVLOV, I. (1968). *Fisiología y psicología*. Madrid: Alianza Editorial.
- PELECHANO, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- PERRY, M. A. y FURUKAWA, M. J. (1987). Métodos de modelado. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia* (pp. 167-215). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- PERVIN, L. A. (1978). *Personalidad. Teoría, diagnóstico e investigación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- PERVIN, L. A. (1998). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: McGraw Hill.
- PERVIN, L. A. y JOHN, O. P. (1997). *Personality. Theory and research (6th. ed.)*. Nueva York: Wiley.
- PINILLOS, J. L. (1975). *Principios de psicología*. Madrid: Alianza Universidad.
- REISS, S. y BOOTZIN, R. R. (Eds.) (1985). *Theoretical issues in behavior therapy*. Orlando, FL: Academic Press.
- ROBERTS, B. W. y DELVECCHIO, W. F. (2000). «The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies». *Psychological Bulletin*, 126, 3-25.
- ROSENTHAL, T. L. y STEFFEK, T. A. (1991). «Modeling methods». En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change. A textbook of methods* (4th. ed., pp. 70-121). Nueva York: Academic Press.
- SANTACREU, J., HERNÁNDEZ, J. M., ADARRAGA, P. y MÁRQUEZ, M. O. (2002). *La personalidad en el marco de una teoría del comportamiento humano*. Madrid: Pirámide.
- SCHUCKIT, M. A. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- SELIGMAN, M. E. P. (1975). *Helplessness*. San Francisco, CA: Freeman (trad. cast.: Madrid, Debate, 1981).
- SELIGMAN, M. E. P. y CSIKSZENTIMIHALYI, C. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- SIEGEL, S. (1975). «Evidence from rats that morphine tolerance is a learned response». *Journal of Comparative Physiological Psychology*, 89, 498-506.
- SIEGEL, S. (1976). «Morphine analgesic tolerance: Its situation specificity supports a Pavlovian conditioning model». *Science*, 193, 323-325.
- SIEGEL, S. (1981). «The role of pavlovian processes in drug tolerance and dependence: Implications for treatment». *Addictive Behaviors*, 6, 205-211.

- SKINNER, B. F. (1938). *The behavior of the organism*. Nueva York: Appleton Century Croft Inc (trad. cast., Barcelona: Fontanella, 1975).
- SKINNER, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: McMillan (trad. cast., Barcelona, Fontanella, 1969).
- SLOMAN, S. A. (1996). The empirical case for two systems of reasoning. *Psychological Bulletin*, 119, 3-22.
- TICKLE, J. J., HEATHERTON, T. F. y WITTENBERG, L. G. (2001). «Can personality change?». En W. J. Livesley (Eds.), *Handbook of personality disorders. Theory, research, and treatment* (pp. 242-258). Nueva York: Guildford Press.
- TUDELA, P. G. (1992). «Atención». En J. L. Fernández-Trespalacios y P. Tudela (Eds.), *Atención y percepción* (pp. 119-162). Madrid: Alhambra Universidad.
- TURK, D. C. y SALOVEY, P. (1985). «Cognitive structures, cognitive processes, and cognitive-behavior modification. I. Client issues». *Cognitive Therapy and Research*, 9, 1-17.
- TVERSKY, A. y KAHNEMAN, D. (1983). «Extensional versus intuitive reasoning: The conjunction fallacy in probability judgment». *Psychological Review*, 90, 293-315.
- WHITE, L., TURSKEY, B. y SCHWARTZ, G. E. (Eds.) (1985). *Placebo. Theory, research and mechanism*. Nueva York: Guildford Press.
- WIKLER, A. (1965). «Conditioning factors in opiate addiction and relapse». En D. I. Wilner y G. G. Kassebaum (Eds.), *Narcotics* (pp. 85-100). Nueva York: McGraw-Hill.
- WIKLER, A. (1980). *Opioid dependence: Mechanisms and treatment*. Nueva York: Plenum.

CAPÍTULO 7. PROCESOS, FACTORES Y HECHOS RELEVANTES PARA EL CONSUMO DE DROGAS Y LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

1. CULTURA Y CONSUMO DE DROGAS: EL NUEVO FENÓMENO DE LA VIDA RECREATIVA

Desde hace varios miles de años hasta hoy han sido varios los factores que han propiciado el abuso de alcohol y drogas en varios lugares y tiempos. Westermeyer (1996) nos presenta algunos ejemplos, tales como que el comercio internacional se ha hecho fiable, rápido y económico, especialmente en las últimas décadas. Estos vehículos comerciales se han realizado por tierra, agua, aire, permitiendo una rápida transferencia, y a bajo coste, de las sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas, de un área a otra del mundo. Como consecuencia de ello, y como es bien sabido, una parte importante y saneada de la economía de muchas regiones del mundo depende de su comercio, como son ejemplos Brasil para el café, Carolina del Norte y del Sur para el tabaco, Escocia en el Reino Unido y el estado de Kentucky en Estados Unidos para el whisky, el triángulo del oro asiático para el opio, India para el té, etc. Más cercano a nosotros podemos hablar de Francia, Italia y España para el vino junto a las regiones andinas para la cocaína y varios estados norteamericanos para el cannabis, así como Marruecos.

En los últimos años, a través del comercio, las sociedades fueron expuestas a sustancias previamente desconocidas para ellas. Al ser vulnerables, en esas sociedades se han adoptado formas de uso de drogas que parecen inicialmente seguras y deseables, pero que luego no ocurría así. Pero no solo nuevas formas de drogas se expanden a lo largo de todo el mundo, sino que también han ido surgiendo nuevos métodos para su

administración, haciendo más fácil, rápido y seguro su consumo. Así, fumar, esnifar, chupar e introducir por el recto sustancias produce un efecto más rápido de la droga que simplemente tragarla o beberla. De especial relevancia fue el descubrimiento en el siglo XIX de la inyección parenteral. En la misma década de su invención, a mediados de 1800, las personas dependientes del opio comienzan a utilizar la inyección parenteral para autoadministrarse opio. A finales de nuestra década unos pocos adictos al opio han aprendido a usar parches en la piel altamente efectivos y la administración intravenosa constante para tomar opiáceos. Junto a ello, la purificación y concentración de las viejas sustancias permiten ser más fácilmente transportadas o introducidas ilegalmente y ser más fácilmente consumidas de una gran variedad de formas (incluyendo la forma esnifada o inyectada). Ejemplos de ello incluyen la síntesis de morfina y heroína del opio, cocaína de la coca, y el tetrahidrocannabinol del cannabis. Precisamente la síntesis química ha dado un nuevo impulso a los componentes psicoactivos con potencial adictivo. Desde los comienzos de este siglo se han sintetizado nuevos estimulantes (ej., anfetaminas), sedantes (ej., barbitúricos, benzodiazepinas), y opiáceos (ej., meperidina, metadona, fentanil). Los inhalantes volátiles, muchos de los que se han desarrollado como sustancias psicoactivas, se han convertido también en sustancias de abuso. Además de estos cambios tecnológicos, los cambios socioculturales pueden haber jugado un importante papel. La supresión económica, política y militar de las culturas débiles por las fuertes puede haber producido la vulnerabilidad a las extendidas sustancias de abuso a través de la desintegración de esas culturas pequeñas o débiles (Westermeyer, 1996).

Para muchas culturas consumir drogas es un imperativo cultural (Westermeyer, 1996). El caso del alcohol en nuestro medio es quizás el ejemplo más claro. Junto a las celebraciones religiosas (vino en la misa), están las ceremonias de paso, como el nacimiento, bautismo, matrimonio u otras, donde el vino es un elemento de la ceremonia o de la fiesta posterior. Junto a ello está la intensificación de las relaciones sociales a través del alcohol, al beber con frecuencia en lugares públicos y la utilización del alcohol en los acuerdos económicos y políticos, a través de celebraciones como el típico vino, brindar con champán, etc. Westermeyer (1996) analiza los usos ceremoniales y rituales de las sustancias, cuando el consumo es requerido o está permitido.

Por todo ello, sin un buen conocimiento socio-cultural y de las sustancias habituales en esa cultura o grupo social, junto a su evolución histórica, medidas que se han tomado a lo largo de la misma, éxito o fracaso que han obtenido, relación entre creencias y valores culturales y consumo de drogas, nos veremos abocados al fracaso, no sólo del cono-

cimiento, sino de poder implantar medidas adecuadas siempre con el objetivo de mejorar la salud de las personas, si se da el caso de que dichas sustancias les afectan, dado que cuando los usos están «ritualizados» son parte de esa cultura, más que un elemento distorsionador de la misma. Por desgracia, en nuestra sociedad actual se ha pasado de un uso ritualizado, normativizado y controlado socialmente de décadas o siglos pasados de algunas sustancias, a un uso abusivo, descontrolado, para satisfacer nuevas necesidades en una sociedad compleja como la nuestra.

Un nuevo fenómeno actual es el del ocio, tiempo libre y diversión. Y unido al mismo es frecuente su asociación con el consumo de drogas. Este fenómeno que nos puede parecer cotidiano y normal en estos tiempos no siempre ha sido así. Si echamos una mirada al pasado más inmediato, como hace 25 ó 50 años, apreciamos que el ocio y tiempo libre era apenas existente para la mayoría de las personas, y tampoco en los jóvenes, aunque sí es cierto que la diversión formaba parte, y siempre lo ha formado, de esa etapa de la vida, pero de un modo radicalmente distinto a como hoy lo conocemos u observamos.

Hasta no hace muchas décadas el único acceso a sustancias psicoactivas era al tabaco, sin filtro, y al alcohol, en forma de vino o de otras bebidas como el coñac, el anís, o la aguardiente, producidos en el propio país. Pero este acceso también estaba limitado por la disponibilidad de dinero, y de clase social diríamos, y predominantemente al sexo masculino. Al tener un acceso reducido al dinero era difícil poder disfrutar lo que más de uno quisiera. Y, la clara dominancia del varón, y la filosofía oficial impuesta de que la mujer se debía al varón por encima de todo, con la segregación de la mujer de toda la vida social, excepto la orientada a la familia y a la procreación de los hijos, impedía a éstas fumar cigarrillos o beber alcohol (conductas entonces consideradas indecentes, pecaminosas, viciosas, etc.), al menos en público, con las excepciones del anís o de los vinos quinados o reconstituyentes, que había que beber con decoro dentro de las cuatro paredes de las casas. Además, la religión, con su omnipresente poder social de aquel momento, impedía cualquier intento de acercamiento de las mujeres a los hábitos de los varones, porque precisamente uno de los aspectos en que más se insistía en ese momento era en esa diferenciación. Así conservaba su pureza, tanto física como espiritual.

A mediados de los años 70, y en los años sucesivos, se produce en España el final de la dictadura, el comienzo de la democracia, la apertura externa, recoger los frutos del desarrollo económico que se produce en España a partir de los años 60 y de los ingresos que aportan los emigrantes, el boom demográfico y una clara idea de bienestar y progreso, la liberación de la mujer y su incorporación al mercado laboral con sus ingresos propios, el dominio sobre su cuerpo y sobre la concepción, el incremen-

to considerable de los estudiantes universitarios, el boom del turismo y la entrada de divisas y nuevas ideas del extranjero, la música moderna, el pop, etc. La diversión cambia radicalmente. Se sale más, hay más dinero, se quiere disfrutar de la vida y de algo muy preciado que se ha ganado y que se desconocía: la libertad. La diversión y el modo de divertirse cambia. Decae la diversión simbólica (los paseos de los chicos por un lado y las chicas por otro), ciertos hábitos de ocio (ej., ir al cine), y se pasa a la diversión nocturna en lugares específicos para ellos (*boites*, discotecas, salas de fiesta, locales nocturnos, night clubs, con los distintos nombres que toman en esos años), con nuevos cambios en el tipo de diversión, música y tipo de consumos. Los clásicos consumos de tabaco y alcohol, de fabricación nacional, van poco a poco siendo cambiados por los cigarrillos americanos, la incorporación paulatina de la mujer al consumo de tabaco, el incremento del consumo de bebidas alcohólicas de alta graduación importadas, el incremento del consumo de cerveza, y los primeros casos de problemas producidos por consumo de sustancias hasta ese momento desconocidas, como ocurre en esa época con la heroína, u otras que tenían escasa presencia como el cannabis (previamente era la grifa traída de África por los legionarios o soldados que participaban en el contingente de África).

Hoy lo anterior nos parece historia. Lo es pero ocurría aún ayer. Hemos mejorado mucho en aspectos que son esenciales, como la liberad y el sistema democrático que tenemos, pero se ha empeorado parcialmente en otros, como es la diversión por la diversión, sin una finalidad clara, y el consumo de sustancias cuando van asociadas a la diversión y se producen riesgos importantes con las mismas y en ocasiones graves disgustos, enfermedad y, en algún caso, la muerte. Consideramos que la diversión es en sí misma buena. Es un importante valor humano. La misma es consustancial al ser humano, siendo un elemento importante de la socialización y del establecimiento de relaciones interpersonales, afectivas y de calor humano. Estos son aspectos positivos de la misma. Pero cuando hay excesos puede aparecer su parte negativa en algunos de los que la practican. Lo cierto es que actualmente el fenómeno de la diversión se está generalizando en todos los países desarrollados, especialmente en los occidentales, pudiéndose afirmar que la globalización también ha llegado a este aspecto de la vida, como antes ha ocurrido con la vestimenta, con la música, con la comida, con el modelo económico, y con otras muchas cosas más.

Hoy la diversión cada vez está más asociada al consumo de drogas, sea éste puntual, esporádico o frecuente, aunque un gran número de personas se divierten sin consumirlas y es posible desarrollar un adecuado control y autocontrol en la situación de diversión, en la vida recreativa y

en otros contextos de la vida. Lo cierto es que la difusión de las drogas dentro de la diversión ha sido importante y con frecuencia se asocia una con la otra, aunque no puede establecerse un total paralelismo. Dentro de la diversión y el consumo de drogas, este nuevo fenómeno en nuestra sociedad actual, ha llevado a considerársele como el consumo de drogas recreativas (Calafat et al., 1998, 2000, 2001), por la gran difusión de las mismas, asociadas específicamente a la diversión, un razonable coste económico al que le pueden hacer frente muchas personas, el buscar en ellas un modo de potenciar la resistencia y el placer ante la diversión y ante las personas del otro sexo, o como un modo de evadirse en el tiempo libre de que se dispone. Y que, todo ello, implica en muchas ocasiones riesgos, riesgos que se asocian a si la persona puede ejercer control o autocontrol sobre sí misma, sobre las sustancias y sobre su entorno y amigos. También como éste es un fenómeno que se circunscribe de modo muy importante a la adolescencia y primera juventud, declinando la relevancia de la vida recreativa en la vida adulta, y paralelamente el consumo de sustancias y los problemas que ellas pueden acarrear, cuando la persona tiene que asumir sus responsabilidades de adulto al tener un trabajo, formar una familia, tener hijos, etc.

2. EL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN

Desde el nacimiento el medio influye en el desarrollo humano a través de dos procesos: el de aprendizaje y el de socialización. La socialización es el proceso a través del cual el individuo se convierte en miembro de un grupo social: la familia, comunidad o tribu. Incluye el aprendizaje de las actitudes, creencias, valores, roles y expectativas de su grupo. Es lo que permite hacer a un individuo miembro de su cultura. El proceso de socialización ocurre a lo largo de toda la vida, aunque su mayor importancia se produce en el período que va de la niñez a la adolescencia (Craig, 1997).

La socialización, también denominada internalización o desarrollo de la conciencia, puede definirse como «el proceso por el que una persona adquiere las pautas de conducta, creencias, normas y motivos, que son valorados y aceptados por su propio grupo cultural y por su familia» (Mussen, Conger y Kagan, 1974, p. 365). La cultura en la que un niño nace y crece, determina tanto el contenido como los métodos de socialización.

Hoy la socialización tiene lugar primero en la familia, que es el agente más importante de socialización, luego en la escuela, seguido por sus compañeros y los medios de comunicación. Después de la adolescencia también otras personas contribuyen al proceso de socialización, dado que

éste no finaliza hasta que muere la persona, aunque su mayor relevancia está en los primeros años y en la adolescencia. Mediante la socialización el individuo adquiere lo que se llama «el autoconcepto», el cual a su vez permite a lo largo del tiempo servir como modo de filtro e integración ante los impactos del ambiente (Craig, 1997). El autoconcepto es esencial para el desarrollo de una personalidad integrada, tener claros los roles, distinguir el yo real del yo ideal, etc. Los factores que influyen en el autoconcepto del niño son (Craig, 1997): las percepciones de otros, como padres o compañeros; la autoevaluación o análisis de los pros y contras personales, la imagen personal, percepción de la salud y sentido del vigor; los valores sociales, expectativas y nociones de lo ideal; y, las experiencias del yo en el mundo.

Wicks-Nelson e Israel (1997) consideran necesario considerar como elementos esenciales del desarrollo evolutivo, desde el nacimiento hasta la muerte, aunque con distinto peso en función de cada etapa de la vida, que: 1) el desarrollo se refiere al cambio que se produce a lo largo del ciclo vital; 2) hay un curso básico general y común normal a todos los individuos normales en las primeras etapas del desarrollo de los sistemas físico, cognitivo y socio-emocional, refinándose e integrándose a lo largo del tiempo; 3) existen distintas etapas o fases del desarrollo a lo largo de la vida aunque no son fáciles de diferenciar claramente unas de otras; 4) el desarrollo avanza de acuerdo a un esquema coherente en el sentido de que el desarrollo previo está ligado al desarrollo posterior de un modo lógico y sistemático; 5) a lo largo del ciclo vital los cambios producidos por el desarrollo pueden adoptar formas diversas; 6) aunque los seres humanos son maleables, existen limitaciones al cambio; y, 7) el desarrollo es el resultado de interacciones o transacciones entre variables biológicas, psicológicas y socioculturales.

En el clásico libro de Berger y Luckmann (1968) sobre la construcción social de la realidad aparece magistralmente descrito el proceso de socialización. El lenguaje y la producción humana de signos nos son característicos, siendo precisamente el lenguaje y la escritura dos elementos que definen a un ser humano específico y a una cultura

Un elemento importante de este proceso es la institucionalización. Mediante el proceso de habituación se llega a la institucionalización, la cual implica historicidad y control. Vienen de antes, del proceso histórico de esa cultura en sus múltiples interacciones a lo largo del tiempo entre las personas, el ambiente, los fenómenos económicos, de supervivencia, etc., de tal modo que anteceden al nacimiento de esa persona. De ahí que afirmen que «el orden social no forma parte de la »naturaleza de las cosas« y no puede derivar de las »leyes de la naturaleza«. Existe *solamente* como producto de la actividad humana« (p. 73) y que «decir que un sector de la

actividad humana se ha institucionalizado ya es decir que ha sido sometido al control social» (p. 77). Por todo ello «la sociedad es un producto humano. La sociedad es una realidad objetiva. El hombre es un producto social» (p. 84). La tradición se encarga en muchos casos de mantener lo anterior. Pero, al tiempo, la propia realidad presente se encarga de mantener la coherencia de la institucionalización o de ocurrir cambios, ya que hay una producción continua de la realidad, se institucionalizan.

Los roles se encargan de mantener la institucionalización, al marcar el papel de cada miembro de una sociedad y delimitar unos de otros. Ello influye en delimitar quién es o no especialista en ciertos temas, cómo se divide el trabajo, el papel de los sexos, la cuestión religiosa, etc. El problema aparece cuando surgen lo que denominan «sub-universos de significado segregados socialmente», los cuales trocean la cultura, como ocurre con las castas en la India o las sociedades secretas. Su funcionamiento los hace inaccesibles a los profanos porque su sabiduría es sólo para los iniciados. Esto suele acarrear el surgimiento de problemas.

La legitimación explica el orden institucional. La legitimación tiene dos elementos: uno cognitivo, otro normativo. El primero son los valores, el segundo el conocimiento, precediendo el conocimiento a los valores en la legitimación de las instituciones. Conforme se aumenta más en el nivel de legitimación, desde el simple así se hacen las cosas, al intermedio de esquemas pragmáticos relacionados con acciones directas concretas, llegamos al nivel de legitimación de las instituciones donde hay teorías explícitas sobre la misma. En este caso existe personal especializado para transmitirla, véase ancianos del clan en una tribu o la escuela en nuestra sociedad actual. Hay un elemento último de legitimación que son los universos simbólicos, en el que «*todos* los sectores del orden institucional se integran, sin embargo, en un marco de referencia general, que ahora constituye un universo en el sentido literal de la palabra porque ya es posible concebir que *toda* la experiencia humana se desarrolla *dentro* de aquel. El universo simbólico se concibe como la matriz de *todos* los significados objetivados socialmente y subjetivamente reales; toda la sociedad histórica y la biografía de un individuo se ven como hechos que ocurren *dentro* de ese universo» (p. 125). De ahí que «al llegar a este nivel de legitimación la integración reflexiva de los distintos procesos institucionales alcanza su realización última. Se crea todo un mundo» (p. 126). Como un elemento adicional, los ritos de pasaje permiten un adecuado ordenamiento de las diferentes fases de la biografía de la persona. Es en la legitimación de la muerte el caso donde más claramente se ve con más claridad el peso del universo simbólico. También los universos simbólicos ordenan la historia y ubican los acontecimientos colectivos de modo coherente en forma de memoria del

pasado, del presente y del futuro, facilitando vincularnos con el pasado y con el futuro, consiguiéndose así una totalidad significativa.

Pero «*toda* la realidad social es precaria; *todas* las sociedades son construcciones que se enfrentan al caos» (p. 134). Esto significa que no todo es estático, sino más bien dinámico a lo largo del transcurrir histórico en cada cultura. La historia nos lo ha enseñado claramente. Aunque el objetivo es transmitir lo que hay que transmitir completa y exactamente, la realidad cultural muestra que «la socialización nunca se logra completamente» (p. 137). Además, puede ocurrir que personas o grupos lleguen a compartir versiones divergentes del universo simbólico. Y, a la larga, esto es una alternativa al universo simbólico «oficial», el cual puede poner a su vez en marcha mecanismos represores para mantener la pureza por la amenaza que ello significa del universo conceptual establecido. Históricamente, cuando una cultura conoce a otra diferente ello puede ocurrir, especialmente cuando ambas son radicalmente distintas. Para mantener dicho orden se ha utilizado a lo largo de la historia la mitología, la teología, la filosofía y la ciencia.

Pasado lo anterior a nuestro mundo actual, lleva a Berger y Luckmann (1968) a afirmar que «la mayoría de las sociedades modernas son pluralistas, sentido éste que comparten un universo central, establecido en cuanto tal, y diferentes universos parciales que coexisten en un estado de acomodación mutua. Estos últimos tienen probablemente algunas funciones ideológicas, pero los conflictos abiertos entre las ideologías han sido reemplazados por grados variables de tolerancia o aun de cooperación» (p. 159). A su vez «el pluralismo fomenta tanto el *escepticismo* como la innovación y por ende, resulta inherentemente subversivo para la realidad ya establecida del *statu quo* tradicional» (p. 160).

La socialización primaria lo que pretende básicamente es internalizar la realidad. El individuo nace, pero en función de cada sociedad va a internalizar uno u otro sistema social. Dicha socialización se realiza mediante un aprendizaje cognitivo y con una fuerte carga emocional. La identificación es un proceso aquí importante, junto al aprendizaje de roles, su lugar en el mundo y ubicación social concreta. El lenguaje es el elemento que facilita todo lo anterior. Así internaliza el mundo de sus padres. Con ello adquiere su visión del mundo, que ocurre en la infancia, con un control total o casi total de la información y de la realidad. Las dudas pueden surgir a partir de la adolescencia o en la vida adulta, no en la infancia. Luego continuará el proceso de socialización la escuela y, en la actualidad, seguida por los medios de comunicación. Precisamente la escuela permite unir lo tradicional con lo nuevo en la esfera del conocimiento. Otro elemento esencial en el proceso de socialización es la división del trabajo. Mediante la internalización de sus reglas, roles y realidad, la persona conoce el estatus que el mismo proporciona dentro del universo simbólico de

su sociedad. Esto lo conocemos hoy bien por lo que se considera relevante y no relevante en un sistema social a nivel profesional. Pero «como la socialización nunca se termina y los contenidos que la misma internaliza enfrentan continuas amenazas a su realidad subjetiva, toda sociedad viable debe desarrollar procedimientos de mantenimiento de la realidad para salvaguardar cierto grado de simetría entre la realidad objetiva y la subjetiva» (Berger y Luckmann, 1968, p. 185).

El desarrollo de un niño se produce a través de la interacción continua, directa y recíproca de su familia, colegio y vecindario. En todas las sociedades se considera a la familia como el elemento más importante de la socialización del niño (Maccoby, 1992). La misma tiene su mayor peso en la infancia, que es cuando el niño es más dependiente y su maleabilidad es mayor. En ocasiones la influencia de la familia se mantiene a lo largo de toda la vida. En esos primeros años el niño va siendo modelado a través de refuerzos y castigos, siendo sus padres los modelos más importantes. Además, los padres son los que eligen el lugar donde viven o donde llevan viviendo desde hace generaciones sus antepasados por haber nacido allí. Además, controlan el acceso de sus hijos a los bienes materiales, ejercen control físico sobre ellos y tienen más conocimientos que sus hijos (Maccoby, 1992). De ahí que las pautas de crianza sean de gran relevancia para el desarrollo del niño, primero, y luego del adolescente, lo que va a marcar el modo en que va a ser de adulto.

La estructura familiar y el modo de crianza contribuyen de modo importante al desarrollo del niño en el aprendizaje de lo que es el mundo y en su propio desarrollo. Hoy sabemos que en sociedades desarrolladas, como la nuestra, las interacciones del padre y de la madre con los hijos son diferentes. Es bien sabido como los padres se ocupan menos de los hijos y los tratan de acuerdo con los estereotipos de género, mientras que las madres se centran más en el cuidado de los hijos y tratan a los hijos e hijas de un modo más similar (Wicks-Nelson e Israel, 1997). También hoy sabemos que la influencia no es unidireccional de padres a hijos sino bidireccional: los hijos influyen también el comportamiento de sus padres, como sus padres el de los hijos.

Todos los niños se relacionan desde la infancia con otros niños; en la adolescencia unos adolescentes con otros; y, en la vida adulta fundamentalmente unos adultos con otros. Este tipo de contactos contribuye al desarrollo y al enriquecimiento personal.

En los últimos años, con los grandes cambios que se han producido, especialmente a nivel laboral, que lleva a que frecuentemente ambos padres trabajen fuera de casa, los niños pasan cada vez más tiempo en la guardería cuando son pequeños y luego en el vecindario con otros niños (iguales) y cuidados por personas externas a la familia.

Las funciones que cumplen los iguales son múltiples. Wicks-Nelson e Israel (1997) indican como los iguales «proporcionan oportunidades para el aprendizaje de habilidades sociales, contribuyen a establecer valores sociales, sirven de normas con los cuales los niños se juzgarán a sí mismos y dan o niegan apoyo emocional. Los iguales refuerzan la conducta, sirven como modelo de comportamiento y se entablan amistades u otras relaciones sociales» (p. 20-31). Los iguales, además, pueden o no aceptar a un niño. En caso de rechazo ello se asocia con desobediencia, hiperactividad y acciones destructivas. Por contra, el niño aceptado suele ser socialmente competente, simpático, servicial y considerado. Esto está a su vez modulado por el entorno social, por la interacción niño-progenitor y por las características de los padres. Parece que las experiencias que tienen los niños en la interacción con sus padres es de gran relevancia en determinar como éstos van a relacionarse con sus iguales (Wicks-Nelson e Israel, 1997).

En la adolescencia los iguales tienen una gran importancia. En el tema de las drogodependencias, hasta hace poco tiempo se consideraban esenciales. Sin embargo, después de distintos estudios, como el de Kandel (1996), se debe considerar que siguen siendo muy importantes, pero no totalmente determinantes, ya que también la familia puede incidir directamente sobre los iguales o controlar el acceso a ellos.

Un grupo de amigos e iguales especiales que también hay que considerar son los hermanos (Craig, 1997), cuando los tiene, los cuales afectan al desarrollo de la personalidad infantil de un modo importante (Steinberg y Morris, 2001). Dunn (1993) ha indicado cinco posibles tipos de relaciones entre hermanos: rivalidad, seguridad de apego, asociación, confianza y humor, y fantasías compartidas. Las relaciones del hermano, que van a depender del propio desarrollo evolutivo del hermano, de su historia pasada y de su interacción con la familia y el ambiente, son un elemento más que influye en la socialización y en el desarrollo del niño y del adolescente. También la propia ubicación del mismo en la casa, si en la misma habitación u otra, si es o no del mismo sexo, estilo parental de educación, etc., son factores adicionales que interaccionan para un tipo u otro de relaciones entre los hermanos. Lo que sí es cierto es que en muchos casos, especialmente cuando se llevan pocos años, la interacción entre ellos es directa, intensa y sostenida en el tiempo.

El papel de la escuela ha cogido gran relevancia en los últimos años, tanto como transmisora de conocimientos como en su función socializadora. La escuela es, además, uno de los lugares donde se transmiten los valores aceptados socialmente, como es característica en nuestro medio la transmisión de valores democráticos y otros asociados a los mismos. Además, cada escuela constituye por sí misma un sistema social, con

un(os) edificio(s), una organización, horarios establecidos, normas de funcionamiento, etc. De ahí que sea claro que la escuela ejerza tanto influencias directas como indirectas sobre el rendimiento académico, el comportamiento social, el comportamiento normativo, etc. (Sylva, 1994). El proceso de modelado es claro en el contexto escolar tanto por parte de los profesores y dirección del centro como de sus compañeros o iguales. Lograr los objetivos académicos, infundir valores positivos, aumentar la autoestima y fomentar habilidades de trabajo, son algunos de los objetivos que se pretenden conseguir.

Actualmente en los países occidentales el número de horas que los niños pasan delante del televisor es alta. Los datos norteamericanos suelen ser los más elevados, con una media de siete horas y media al día, siendo en ese país la actividad a la que un niño dedica más tiempo con la excepción de dormir. Hoy también es claro que la televisión es un elemento más del proceso de socialización en nuestra cultura. Especialmente su impacto se aprecia en la conducta agresiva y violenta, cuando tiene modelos entre su familia y amigos agresivos o con conductas antisociales. Igualmente, los roles sociales del hombre y de la mujer suelen ser los tradicionales en los programas que en ella aparecen. Otro importante problema de los niños que ven en exceso la televisión es que una parte de ellos sacan la idea de que el mundo es un lugar cruel y amenazador. Realmente, las imágenes que se ven a diario en la televisión, con un grado de realismo y sensacionalismo cada vez mayor, con la retransmisión en directo de los hechos más inverosímiles a miles de kilómetros de distancia del televisor, pueden fácilmente llevar a una persona a esta conclusión si no tiene otros puntos de referencia bien asentados en su realidad cotidiana, que suelen ser radicalmente diferentes a esa parte de la realidad «subjetiva» que nos muestra en ocasiones la televisión. Lo cierto es que en 1993, la Academia Estadounidense de Pediatría, recomendó que los niños menores de 5 años no vieran la televisión y los de cinco a diez años lo hicieran de modo limitado junto a un adulto para interpretarles los mensajes (Craig, 1997). En el otro extremo, también es claro que la televisión tiene efectos beneficiosos, especialmente cuando se seleccionan adecuadamente los programas infantiles en los que se pueden aprender conductas prosociales, de cooperación, amistad, etc., aparte de los programas educativos. En uno u otro caso, la televisión nunca debe impedir hacer otras actividades que son necesarias para el desarrollo del niño o del adolescente como estudiar, jugar, estar con los amigos, etc. (ver Sanmartín, Grisolia y Grisolia, 1998).

A su vez la televisión se ve complementada con los distintos medios de comunicación que se orientan muchos de ellos específicamente a los jóvenes (ej., revistas de cómics, juegos, videojuegos, música, etc.), y en las

generales para todos, una parte muy importante de la publicidad que en ella se contiene va dirigida directamente a los adolescentes.

3. TIPOS DE FAMILIA Y CRIANZA

Hoy sabemos que el desarrollo de los hijos, su formación como personas, va a depender de distintos factores, siendo uno de los más relevantes el del tipo de crianza que tengan en el seno de la familia. De modo especial es relevante el modo en que los padres ejercen la autoridad hacia ellos, que puede ir desde el extremo de ejercer un completo control y coerción sobre los hijos hasta el opuesto de una total tolerancia y libertad.

Los estudios han encontrado que distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos. Dos variables son aquí esenciales: el control y la calidez paterna. El control paterno se refiere a como son de restrictivos los padres; la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos (Maccoby, 1984). Baumrid (1980) describió tres tipos de estilo parental: con autoridad, autoritarios y permisivos. Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) describieron un cuarto tipo, los indiferentes. En la descripción de Craig (1997) el estilo parental con autoridad ejerce mucho control y mucha calidez; el autoritario mucho control y poca calidez; el permisivo poco control y mucha calidez y, el indiferente, poco control y poca calidez.

El *padre con autoridad* sería el padre exigente y al mismo tiempo sensible, que acepta y alienta la progresiva autonomía de sus hijos. Tiene una comunicación abierta con ellos y reglas flexibles. Tiene un buen cuidado con ellos y un buen afecto. Cuando aplica castigos estos son razonables y ejerce un control firme. Aplica una disciplina inductiva, ya que le explica el propósito de las reglas y está abierto a las argumentaciones sobre las mismas. Sus hijos son los que tienen el mejor ajuste, con más confianza personal, autocontrol y son socialmente competentes. Tienen un mejor rendimiento escolar y elevada autoestima.

El *padre autoritario* establece normas con poca participación del niño. Sus ordenes esperan ser obedecidas. La desviación de la norma tiene como consecuencia castigos bastante severos, a menudo físicos. Ejerce una disciplina basada en la afirmación del poder. Sus exigencias con frecuencia son inadecuadas y los castigos son severos o poco razonables. La comunicación es pobre, las reglas son inflexibles, la independencia escasa. Por ello el niño tiende a ser retraído, temeroso, apocado, irritable y con poca interacción social. Carece de espontaneidad y de locus de control interno. Las niñas tienden a ser pasivas y dependientes en la adolescencia; los niños se vuelven rebeldes y agresivos.

El *padre permisivo* impone pocas o ninguna restricción a sus hijos, por los que muestran un amor incondicional. Son poco exigentes respecto a una conducta madura, utilizan poco el castigo y permiten que el niño regule su propia conducta. Tienen una confianza completa en sus hijos y ejercen una democracia plena en la relación padres-hijos. Los hijos disponen de una gran libertad y poca conducción. Los padres esperan que el niño tenga un comportamiento maduro. No establecen límites a la conducta. Fomentan la independencia y la individualidad. En muchas ocasiones estos padres son considerados indulgentes. En unos casos los niños tienden a ser impulsivos, agresivos, rebeldes, así como socialmente inep-tos y sin ser capaces de asumir responsabilidades. En otros casos pueden ser independientes, activos, sociables y creativos, capaces de controlar la agresividad y con un alto grado de autoestima.

El *padre indiferente* es aquel que no impone límites y tampoco proporciona afecto. Se concentra en la tensiones de su propia vida y no le queda tiempo para sus hijos. Si además los padres son hostiles, entonces los niños tienden a mostrar muchos impulsos destructivos y conducta delictiva. También a veces es denominado a este tipo de padre como padre negligente.

En la tabla 43 se indica un resumen de este tipo de padres en función de la exigencia y de la sensibilidad que tienen con sus hijos. Los datos existentes sobre muestras norteamericanas (Kimmel y Weiner, 1998), indican que los tipos más frecuentes son el padre con autoridad y el padre negligente (32% y 37%) y en menor grado el padre autoritario y el indulgente (15% en cada caso).

Tabla 43
TIPOS DE PADRES EN FUNCIÓN DE LA EXIGENCIA Y LA SENSIBILIDAD

Modelo parental	Exigente	Sensible
Con autoridad	Sí	Sí
Autoritario	Sí	No
Indulgente	No	Sí
Negligente	No	No

Adaptado de Kimmel y Weiner (1998).

El tipo de crianza en función del estilo paterno tiene una consecuencia directa en el tipo de personalidad que va a desarrollar el niño. Así, los padres autoritarios tienden a producir niños apartados y temerosos, con

poca o ninguna independencia y que son variables, apocados e irritables. En la adolescencia los varones pueden ser rebeldes y agresivos y las chicas pasivas y dependientes. Los padres permisivos tienden a producir niños autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, aunque en otros casos pueden ser activos, sociables y creativos; en otros pueden ser rebeldes y agresivos. Los hijos de los padres con autoridad son los mejor adaptados, dado que tienen confianza en sí mismos, tienen mayor control personal y son socialmente más competentes. Finalmente, los hijos de los padres indiferentes son los que están en peor situación y, si sus padres son negligentes, se sienten libres de dar rienda suelta a sus impulsos más destructivos (Craig, 1997).

Una cuestión que se ha ido planteando cada vez más en los últimos años es qué ocurre cuando el padre y la madre tienen estilos de crianza distintos. Los datos parecen indicar que entre el padre y la madre hay pocas diferencias en el estilo parental. Y, cuando estas existen, no son nada favorables para el desarrollo del adolescente (Kimmel y Weiner, 1998), dada la inconsistencia que aprecian entre lo que dice el padre y lo que dice la madre y las posibles discusiones que ello a su vez puede traer entre uno y otro miembro de la pareja.

La situación idónea es aquella en la que los padres no eluden ejercer el control de sus hijos, pero renuncian a ejercer un control estricto de ellos; que no permite a sus hijos una permisividad completa pero que también evitan ejercer el control de una forma autoritaria. Los hijos tienen que tomar sus propias decisiones conforme van creciendo, tanto en el sentido físico como psicológico. Si no lo hacen van retrasando esa toma de decisiones o les van impidiendo que vayan aprendiendo a hacerlo. El desarrollo evolutivo exige también que en un momento concreto el joven incremente su nivel de autonomía y llegue a conseguir su identidad. Hay que facilitárselo, no impedirselo, y los padres tienen aquí un papel muy importante que cumplir, aunque ello les lleve a pensar (o a que ocurra realmente) que pierden el poder y el control sobre sus hijos. En un momento de la vida esto es lo que va a ocurrir. Es el proceso natural. Ha ocurrido en sus propios padres y va a ocurrir pronto en el adolescente. Llegará un momento en que decidirá por su cuenta, sin tener otros que decidir por él. De ahí el que se comente con mucha frecuencia lo importante que es el diálogo, el diálogo sincero, entre padres e hijos. Este diálogo es una de las claves de la buena educación y facilita marcar los límites, poner en marcha la razón, ir negociando entre unos y otros hasta donde se puede llegar, hasta donde se debe llegar y qué es lo que unos y otros tienen que ceder. Ello facilita la autoconfianza y una libertad creciente en sus hijos, un incremento de la madurez, y una supervisión adecuada y correcta del paso de la niñez a la vida adulta a lo largo de un

periodo de varios años por el que pasa la adolescencia. Este es el proceso natural de la convivencia entre padres e hijos adolescentes y el proceso por el que podemos facilitarles ser adultos maduros.

Respecto al consumo de drogas es clara la relación que tienen los distintos estilos de crianza sobre el consumo de drogas (Vielva, Pantoja y Abeijón, 2001), aunque parece que la relación es más relevante en las drogas ilegales que en las legales. De este modo, el estilo de crianza es una variable de gran relevancia en la niñez y adolescencia para explicar luego en la vida adulta el consumo de drogas.

4. PREDISPOSICIÓN BIOLÓGICA

De igual modo que hay una predisposición o ambiente social favorable al consumo de drogas en algunos casos, y una predisposición psicológica en algunas personas para consumir drogas, como ya hemos visto en parte en los factores de riesgo y de protección, de igual modo existe en otras personas una predisposición biológica. Esta predisposición biológica favorece el que unas personas consuman con más facilidad drogas, o se hagan dependientes, que otras personas que no lo hacen aún teniendo otros factores que favorecen dicho consumo.

Varios estudios han mostrado la existencia de algunos elementos de predisposición biológica para distintas sustancias. Cuando esto ocurre, que es más infrecuente que frecuente, esta predisposición pueden tener una base genética. Además, la explicación con base genética solo afecta a un número reducido del total de las personas que tienen problemas de adicción, dado que explican un porcentaje bajo de la misma. Es importante insistir en esto porque a veces se pretende buscar, o reducir, la explicación de un fenómeno tan complejo como es el de las drogodependencias a una causa simple que realmente no lo explica más que en una pequeña parte.

La importancia de buscar sustratos biológicos y modelos neuroquímicos para las distintas drogas reside en que si se encuentran se pueden utilizar fármacos para limitar o bloquear el efecto de las sustancias en el cerebro.

La predisposición o vulnerabilidad biológica ha sido ampliamente estudiada en el campo del alcoholismo, y en menor grado en las otras drogas. Autores como Miller (1997) afirman que los estudios con animales apoyan una vulnerabilidad genética, tanto para el alcohol como para las otras drogas. Pero aun así, indica también como el ambiente sigue constituyendo el determinante principal de la exposición a las mismas. Y, en los seres humanos, de modo mucho más importantes que en otras especies animales.

Dentro del alcoholismo se han realizado tanto estudios familiares como genéticos sobre esta cuestión (Miller, 1997). Está bien documentado que la prevalencia de alcoholismo familiar entre alcohólicos varones es del 50%. Los jóvenes alcohólicos suelen tener familiares también alcohólicos, con una edad temprana de comienzo y una forma más severa de adicción. Además, los que tienen una historia familiar de alcoholismo responden peor al tratamiento que cuando no tienen una historia familiar de alcoholismo.

En los estudios genéticos se encuentra que los hijos de alcohólicos en adopción tienen un mayor índice de alcoholismo que los hijos de no alcohólicos en adopción, llegándose a apuntar una probabilidad de 3 a 4 veces mayor de ser los primeros alcohólicos respecto a los segundos. Esta relación se ha encontrado en muestras diversas de distintos países (Dinwiddie, 1977; Miller, 1997). A su vez, estudios llevados a cabo en Finlandia y Suecia con muestras representativas y muy grandes, encontraron que los problemas de bebida eran mayores en gemelos monocigóticos que en dicigóticos (Goodwin, 1985), como luego se confirmó en otros países.

Miller (1997) apunta que varios neurotransmisores pueden estar implicados en las conductas adictivas, como los opioides pépticos, la dopamina, la serotonina y la norepinefrina. Estos neurotransmisores tienen relación con el centro de la recompensa y con los estados de conducta instintiva (Gold, 1997).

De los datos existentes la relación más importante que se ha encontrado está en el tipo II de alcoholismo de Cloninger. Las personas de este tipo se caracterizan por ser varones, tener mayor probabilidad de tener enfermedades psiquiátricas, frecuentemente tienen una elevada dependencia de la recompensa, elevada evitación del castigo y baja búsqueda de novedades (Sánchez-Turet, 1992). Es una forma de alcoholismo heredable, aparece tempranamente y se asocia con la personalidad antisocial. Por suerte, del porcentaje total de alcohólicos constituye un porcentaje bajo. Los hijos de alcohólicos de tipo II son un grupo de riesgo importante tanto para el consumo de alcohol, como para otras adicciones. Así, en estudios con hijos adoptados tienen una probabilidad de desarrollar alcoholismo 9 veces mayor que los controles.

Cadoret, Yates y Devor (1997) han revisado la evidencia existente sobre la influencia genética en las distintas drogas. Revisaron tanto los estudios con familias como los estudios con gemelos. No incluyeron el alcohol por haber muchos estudios sobre el mismo, como ya hemos comentado. Su revisión indica que en los estudios realizados con familias hay altos porcentajes de uso de drogas en las mismas para los opiáceos y la cocaína, especialmente para los humanos. Por su parte los estudios con gemelos llegan a conclusiones semejantes en el sentido de que aparece una relación significativa. Aún así, en ocasiones los factores ambientales

suelen explicar una mayor parte de la varianza que la que explican los factores genéticos (Cadoret et al., 1997). Otra serie de estudios de gran interés, los de adopción, realizados por Cadoret et al. (1997), en donde incluyen tanto factores genéticos como ambientales, encontraron que la predicción del abuso o dependencia de drogas se relacionaba con: 1) un problema de alcohol en sus padres biológicos, 2) los familiares biológicos antisociales predecía la personalidad antisocial, la cual a su vez estaba altamente correlacionada con el abuso de drogas, y 3) un efecto ambiental, tal como un padre adoptivo con problemas de alcohol o de conducta antisocial, separación o divorcio, predecía el incremento del abuso de drogas en los adoptados. Los efectos ambientales eran independientes de los factores genéticos. A su vez los autores sugieren, en función de sus resultados, dos factores genéticos en el abuso de drogas: 1) un efecto directo, desde los padres biológicos alcohólicos hacia su descendencia, y 2) un efecto indirecto, desde los padres biológicos antisociales hacia su descendencia que son antisociales y que, como una parte de su conducta antisocial, se ven envueltos en el uso y abuso de sustancias. El tercer factor a añadir a los dos anteriores es el ambiental de una familia adoptiva con distintos trastornos.

Otra cuestión relacionada con lo anterior es la comorbilidad que existe entre el uso de sustancias y otros trastornos mentales y, a la inversa, en distintos trastornos mentales el uso de sustancias psicoactivas. Como puede verse en las tablas 44 y 45, a partir del estudio ECA (*Epidemiological Catchment Area*) (Regier, Farmer, Rae et al., 1990), la relación es clara: las personas con distintos trastornos mentales tienen un mayor nivel de adicción al alcohol y drogas (tabla 45) y, los que acuden a tratamiento por dependencia del alcohol o drogas tienen también una mayor proporción de trastornos mentales que los que tiene la población. La expresión de lo anterior en *odds ratio* u *OR* (estimación de la razón de riesgo o riesgo relativo de un trastorno desde la presencia o ausencia de otra enfermedad) muestra claramente altos niveles, especialmente en la relación alcohol y drogas con el trastorno de personalidad antisocial. Nótese que algunos de los trastornos que allí aparecen fueron ampliamente estudiados, como la relación entre depresión y alcohol (Hughes, 1993), tabaco (Becoña y Vázquez, 1998) y drogas ilegales (Calafat y Amengual, 1991); trastorno de personalidad antisocial y alcohol y drogas ilegales, etc. A su vez los estudios de alcoholismo y depresión en familias muestran que pueden existir tres tipos de interacciones (Bierut y Dinwiddie, 1997): alcoholismo y depresión pueden ser transmitidos independientemente; el alcoholismo puede causar la depresión; y, el alcoholismo y la depresión pueden compartir algunos factores etiológicos comunes. Lo anterior se puede resumir concluyendo que «la comorbilidad de la adicción y los trastornos psiquiá-

tricos es un problema común y, dado el incremento de los trastornos adictivos y psiquiátricos en las generaciones jóvenes, es esperable un aumento en la comorbilidad» (Bierut y Dinwiddie, 1997, p. 53).

Un buen resumen de todo lo dicho hasta aquí nos lo presenta Miller (1997) en una fórmula simplificada que viene a decir que la adicción sería igual a la vulnerabilidad más la exposición. Los factores genéticos contribuirían a la vulnerabilidad mientras que los factores ambientales a la exposición.

Tabla 44
COMORBILIDAD DE DISTINTOS TRASTORNOS MENTALES
CON LA ADICCIÓN AL ALCOHOL Y DROGAS A LO LARGO DE LA VIDA
(ENTRE PARÉNTESIS SE EXPRESAN LAS ODDS RATIO)

	Prevalencia a lo largo de la vida	Trastornos afectivos	Trastornos de ansiedad	Esquizofrenia	Trastorno de personalidad antisocial	Cualquier otro trastorno mental no adictivo
Adicción al alcohol	13.5%	13.4%(1.9)	19.4%(1.5)	3.8%(3.3)	14.3%(21.0)	36.6%(2.3)
Adicción a drogas	6.1%	26.4%(4.7)	28.3%(2.5)	6.8%(6.2)	17.8%(13.4)	53.1%(4.5)

Adaptado de Regier et al. (1990).

Tabla 45
COMORBILIDAD DE LA ADICCIÓN AL ALCOHOL Y DROGAS
CON DISTINTOS TRASTORNOS MENTALES A LO LARGO DE LA VIDA
(ENTRE PARÉNTESIS SE EXPRESAN LAS ODDS RATIO)

	Prevalencia a lo largo de la vida	Alcohol	Drogas	Cualquier sustancia
Trastornos afectivos	8.3%	21.8%(1.9)	19.4%(4.7)	32.0%(2.6)
Trastornos de ansiedad	14.6%	17.9%(1.5)	11.9%(2.5)	23.7%(1.7)
Esquizofrenia	1.5%	33.7%(3.3)	27.5%(6.2)	47.0%(4.6)
Trastorno de personalidad antisocial	2.6%	73.6%(21.0)	42.0%(13.4)	83.6%(29.6)
Cualquier otro trastorno no adictivo	22.5%	22.3%(2.3)	14.7%(4.5)	28.9%(2.7)

Adaptado de Regier et al. (1990).

5. LA ADOLESCENCIA: EL PERIODO CRÍTICO

5.1 INTRODUCCIÓN

La adolescencia es uno de los periodos más importantes en la vida de una persona. Esto explica el gran interés por la misma y el gran número de publicaciones especializadas sobre este periodo de la vida, como son revistas (ej., *Journal of Adolescence*; *Journal of Research on Adolescence*; *Journal of Youth & Adolescence*, etc.), monografías (ej., Kimmel y Weiner, 1998) o revisiones sobre este periodo de la vida (ej., Steinberg y Morris, 2001).

La adolescencia es el periodo de transición de la infancia a la adultez. El límite de edad no está claramente especificado, comenzando en nuestra sociedad a los doce o trece años y finalizando cerca de los 20 años cuando el desarrollo físico se ha completado. Kimmel y Weiner (1998) afinan un poco más e indican que la adolescencia es el periodo que va aproximadamente desde los 13 a los 19 años, aunque para Arnett (2000) va de los 10 a los 18 años. En ese periodo la persona joven desarrolla su madurez sexual y se establece su identidad como un individuo aparte de la familia, que piensa por su cuenta, que tiene ideas propias y que quiere ser él mismo (Alsaker y Flammer, 1999).

Para el consumo de drogas la adolescencia puede ser considerada el periodo crítico ya que es en esos años cuando se dan los primeros consumos y cuando se pueden producir los procesos de abuso y dependencia. Sin embargo, también hay que indicar desde aquí que el consumo de drogas es un hecho esporádico en el conjunto de los adolescentes o no lo normativo ya que los que llegan a probar sustancias, especialmente las más peligrosas, es reducido porcentualmente y un porcentaje muy grande de adolescentes y jóvenes, aparte del alcohol y del tabaco, no van a probar el resto de las sustancias psicoactivas. También es importante considerar el concepto de cohorte, que es un grupo de personas nacidas aproximadamente en el mismo momento, porque las cohortes varían en lo que hacen en su adolescencia, especialmente por los cambios sociales que se van produciendo a lo largo de la historia, y que explica por ejemplo porque se consumen hoy droga en un grado mucho mayor que en la cohorte de adolescentes de su misma edad de hace 50 años. Esto también tiene una gran relevancia para la comparación de estudios realizados con adolescentes en distintos momentos históricos.

En la adolescencia se pueden considerar tres fases (Kimmel y Weiner, 1998): la adolescencia temprana, la adolescencia media y la adolescencia tardía. En la adolescencia temprana es cuando los jóvenes crecen deprisa, física, intelectual y sexualmente, y tienen que adaptarse a dichos cambios, aceptar el propio aspecto físico y aprender a utilizar el cerebro y el cuerpo

de una manera eficaz. En la adolescencia media tienen que convertirse en personas seguras de sí mismas, alcanzar la autonomía psicológica de sus padres, implicarse en las relaciones con sus compañeros, lograr la capacidad para consolidar amistades íntimas, ampliar las relaciones heterosociales, salir con novios y afrontar la sexualidad. Y, en la adolescencia tardía, es cuando adquieren un sentido razonablemente claro y coherente de su identidad personal en relación con los demás, han comenzado a elaborar algunos roles sociales, sistemas de valores y sus objetivos vitales. La toma de decisiones es aquí importante. Algunas preguntas que se formulan en este período y que para ellos son esenciales son las de: ¿quién soy?, ¿qué quiero hacer de mi vida? Es el periodo de la creación de la identidad personal.

5.2 LA PUBERTAD

La adolescencia va unida a la pubertad. La pubertad es el proceso por el que se llega a ser física y sexualmente maduro y se desarrollan las características de adulto de un género concreto. La pubertad es un periodo que se extiende por tres o cuatro años a lo largo de los cuales el niño se transforma en adulto, tanto a nivel de reproducción sexual, con importantes cambios físicos en su aspecto exterior, forma corporal, órganos reproductivos y crecimiento. En la mujer aparece la menarquía, o primera regla, y en los varones la primera eyaculación. Los cambios físicos se ven acompañados de importantes cambios psicológicos y nuevos roles sociales y familiares. Ello lleva a que en unos casos el cambio de humor, trastornos internos y la rebeldía sean habituales; en otros adolescentes su transición es relativamente normal, tranquila, sin contratiempos (Atkinson et al., 1996). Todos estos cambios se producen básicamente por los cambios hormonales de la pubertad (Buchanan, Eccles y Becker, 1992). Las hormonas son sustancias biológicas secretadas en dosis muy pequeñas por las glándulas endocrinas (andrógenos -fundamentalmente testosterona-, estrógenos y progesterona). Como ya hemos analizado en otro capítulo, la madurez precoz puede incidir positiva o negativamente en el adolescente. Por ejemplo, la temprana maduración en mujeres tiene un efecto opuesto en su autoestima y están menos satisfechas de su peso y de su apariencia (Atkinson et al., 1996). En otros casos no ocurre esto. Si las chicas tienen una maduración temprana, y también tuvieron problemas de conducta en la infancia, es más probable que se le incrementen los problemas en la adolescencia (Caspi y Moffitt, 1991). Sin embargo, en chicos, su madurez temprana suele traerles ventajas (Kimmel y Weiner, 1998).

Lo cierto es que en las últimas décadas en nuestra sociedad, como en todas las occidentales y desarrolladas, se han dado importantes cambios

en la pubertad respecto a otras generaciones. Hoy el comienzo de la pubertad ocurre antes de lo que ocurría en otras épocas, como la de nuestros abuelos y abuelas, debido fundamentalmente al tema de la alimentación, donde cuando una población está bien alimentada, la edad puberal de inicio baja, gracias a que con dicha alimentación se incrementa el peso corporal y ello lleva a un crecimiento más rápido, no sólo de peso y altura, sino también de comienzo de la edad puberal (Kimmel y Weiner, 1998).

Los cambios hormonales que se producen durante la pubertad cambian totalmente a la persona. Se siente distinta y puede hacerse distinta también por dichos cambios. Esto incide directamente en sus emociones y en sus conductas. El aporte de hormonas al torrente sanguíneo produce claros cambios en sentidos a veces opuestos. Por ello es necesario utilizar un modelo biopsicosocial (Kimmel y Weiner, 1998; Spear, 2000) para una adecuada interpretación de dichos cambios, ya que no son lineales. Esto es, el efecto hormonal está mediado por las características psicológicas de la persona y por su entorno social, entre el que se incluye la familia, los amigos, el ambiente, etc. Esto explica el que no podamos hacer una predicción exacta, ni a veces ajustada, de la evolución de una persona desde la infancia a la vida adulta. Ello va a depender de múltiples factores, donde los biológicos (hormonas) son muy importantes en este periodo de la vida, pero no lo son menos, su historia pasada (aprendizaje, habilidades, aficciones, etc.), sus relaciones con otras personas y las que pueda adquirir (familia, amigos, novio, etc.), y como ello se refuerza o no en el ambiente social donde vive. De ahí que la adolescencia es una etapa de transición donde hay que favorecerla o ayudarles cuando lo necesiten (Funes, 1996) pero comprendiendo siempre a la persona que está en esa fase de cambios y que dichos cambios los tiene que hacer dicha persona, y donde le podemos ayudar mucho en las primeras etapas. No es una etapa fácil para su familia porque el negativismo, las quejas, el intentar conseguir la independencia, es lo característico, no lo casual. Por ello, también los padres tienen que pasar por esta fase y saber en que consiste la misma. Por ejemplo, mientras progresan los cambios hormonales de la pubertad los chicos tienden a volverse más firmes frente a las madres, lo que provoca conflictos familiares. En las chicas se observan patrones parecidos, centrados sobre todo en asuntos referidos a la conducta y al desarrollo sexuales. A su vez, los padres reaccionan con un aumento de la firmeza por su parte. El resultado característico de esta acción es menos firmeza en el adolescente y la reducción de la tensión en las relaciones familiares (Kimmel y Weiner, 1998).

Unido a la pubertad y a la adolescencia están temas relacionados con la sexualidad, las relaciones sexuales, la contracepción, el embarazo, las enfermedades sexuales, el enamoramiento, etc., que aquí no trataremos,

pero que son de una gran relevancia para el desarrollo del adolescente y que van a estar presentes a lo largo de toda la adolescencia y de ahí en adelante en el resto de su vida adulta.

5.3 LA AUTONOMÍA, LA INDEPENDENCIA Y LA LIBERTAD. LA FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD

Para Craig (1997) los adolescentes deben afrontar dos cometidos principales: 1) lograr un grado de autonomía e independencia de los padres, y 2) formar una identidad mediante la creación de un yo integrado que combine de manera armoniosa los diferentes elementos de la personalidad. Suele pensarse, manejarse en exceso, y ser un mito ampliamente extendido, el que los conflictos y la rebeldía de los adolescentes es el modo principal que utilizan para lograr la autonomía y la independencia de los padres. La realidad es bien distinta. Esta nos indica que los adolescentes tienen buenas relaciones con sus padres, que pasan por distintas fases a lo largo de su adolescencia pero que los cambios son cambios paulatinos y no ocurren esos conflictos o rebeldía de la que se habla. Al menos en la mayoría de ellos. Y, cuando ocurren hechos que no se adecuan a lo normal, es que ya ocurrían antes de la adolescencia, viven en una familia disfuncional o hay otros problemas que explican esto.

Lo cierto es que después de un tiempo el adolescente tiene como meta principal conseguir la autonomía, o libertad de decidir por sí mismo sobre como pensar, sentir y actuar. Aunque hay una edad legal para ser autónomos, o adultos, que suele ser habitualmente a los 18 años de edad, los adolescentes entienden que son adultos varios años antes. Que los padres manejen estas cuestiones adecuadamente y se vaya produciendo el proceso de autonomía, y que ellos lo alienten, con una separación natural de los padres de los hijos, y se guíe el camino de su autonomía, es necesario para su adecuado desarrollo como persona. Esa mayor autonomía facilita una mayor responsabilidad en el adolescente. Es el proceso natural por el que todos hemos pasado antes de pasar a ser adultos de pleno derecho. Aunque la ambivalencia puede surgir a lo largo de este proceso, los lazos afectivos se mantienen igual, aunque van siendo poco a poco de otro tipo: no son lazos afectivos infantiles sino que poco a poco se convierten en lazos afectivos adultos con sus padres. Tampoco es infrecuente cierto distanciamiento, conflictos familiares y que tomen cada vez más decisiones por su cuenta. Va a depender de como son sus padres, como es él y como ha sido y es la relación entre unos y otros para el resultado final de esta etapa de la vida. También de otras circunstancias ambientales, como nivel económico o privaciones, cambio de lugar de

residencia, etc. Como ya vimos en un punto anterior, los tipos de crianza explican parte del resultado adulto de los adolescentes. Cuando el adolescente es capaz de conseguir lo anterior, hablaremos de la individuación (Kimmel y Weiner, 1998), que consiste en ser capaces de separarse de sus padres y de pensar por sí mismos, al tiempo que continúan participando como miembros de la familia y colaborando con sus padres en la resolución de los problemas que les atañen. La ambivalencia que sienten los adolescentes también la pueden sentir los padres ante las conductas de sus hijos por no comprenderles, parecerles inmaduros, con falta de sensatez, por su exposición a distintos peligros, etc. Esto puede llevar a sentimientos contradictorios de los padres en algunos momentos o a tener que afrontar en los siguientes años el fenómeno conocido como «nido vacío» que es cuando los hijos se van de casa y llevan a cabo una vida independiente formando habitualmente una nueva familia.

El autoconcepto es la opinión que uno tiene de su persona y el conjunto de ideas y sentimientos que uno tiene sobre sí mismo. La autoestima es la evaluación emocional que uno hace de sí mismo. Esta puede ser positiva o negativa. Los estudios actuales (Kimmel y Weiner, 1998) indican que el paso de la adolescencia temprana a la tardía no va acompañada de cambios significativos en el autoconcepto o en la autoestima. Esto viene a indicar que la adolescencia es un periodo de transición, que aunque tenga sus problemas, o sus pequeños problemas, la mayoría los superan adecuadamente.

Relacionado con lo anterior está el proceso de identidad. Cuando la persona ha formado su identidad es cuando sabe quien es, sabe lo que piensa, en lo que cree y lo que puede hacer en la vida por sí mismo. Con palabras de Marcia (1980): «la identidad es una autoestructura, una organización interna, autoconstruida, dinámica, de impulsos, capacidades, creencias e historia individual. Cuanto más desarrollada está esta estructura, más conscientes son los individuos de su propia unicidad y su similitud con los demás y de su fuerza y su debilidad para abrirse camino en la vida. Cuanto menos desarrollada está la estructura, más confusos parecen los individuos sobre su propia distintividad respecto de los demás y más tendrán que apoyarse en fuentes externas para evaluarse a sí mismos» (p. 159).

La formación de la identidad es el resultado final de la adolescencia, o al menos la formación de la identidad madura, cuando la persona sabe exactamente quien es y cual es o puede ser su papel en el mundo. Los padres siguen teniendo aquí una gran relevancia para que puedan formar su propia identidad y no que se le imponga una forma concreta de pensar. Facilitarles pensar por su cuenta para adquirir una identidad madura está muy relacionado con los estilos de crianza (ver punto 3). Dado que las chicas tienen un desarrollo más temprano que los varones a lo largo

de la adolescencia, también se ve reflejado en que ellas maduran más rápidamente y logran antes la identidad que los varones. Otra diferencia está en que las chicas se centran más en aspectos interpersonales y los chicos en aspectos intrapersonales para la formación de su identidad.

5.4 LOS ADOLESCENTES Y SU FAMILIA

El adolescente se desarrolla y pasa su adolescencia dentro de una familia. La familia es el núcleo inicial de su proceso de socialización, al menos hasta ese periodo de su vida, en donde también se ve complementado por la escuela. En el apartado 3 de este capítulo se exponen los estilos de crianza en la familia y las consecuencias que ello tiene en los jóvenes, por lo que no lo trataremos aquí.

A pesar de lo que pueda parecer, la investigación nos muestra que (Olivares, 2001): 1) la mayoría de los jóvenes se llevan bien con sus padres, 2) comparten con sus padres su escala de valores, 3) no se rebelan ni contra su familia ni contra la sociedad y, 4) las malas relaciones entre el adolescente y su familia, cuando se dan, se asocian a la presencia de trastornos psicológicos, no al patrón de desarrollo general, ése que entendemos por normal.

Los adolescentes, tanto varones como mujeres, están más cerca de sus madres que de sus padres y a ellas acuden cuando precisan resolver algún problema. También, y en parte probablemente por ello, lo habitual es que el varón adolescente tenga más conflictos con su madre que con su padre (Craig, 1997). La participación de otros adultos, como un abuelo, una tía, un maestro, etc., facilita la transición del adolescente para formar su identidad. Esa independencia que va logrando paulatinamente de la familia la llena con otras personas que le proporcionan apoyo emocional, como pueden ser amigos o su pareja. Precisamente la consecución de la autonomía consiste en esto. Y, en sus compañeros e iguales, encuentran a las personas que piensan como ellos, que tienen sus mismas preocupaciones, metas y problemas. Y los que les pueden ayudar en ciertas situaciones de crisis.

Los padres pueden ir desde poco controladores hasta un exceso de protección. Una y otra actitud parental puede tener consecuencias indeseables. Por suerte, la mayoría de los padres evitan estos extremos ya que reconocen que sus hijos poco a poco tienen que hacerse adultos y ellos pueden ayudarles en ese tránsito. Además, los adolescentes tienen habitualmente respeto por sus padres y les quieren. Eso no significa que discrepen de ellos en muchas ocasiones o que sus puntos de vista no sean distintos. O que incluso lo que desean los padres para ellos, como que

estudien una carrera, que sean de cierto modo, que se casen y tengan hijos, que vivan con ellos, etc., no lo vean cumplido sus padres porque ellos piensan o actúan de un modo distinto u opuesto. En esto está el adquirir más y más la autonomía y ser ellos mismos.

Algunos temas que son una frecuente fuente de conflicto entre los padres y los hijos son las salidas nocturnas; la hora de llegada a casa; las compañías y amigos o amigas con las que sale, especialmente cuando no le gustan a sus padres; el novio o novia que eligen; la sexualidad, etc. Todo esto forma parte del desarrollo del adolescente y de la dinámica de las relaciones entre padres e hijos, con los polos de control y autonomía y la búsqueda del término medio y justo. El objetivo final es conseguir la autonomía de los padres, tener suficiente madurez, y con ello ser más autónomos. Es en la adolescencia temprana cuando más conflictos pueden surgir, tanto por el inicio del periodo adolescente, como por la torpeza e ignorancia en muchas ocasiones de cómo actuar por parte de los padres, que se encuentran de la noche a la mañana que su niño o niña se ha hecho adolescente y ha comenzado el proceso de convertirse en adulto en pocos años.

Los padres pueden responder con satisfacción o envidia ante las oportunidades, logros y competencias crecientes de sus hijos adolescentes, especialmente cuando ya se van a hacer adultos. Pueden estar orgullosos o frustrados según avancen sus hijos en la vida y vayan encontrando su sitio en la sociedad. Por suerte, la mayoría de los padres responden de un modo más normal y asumen la independencia y autonomía de sus hijos, sabiendo que les queda un lazo afectivo con ellos importante para el futuro y que ya lo viven en el presente.

Cada vez es más frecuente que muchos adolescentes vivan en lo que se llama una familia incompleta (Craig, 1997), dado que por las separaciones y divorcios una parte de los adolescentes van a pasar su adolescencia sólo con su madre o en una nueva familia donde uno de sus padres no es el padre biológico. Parece ser que las nuevas nupcias, de los padres, afectan al comienzo de la adolescencia más que en cualquier otro periodo (Hetherington, 1992).

Sabemos que los problemas familiares se han incrementado de modo acusado en las últimas décadas. En España, por ejemplo, en el año 1994 hubo 196.000 matrimonios, 47.500 separaciones y 31.500 divorcios (Cáceres, 1998). Estas cifras aumentan año a año. Para que se pueda comparar la evolución, mientras que en 1990 hubo 36.272 separaciones y 23.191 divorcios, en el año 1999 ya han subido a 59.547 separaciones, 36.900 divorcios y 1.589 anulaciones matrimoniales. El incremento es claro año a año. Dada la relación existente entre separación y divorcio, con la aparición concomitante o posterior de distintos problemas y psicopato-

logía en una parte importante de los hijos de estas personas, como trastornos psicopatológicos, fracaso escolar, etc., éste es un importante factor de vulnerabilidad para distintas conductas problema. Se han propuesto distintas explicaciones para la existencia de un mayor número de problemas maritales, junto a separaciones y divorcios, que hace décadas, como la existencia de factores sociales y económicos que caracterizan a la sociedad actual, trabajar ambos cónyuges fuera de casa, tener menos tiempo disponible para dedicarle a los hijos, primar la creencia de que los hijos solo quieren cosas materiales y no afecto, pensar que los hijos son una cosa más, etc. De ahí que, los programas preventivos en personas con vulnerabilidad o problemas en la esfera familiar, son otra vía importante para conseguir mejorar la salud mental de las personas. Y, también, para reducir el consumo de las distintas drogas, ya que a mayor número de problemas, mayor probabilidad de consumo de drogas. De todos modos, cuando los adolescentes están lo suficientemente maduros pueden superar la mayoría de las consecuencias que acarrea el divorcio de sus padres. Otra cuestión es cuando la familia que ahora se divorcia ya era una familia problemática, ya que en este caso los problemas existían antes y pueden continuar de ahí en adelante.

Otro fenómeno reciente en la perspectiva histórica es que ambos padres trabajen fuera de casa. Esto lleva a que el cuidado de los hijos se hace a distancia con poco control parental en muchos casos. Es un fenómeno nuevo que no nos afectaba hace años. Va a depender de la calidad del cuidado de los hijos en la guardería y luego en casa, así como la relación que mantiene la pareja entre sí y con los hijos, para que el desarrollo sea normal y sin problemas, o que surjan cuando no se dan dichas condiciones idóneas.

Finalmente, hay que indicar que en los últimos años se ha incrementado el interés por el estudio de la influencia de los hermanos de los adolescentes en ellos. Especialmente si son hermanos mayores, o con unos años más, y ya han pasado por el periodo adolescente, están en su fase final, etc. Les pueden prestar apoyo y pueden servir para facilitar el paso por la adolescencia.

5.5 LOS ADOLESCENTES Y EL GRUPO DE IGUALES

En los últimos años se han producido varios hallazgos sobre el modo en que los iguales influyen el desarrollo adolescente. Así, los iguales influyen a los adolescentes tanto de modo positivo (ej., conducta prosocial), como negativo (ej., conductas problema); los iguales no influyen a los jóvenes mediante presiones coercitivas sino que éstos ven en

ellos personas de admiración y les respetan sus opiniones; los adolescentes y sus amigos son a menudo similares, dado que los adolescentes suelen elegir amigos con actitudes, conductas e identidades similares; y, la susceptibilidad a la influencia de los iguales no es uniforme entre los adolescentes, variando dependiendo de la edad del adolescente, personalidad, socialización y percepción de los iguales (Steinberg y Morris, 2001). Los adolescentes estarían más influidos por los iguales en la adolescencia media que en la inicial y en la última.

La investigación sugiere que los adolescentes con amigos íntimos son más influenciados por la familia que por los iguales, y que los adolescentes en familias menos cohesionadas son más influenciados por los iguales que por los padres (Gauze et al., 1996). Mediante la comparación social pueden saber quienes son y qué quieren ser. Los compañeros y amigos juegan un importante papel también aquí.

El consumo de drogas es una de las conductas que comienza en la adolescencia. El adolescente tiene que decidir si consume o no drogas una vez que comienza a salir y se las ofrecen. El que las consuma o no, las pruebe o deje de probar, va a depender de los valores que le hayan inculcado en el pasado, de lo que piense el grupo de iguales sobre ello, de lo que hagan y de su desarrollo evolutivo. También ciertos sesgos perceptivos le llevan a creer que el consumo de drogas es más frecuente de lo que lo es realmente. A su vez se une a ello una incisiva publicidad de las drogas legales dirigidas específicamente a ellos, así como un marketing de las drogas ilegales vía el boca a boca, auspiciada por los camellos y vendedores de drogas, junto a otros medios, para conseguir nuevos clientes. El es un cliente idóneo, por ser joven y por poder pasar a engrosar la lista de los consumidores. Muchos creen que consumiendo se hacen adultos o que dejan de ser niños. Tan importante es una razón como la otra. Esto lo piensan muchos adolescentes. Y ello favorece la experimentación en grupo con distintas drogas. Ello unido a disponer de mayor libertad que la que tenía hace unos meses o años, disponer de dinero para gastar libremente, y ver que ello es normativo entre muchos de sus amigos, facilita la prueba y el consumo de drogas en una parte de ellos. Si el riesgo percibido de esa droga es bajo la probabilidad de su consumo es mayor.

El grupo de iguales constituye un grupo de referencia de gran importancia para los adolescentes. Con ellos adquieren una visión distinta del mundo a la que reciben de sus padres y de la misma escuela. En el grupo de iguales se sienten protegidos, entendidos y como parte importante de algo. Son un elemento importante tanto para su desarrollo psicológico como social. Tanto la familia como la escuela inciden en ellos de modo directo o indirecto. El papel de los iguales, de su dinámica y de las demás variables que inciden en este elemento primario de la socialización del adolescente en

cada momento histórico concreto, es imprescindible para llevar a cabo cualquier acción efectiva con ellos. Pero la interrelación entre el grupo de iguales, la familia y la escuela es más relevante de lo que se creía (Kandel, 1996), de ahí que unos influyen en los otros (ej., la familia puede evitar activa y efectivamente que su hijo o hija se impliquen en un grupo de iguales consumidores). Esto también nos lleva a no olvidar nunca al individuo. Es el actor y parte básica de lo que estamos tratando. Hay elementos importantes en la vida del niño y del adolescente que van a tener gran relevancia en su vida adulta. Se han estudiado muchas variables de tipo personal, como la autoestima, la frustración, la ira, la búsqueda de sensaciones, etc. Estos elementos son relevantes para su funcionamiento constituyendo junto al aprendizaje y la inteligencia la parte psicológica más importante de la persona. Estas variables, como otras, se han considerado de modo separado, pero parece más adecuado verlas de cara a la prevención, junto a las demás, porque por sí mismas tienen poco valor explicativo.

5.6 ADOLESCENCIA Y CONDUCTAS PROBLEMA

Una cuestión de gran interés actual en el estudio de la adolescencia es el análisis de las causas y correlatos de la conducta problema. El estudio de Jessor y Jessor (1991), con su teoría de la conducta problema, sigue siendo el estudio de referencia. Sin embargo, no se ha dedicado la atención que merece el estudio del desarrollo normal del adolescente (Steinberg, 2002). Lo que ha ocurrido es que a través del estudio de la conducta problema podemos inferir lo que es la conducta normal de los adolescentes. En un capítulo posterior exponemos detenidamente los estudios de Jessor sobre la conducta problema por lo que no nos detendremos aquí en el mismo.

En la línea de primar la conducta problema en adolescentes, la psicopatología del desarrollo ha cobrado una gran relevancia (Cicchetti y Fogosch, 2002). Pero, como dicen Steinberg y Morris (2001), precisamos distinguir entre patrones de experimentación ocasional y patrones duraderos de conductas peligrosas o inoportunas. Se debe distinguir entre problemas que tienen su origen y comienzo durante la adolescencia de aquellos que han comenzado antes de la misma. Además, muchos problemas son transitorios y desaparecen al comienzo de la adultez con pocas repercusiones a largo plazo, como ocurre con el consumo de drogas, la delincuencia y el desempleo. En el capítulo siguiente se analiza este aspecto en relación con el consumo de drogas.

Hoy, por ello, parece importante la diferenciación hecha por Moffitt (1993) entre problemas limitados a la adolescencia de problemas persis-

tentes a lo largo de la vida. Algunas de las variables que se han encontrado que diferencian a unos de otros, como trastorno por déficit de atención, problemas neurológicos y conducta problema en preescolar, no parten ni se producen por primera vez en el periodo adolescente. Por ello, aunque conocer la adolescencia es muy importante, no debe tampoco dejarse de lado conocer los periodos previos a la misma. Respecto al consumo de drogas, aunque es en la adolescencia cuando se dan las primeras pruebas de las mismas, las causas que llevan a ello en muchos casos están antes de llegar a este periodo. Con todo, en otros casos, el periodo adolescente lleva no solo a importantes cambios biológicos, sino también al surgimiento de distintos problemas. Como un ejemplo, en el caso de la depresión, ésta se incrementa en la temprana adolescencia y continua incrementándose a través de la misma, con un estancamiento en la adultez. Y la diferencia por sexos en depresión no aparece hasta el periodo adolescente. Por ejemplo, en un estudio nuestro reciente en una muestra representativa de los niños escolarizados de Galicia de 14 a 21 años de edad, evaluando la sintomatología depresiva con el Children Depression Inventory, CDI (Barrio, 1996; Kovacs, 1992) la puntuación media en el CDI a los 14 años fue de 11.61, incrementándose a 12.68 a los 15, 13.64 a los 16, 14.04 a los 17, 14.51 a los 18, y descendiendo a partir de ahí a los 19 (12.76), 20 (12.96) y 21 años (13.00), con un claro estancamiento a estas edades (Becoña et al., 2001). Lo que no conocemos, o conocemos muy poco, es el mecanismo subyacente a este fenómeno (Steinberg y Morris, 2001), para el que se han aducido cambios hormonales en la pubertad, eventos vitales estresantes y la aparición de ciertos tipos de habilidades cognitivas y mecanismos de afrontamiento.

5.7 ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE DROGAS

La adolescencia es una edad crítica para la formación de la persona. En la misma, la persona tiene que desarrollarse a nivel físico, emocional, social, académico, etc. La búsqueda de la autonomía e identidad son elementos definitorios de la misma. Esto se va a ver favorecido o no por su historia previa, por el apoyo/no apoyo y comprensión de su familia, existencia o no de problemas en la misma, grupo de amigos, etc. Tampoco se debe olvidar que la adolescencia es un largo periodo de tiempo que luego continuará en la vida adulta. El consumo de drogas es uno de los aspectos con el que se tiene que enfrentar la persona y decidir, en función de sus valores y creencias, pero también de su medio sociocultural, familiar, amigos, etc., si consumirá o no una vez que se las ofrezcan o sienta la necesidad de ellas. Debemos ser conscientes de que

la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los adolescentes de las sociedades desarrolladas (Blackman, 1996). Un gran número de ellos experimentan con el tabaco y el alcohol, en un lugar intermedio el hachís, y en menor grado con otras sustancias, como ya hemos visto anteriormente. Una experimentación temprana con estas sustancias facilita la posterior experimentación con otras sustancias. Saber convivir con las drogas (Funes, 1996) y saber que un porcentaje importante de los adolescentes las van a probar o consumir, es un hecho que hay que saber, conocer y reconocer, para poder actuar y ayudar a estas personas.

Todo ello sugiere la relevancia de la etapa adolescente respecto al inicio en el consumo de drogas. Lo cierto es que la historia se ha acelerado en el último siglo respecto a los siglos anteriores y en cada década o dos décadas tenemos una generación nueva, o cohorte nueva, que se diferencia de la anterior en gustos, modos de vestir, metas, etc. Algunos autores han analizado este fenómeno en Norteamérica, sugiriendo que allí la actual generación podría llamarse la «generación X», contrapuesta a la anterior, la del gran boom demográfico y llena de oportunidades de todo tipo, respecto a la actual. Las personas de esta generación X se caracterizarían respecto a la anterior por tener una visión negativa sobre el futuro, baja autoeficacia escolar, poca expectativa laboral, todo lo cual favorece los problemas relacionados con conseguir la autonomía, la independencia y la autoidentificación (Takanishi, 1993). El modo en que nuestra sociedad trata a sus adolescentes depende, en parte, del modo en que ella interpreta sus conductas (Quadrel, Fischhoff y Davis, 1993). Una explicación ampliamente extendida es que los adolescentes llevan a cabo conductas de riesgo que ellos ignoran o que infraestiman, pero que probablemente tengan consecuencias negativas. Esta es la hipótesis de la invulnerabilidad percibida (por ej., la creencia que existe entre los adolescentes de que no tienen que utilizar anticonceptivos porque las relaciones sexuales no van a producir el embarazo, ni poder adquirirse el VIH, etc.). Sin embargo, esto que le ocurre a los adolescentes, les ocurre de igual modo a los adultos. Por ello Quadrel et al. (1993) salen en defensa de los adolescentes, dado que se quiere llevar a cabo con ellos un paternalismo que los estigmatiza, les niega sus derechos a gobernar sus propias acciones, verlos como un problema social, y pretendiendo interferir con la experimentación que es una parte esencial de la adolescencia.

La percepción del riesgo es una variable de gran relevancia para explicar el consumo o no de una sustancia psicoactiva. Las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas. Si perciben que algo les va

a acarrear dichas consecuencias negativas no lo harán. Por ello, la concepción que se tiene sobre las distintas drogas, que depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, influye en su consumo. En ocasiones puede haber sesgos sobre los efectos de las sustancias, en un sentido o en otro. Por ello es de gran relevancia proporcionar información correcta y tener siempre presente que el objetivo de una persona es tener las suficientes habilidades para enfrentarse adecuadamente al mundo circundante y tener una buena adaptación en el mismo.

El consumo de drogas no suele ir solo, sino unido a otras conductas desviadas, antisociales o consideradas problemáticas socialmente. Detectar a los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia, tanto para ellos como para el resto de la sociedad. Esto también nos debe dejar claro que la mejora en el bienestar social (ej., reducción de la tasa de paro, aumento de las oportunidades, buenas escuelas para todos, etc.), biológico (ej., facilidad de acceso a la sanidad, posibilidad de hacer chequeos periódicos, etc.) y psicológico (ej., crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; poder desarrollar sus capacidades y expresar sus opiniones, preservar la salud mental, etc.) de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas.

Además, son varios los factores que hacen que las personas no se comporten saludablemente, como (Bayés, 1990; Becoña y Vázquez, 2000): 1) por el carácter placentero (reforzante) de la mayor parte de las consecuencias que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como a la inmediatez de sus efectos, 2) lo dilatado del tiempo que, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos, de la aparición de la enfermedad en su estado clínico diagnosticable, 3) el hecho de que mientras las conductas no saludables (ej., carcinógenas) proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición de enfermedades o de otros efectos nocivos son remotas y poco probables, 4) el convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos llegar a padecer, 5) por el sistema cultural, que a través de distintas creencias y por su arraigo suele mantener y «justificar» prácticas no saludables, pero socialmente correctas, y 6) el cambio como un proceso cíclico y lento más que rápido y lineal, en muchos casos caracterizado por la recaída. Muchos adolescentes no ven los problemas que pueden causar las distintas drogas o las conductas de riesgo que realizan a corto plazo; ven que esos son problemas muy lejanos y que no van con él, si es incluso que llega a plantearse que pueden llegar a causarle problemas (ej., emborracharse).

5.8 OCIO, TIEMPO LIBRE, VIDA RECREATIVA Y CONSUMO DE DROGAS

Un nuevo fenómeno que comienza a emerger con fuerza para explicar el consumo de drogas, tanto ocasionalmente como a nivel de abuso y dependencia, en adolescentes, es el consumo recreativo de drogas (Calafat, 1999; Calafat et al., 1999, 2000). Es indudable que el ocio y tiempo libre se está convirtiendo cada vez más en un fenómeno característico de las sociedades más avanzadas, entre las que nos encontramos. El trabajo va quedando poco a poco relegado a algo, que sin dejar de ser importante, nos ocupa sólo una parte del día, nos deja varios días libres a la semana y nos permite tiempos de descanso (vacaciones) largos. Esta concepción del trabajo ha impregnado la vida social y se aplica por igual a los estudiantes, incluso en mayor grado. Esto es muy distinto a otras épocas históricas en donde la lucha por la supervivencia era lo más importante y, por desgracia, sigue siendo así todavía hoy en muchos continentes, especialmente en los países considerados del tercer mundo. En este contexto, la cultura del ocio ha ido cobrando fuerza e importancia en los últimos años en nuestro país, donde además ya se ha convertido en una floreciente industria que, a su vez, proporciona muchos puestos de trabajo. Unido a ello, nuestras características socioculturales facilitan una cultura del ocio, aparte del turismo, el clima y el gran número de días de que disponemos a lo largo del año para estar de asueto. El fin de semana (dos o tres días si se incluye el viernes por la tarde-noche), aparte de los puentes, festivos y vacaciones, permite hoy disponer a muchas personas de una gran cantidad de tiempo libre que hay que ocupar. Lo que es una gran consecución social, la cada vez mayor liberación del trabajo, y disponer de mayor tiempo libre para cada uno cultivarse, descansar o hacer cualquier tipo de actividad, como mejor crea conveniente, puede ser un elemento favorecedor del consumo de drogas si éstas están asociadas a una parte de ese ocio y tiempo libre.

Como es bien sabido, en los jóvenes se ha producido en los últimos años una importante transformación de la diversión y de los hábitos de consumo asociados con ella. La vida recreativa, el pasarlo bien, el salir de marcha, se ha convertido en un nuevo fenómeno, más que por nuevo, ya que la gente se ha divertido siempre, por sus nuevas características. Además, este nuevo fenómeno ha estado asociado en parte importante en sus inicios, al consumo de éxtasis, para pasarlo mejor y aguantar la noche, a la baja percepción de riesgo de su consumo, al cambio de los horarios de diversión, al surgimiento de los locales «afters» (que abren a altas horas de la madrugada y cierran a media mañana o final de la misma), las rutas del bakalao, etc., todo lo cual ha constituido un nuevo modo de divertirse que antes no existía y que es reciente en el tiempo. Y, esta nueva for-

ma de diversión, se asocia en una parte de los que participan en ella con un consumo de sustancias para «aguantar» mejor la noche y pasarlo bien. De ahí la asociación entre vida recreativa y consumo de drogas. En todo caso nunca hay que olvidar que cuando hablamos de consumo de drogas hay que conocer el dato epidemiológico real, en el sentido de que siempre hay más personas jóvenes, si nos referimos a ellos, que no consumen drogas ilegales que los que las consumen, aunque el consumo de alcohol llega a cifras de mayor número de consumidores que de no consumidores, como con el tabaco, en la vida recreativa, como en ocasiones se encuentra en los que más tiempo le dedican a la misma (Calafat et al., 2000). Por suerte, esto se circunscribe habitualmente al fin de semana, aunque este tipo de conductas incrementa la probabilidad de que un porcentaje de los mismos tengan problemas de consumo abusivo de drogas o de alcohol y que aparezcan pronto sus problemas asociados, especialmente por el policonsumo recreativo (Calafat, 1999). Pero lo cierto es que estamos asistiendo en estos últimos años a un cambio en los patrones de consumo de sustancias en los jóvenes asociados a esta nueva forma de divertirse. Y este cambio no es sólo característico de nuestros jóvenes (Calafat et al., 2000) sino que es un fenómeno semejante que se está produciendo en el resto de los países europeos (Calafat et al., 1999), lo que nos muestra además claramente la creciente homogenización a la que vamos no solo en la moda, estética, forma de vestir, sino también en los consumos de las distintas drogas.

5.9 CONCLUSIÓN

La adolescencia es un periodo de gran relevancia en la vida de cualquier persona. En ella se pasa de niño o niña a adulto, una vez finalizada la etapa adolescente. Se descubre el mundo de otro modo, del modo propio, y en pocos años se pasa de ser una persona con un gran nivel de protección y apoyo a otro en el que uno tiene que funcionar por su cuenta, independientemente, una vez que la persona adquiere su identidad, modo en el cual sabe quien es y lo que puede hacer en el mundo.

A pesar de lo que pueda parecer, como afirman Kimmel y Weiner (1998) «la adolescencia, a la largo de la vida humana, es un período de transición. Puede ser asimismo un período de mayor vulnerabilidad y estrés; pero, casi con seguridad, también una época de curiosidad y asombro, cambio y crecimiento positivo. Para algunos es agobiante; otros, sin embargo, la viven con relativa calma» (p. 1). Y, el resultado de la adolescencia, lo que va hacer el adolescente y lo que va a ser se basa de modo importante en sus pautas de afrontamiento y en las características de per-

sonalidad desarrolladas en años previos (Craig, 1997). Por ello, no puede considerarse a la adolescencia como una isla separada del continente, sino como un periodo de transición de un periodo a otro de la vida, que sigue el curso que muchos han comenzado en el nacimiento y que va a seguir más o menos normalmente, teniendo que cubrir metas a lo largo de esos años. O, como afirma Craig (1997) «físicamente, la adolescencia se encuentra al mismo nivel que los dos primeros años en lo que respecta al rápido índice de cambios biológicos. Pero, a diferencia de los bebés, los adolescentes supervisan su propio crecimiento -o falta de él- con conocimientos y desinformación, sentimientos de orgullo y miedo, fascinación y sorpresa, esperanza y agitación. Se comparan con los otros y revisan de continuo su autoimagen. También aumentan las capacidades cognoscitivas, lo que permite mayor profundidad y amplitud de pensamiento» (p. 400).

Hay otros nuevos fenómenos relacionados con la adolescencia y la adultez temprana que cada vez están cobrando más relevancia, como la cada vez mayor dependencia económica de una parte de los hijos de sus padres, al prolongarse su estancia en casa, dilatar su entrada en el mercado laboral, etc. Esto, de mantenerse, puede producir importantes cambios para el futuro. Otra cuestión que no hemos tratado pero que hay que considerar es el incremento del número de embarazos no deseados en adolescentes (Cáceres y Escudero, 1998), con las importantes consecuencias que ello acarrea a nivel biológico, psicológico, familiar, sanitario y social. Igualmente, es claro el incremento del hedonismo (Brown, 1988) en nuestra sociedad, tanto en los adolescentes como en los adultos. Este es un fenómeno de las sociedades más desarrolladas, donde el consumo de drogas es una parte de ese hedonismo. Y, finalmente, hay que anotar que lo que estamos indicando se refiere a los países desarrollados, no a los países en vías de desarrollo, donde tienen privaciones y a veces les falta lo básico, a aquellos países que llevan años o décadas con guerras (ej., en África), o aquellos países con privaciones y hambrunas casi endémicas (ej., Etiopía). Esto muestra las claras diferencias culturales que todavía apreciamos de modo tan claro en distintas partes del mundo, aunque nuestro etnocentrismo a veces nos lleva a pensar que todo es igual y que, por ello, todos los adolescentes de todos los sitios son iguales.

En las páginas anteriores hemos analizado algunos de los aspectos que consideramos más relevantes que hay que conocer sobre la adolescencia, con una perspectiva preventiva y específicamente desde la perspectiva de la prevención del consumo de drogas. De ahí que nos hayamos centrado en aspectos centrales o específicos dependiendo de nuestro objetivo. Sólo nos resta apuntar el que cada vez se le da más importancia a los factores genéticos, los cuales influyen la agresión, la conducta antisocial y la delincuencia. También se ha encontrado relación entre fac-

tores genéticos con problemas de internalización como riesgo de suicidio y depresión. Parece que las mujeres adolescentes están más influidas por los factores genéticos en los problemas de internalización y externalización. Igualmente se ha encontrado influencia genética para la competencia, autoimagen e inteligencia de los adolescentes (McGuire et al., 1999), especialmente en los padres bien educados que están en ambientes favorables (Rowe et al., 1999). De todos modos, no debemos olvidar la interacción entre la persona, y lo que es, tanto a nivel biológico como psicológico, con la interacción que tiene con su ambiente. De este modo podremos comprender más adecuadamente el por qué la persona hace lo que hace.

6. LA ADULTEZ EMERGENTE

Cada vez es más evidente que la adolescencia se prolonga o que de la adolescencia se pasa a otro periodo que no es exactamente el de la adultez. Muchos hablan de adolescencia prolongada en las sociedades altamente industrializadas o postindustrializadas (Arnett, 2000). Este fenómeno no ocurre en las sociedades tradicionales, o hace décadas, donde de la adolescencia se pasaba a la vida adulta, sin que existiesen periodos intermedios entre ambos. Hoy, la evidencia nos indica que en las sociedades industrializadas hay pasos intermedios.

Ha sido Arnett (2000) quién ha planteado la existencia de un periodo previo a la consecución completa de la adultez y que caracteriza a nuestras sociedades actuales. El considera que existe un periodo, que ha denominado con el nombre de *adultez emergente* y que comprende el periodo de edad de los 18 a los 25 años. Este sería un periodo claramente diferenciado de lo que conocemos como adolescencia y como adultez joven.

El periodo de la adultez emergente se caracterizaría por su relativa independencia de los roles sociales y de las expectativas normativas (Arnett, 2000). Es el periodo en el que la persona todavía no ha entrado en las responsabilidades que son normativas en la vida adulta, estando en ese periodo de tiempo explorando varias posibles direcciones en su vida en las áreas del amor, del trabajo y de la visión del mundo. Por ello, a partir de este periodo, o del final del mismo, es posible que el individuo tome varias direcciones. Por ello, la formación de la identidad no finaliza en la adolescencia, según Arnett (2000), sino al final de este periodo, antes de pasar a la adultez. Ello también se relaciona con el retraso que hoy existe en los jóvenes en casarse, en conseguir su primer trabajo estable, el largo periodo de estudio antes de finalizar una carrera, el vivir con sus

padres hasta casi los 30 años, el retraso en tener hijos, etc. Lo cierto es que es en este periodo de la vida cuando realizan más conductas de riesgo, como sexo sin protección, consumo de drogas, conducir el coche peligrosamente a alta velocidad, o bebido, etc. Arnett (2000) achaca esto a la exploración de su identidad en el sentido de tener el mayor número de experiencias antes de tener que entrar en los roles y en las responsabilidades de adulto. Pocos años después no podrá hacerlo (ej., los que se casan y tienen hijos; al entrar en el mercado laboral con sus exigencias y obligaciones; etc.). Además, hoy permanecer en casa hasta los 30 años es un fenómeno que se da cada vez más, porque encuentran en sus padres apoyo, se encuentran bien en casa, están confortables, tienen una alta autonomía aún viviendo con sus padres, como se ha encontrado en distintos estudios en Europa (Chisholm y Hurrelmann, 1995). Otra de las características definitorias de este periodo es su heterogeneidad. En suma, este periodo corresponde a lo que llamamos o denominamos *joven* o *persona joven*. Quizás forzando las cosas podría equivaler a la juventud. Lo cierto es que los patrones de consumos de drogas se adecuan a este periodo de la vida (Becoña, 2000; Calafat et al., 1999, 2000).

En el próximo capítulo analizaremos el paso de la juventud a la adultez y podremos ver que es lo que ocurre con los periodos evolutivos vistos en este apartado y en el anterior.

7. RESILIENCIA

7.1 INTRODUCCIÓN

Uno de los factores de protección que han indicado varios autores, más bien como macrofactor que como factor específico, aunque como veremos es difícil definirlo, es el de resiliencia (*resilience*) o resistencia al sufrimiento. Este factor se basa en el hecho de que los niños de ciertas familias, a pesar de tener presentes cierto número de factores de riesgo para el consumo de drogas no consumen. Esta falta de consumo, a pesar de las condiciones adversas en las que están, se explica por la existencia de uno o más factores de protección que contrarrestan el efecto de los factores de riesgo presente. Como uno de estos factores de protección centrales, a partir del cual estarían presentes otros factores de protección, está la resiliencia.

El término resiliencia procede del latín (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997), donde la palabra *resilio* significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Los diccionarios (Kotliarenco et al., 1997) entienden por resiliencia la resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe. La fra-

gilidad de un cuerpo decrece al aumentar la resistencia. O, la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora. Es claramente, un concepto de la física y de la ingeniería civil, que luego fue adaptado a las ciencias sociales. Así, el Diccionario Larouse define la «resiliencia» como la «característica mecánica que define la resistencia de un material a los choques. (La resiliencia de los metales, que varía con la temperatura, se determina provocando la rotura por choque de una probeta de ensayo normalizada.)». En lengua inglesa el concepto de resiliencia se refiere a la tendencia que tiene un cuerpo a volver a un estado original o el tener poder de recuperación. Está claro que el concepto de resiliencia procede de la física de los materiales.

Aunque el concepto de resiliencia no procede específicamente del campo de las drogodependencias, tiene una larga historia aplicada a los materiales y, más recientemente, a ciertos fenómenos y comportamientos humanos. Respecto al campo de las drogodependencias, su utilización ha ido surgiendo a partir de distintas observaciones por parte de personas que aplicaban programas preventivos en el seno de la familia o en un contexto familiar o comunitario, como de distintos estudios empíricos, tal como (Kumpfer et al., 1998): 1) de hallazgos de estudios etiológicos sobre el estrés y el afrontamiento con privación severa, como es el caso de los supervivientes de guerras y catástrofes (ej., Leavitt y Fox, 1993); 2) hallazgos de estudios longitudinales sobre el curso de eventos estresantes a lo largo de la vida del niño (ej., Elder, 1974; Werner y Smith, 1982); y, 3) de investigaciones específicas y de los conocimientos prácticos de distintas fuentes sobre aquellos recursos y programas orientados a familias con problemas con el objetivo de mejorar su capacidad de solucionar sus propios problemas más que depender de otros para solucionarlos.

Pero aquellos que han descrito y elaborado el concepto de resiliencia han encontrado que la habilidad para exitosamente afrontar el estrés y los eventos adversos proceden de la interacción de diversos elementos en la vida del niño como (Kumpfer et al., 1998): el temperamento biológico y las características internas, especialmente la inteligencia; el temperamento del niño y el locus de control interno o dominio; la familia y el ambiente de la comunidad en la que el niño vive, especialmente en relación con su crianza y las cualidades de apoyo que están presentes; y, el número, intensidad y duración de circunstancias estresantes o adversas por las que ha pasado el niño, especialmente a temprana edad. Por ello, se ha llegado a considerar que la resiliencia puede llegar a ser funcionalmente equivalente a la invulnerabilidad y la resistencia al estrés (Garmezy, 1985) y a la adversidad (Rutter, 1990).

Lo que aún hoy no está del todo claro, ni hay total consenso, es si el concepto de resiliencia es un rasgo de personalidad o más bien es un pa-

trón conductual. Conocer si es una cosa u otra es de gran relevancia cara a una posible intervención en este constructo para incrementar la protección ante el consumo de drogas en las personas con un nivel bajo de la misma. Para algunos (ej., Herrenkohl et al., 1994) el concepto de resiliencia es un constructo que implica la interacción entre las características biológicas del niño y su personalidad, sus influencias ambientales y sus experiencias, y la habilidad que tiene el niño de madurar psicológicamente.

El estudio de Werner (1989) es uno de los de referencia en este tema. Fue realizado en niños nacidos en Hawai que tuvieron situaciones o experiencias de niños muy adversas. De ellos, un tercio tenía de adultos un comportamiento normal y competente. Estos habían tenido familias con un funcionamiento adecuado, fuentes de apoyo externo y un temperamento de resistencia, caracterizado por la inteligencia y una personalidad placentera. A pesar de que pasar por esta situación lleva a que sean niños de alto riesgo, y una parte significativa de ellos van a tener problemas, un porcentaje nada despreciable no va desarrollar problemas o, si los desarrollan, no van a ser en todas las esferas de la vida (Luthar, 1993) y no pueden mantenerse en una situación de estrés crónico o en situaciones adversas toda la vida o muchos años (Garmezy, 1993).

El origen del estudio de la resiliencia en psicología y psiquiatría viene de los esfuerzos por conocer la etiología y desarrollo de la psicopatología, especialmente de los niños en riesgo de desarrollar psicopatología debido a enfermedades mentales de los padres, problemas perinatales, conflictos interpersonales, pobreza o una combinación de varios de estos factores (ver Masten, 1999). Entre los eventos vitales adversos más estudiados están el divorcio de los padres y estresores traumáticos como el abuso o abandono y la guerra (Garmezy y Masten, 1994). Quien más impulsó los estudios sobre la resiliencia y se le cita con todo honor como la persona que aposentó las bases de lo que conocemos actualmente sobre la resiliencia ha sido Norman Garmezy.

Aunque, como veremos, es difícil definir la resiliencia, un modo fácil de entender a qué nos referimos cuando hablamos de ella es considerarla como el fenómeno del desarrollo exitoso de una persona bajo condiciones adversas (Braveman, 1999) o, como afirma Masten (1999), un modo fácil de saber a que nos referimos por resiliencia es considerarla un rasgo relativamente global de la personalidad que le permite a la persona una mejor adaptación a la vida. En la resiliencia suele haber una situación estresante intensa así como una competencia manifiesta en relación con el problema. También, el concepto de resiliencia es semejante al concepto popular de «superviviente», considerado como la persona que remonta las dificultades ante una vida adversa y muy difícil ante la que sale exitosamente adelante e incluso llega a triunfar luego en la vida a pesar de tener todo en contra en la niñez, ado-

lescencia o juventud (Tarter y Vanyukov, 1999). Algunos rasgos que se han utilizado, y que son sinónimos de la resiliencia, son los de dureza, competencia, resistencia del ego y fuerza del ego (Tarter y Vanyukov, 1999). El problema aplicado a la conducta humana, respecto a la ciencia de materiales, está en que los factores que pueden relacionarse con la resiliencia son múltiples, como la pobreza, el abuso parental, la discriminación racial, la discapacidad física, etc. Al no haber una definición operativa de resiliencia cada investigador analiza una cosa distinta que él entiende por resiliencia.

Además podemos encontrar relatos impactantes de personas que han padecido, sufrido o pasado por enormes problemas o situaciones en la infancia o adultez pero que han sobrevivido, física o psicológicamente, a través de la resiliencia. Algunos de estos ejemplos pueden ser los de Boris Cyrulnik (2002), judío ruso que logró escapar de un campo de concentración nazi, y donde muestra no sólo su ejemplo sino el de otras muchas personas que después de una experiencia traumática pudieron reorganizar su vida; o, la bien conocida de Victor Frankl (1998), creador de la logoterapia, en una buena parte a partir de su propia experiencia como judío en un campo de concentración nazi.

De un modo o de otro, a pesar de que el estudio de este concepto está en sus inicios, una parte de las intervenciones preventivas que se hacen, bajo otros paradigmas, constructos o teorías, van en la línea de lo que habría que hacer si quisiéramos mejorar la resistencia de los individuos, como mejorar el clima familiar, la comunicación familiar, las prácticas de crianza y el apego.

7.2 DEFINICIÓN

El problema actualmente es la definición del concepto de resiliencia, sobre el que no hay un completo acuerdo o no hay consenso sobre el significado del término. Hay sin embargo acuerdo de que cuando nos referimos a este concepto asumimos que implica competencia o un positivo y efectivo afrontamiento en respuesta al riesgo o a la adversidad (Luthar y Cushing, 1999).

En Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla (1997) y Munist et al. (1998) vienen distintas definiciones sobre el concepto de resiliencia, tal como recogemos en la tabla 46. Por su parte Kaplan (1999) ha dedicado un extenso capítulo a esta cuestión. Bartelt (1996) considera a este concepto como difícil de apresar, así como de especificar empíricamente y muy relacionado con medidas de éxito y fracaso situacional. Lo que sí considera que es la resiliencia es «un rasgo psicológico, que es visto como un componente del self que capacita para el éxito en condicio-

nes de adversidad, y que puede ser desgastado o, paradójicamente, reforzado por la adversidad» (pp. 98-99). Richardson, Neieger, Jensen y Kumpfer (1990) definen la resiliencia como «el proceso de afrontamiento con eventos vitales desgarradores, estresantes o desafiantes de un modo que proporciona al individuo protección adicional y habilidades de afrontamiento que las que tenía previa a la ruptura que resultó desde el evento» (p. 34).

La definición más aceptada de resiliencia es la de Garmezy (1991) que la define como «la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa que puede seguir a una retirada o incapacidad inicial después de iniciarse un evento estresante» (p. 459). Otra semejante es la de Masten, Best y Garmezy (1990), quienes han definido la resiliencia como «el proceso de, capacidad para, o resultado de la adaptación exitosa a pesar de las circunstancias desafiantes o amenazantes» (p. 426). Esto plantea la cuestión de si a la resiliencia la hay que considerar como una cualidad o un rasgo (Glantz y Sloboda, 1999). En la práctica hay una gran diversidad de usos de este concepto. Se ha usado como cualidad, como rasgo, como proceso y como resultado. No hay un claro acuerdo o consenso sobre el término, ni modelos explicativos sobre el mismo. Aún así, casi todos los autores (ej., Glantz y Sloboda, 1999) sugieren que no se rechace este constructo y que se profundice más en él.

Otros autores indican varias características que tiene el concepto de resiliencia. Así, Garmezy (1993) considera que en una situación vital estresante hay tres factores principales en relación con los individuos. El primero sería el temperamento y los atributos de personalidad del individuo, donde incluye el nivel de actividad, la capacidad reflexiva cuando afronta nuevas situaciones, las habilidades cognitivas y la responsividad positiva hacia otros. El segundo se encuentra en las familias, especialmente en las más pobres, como cariño, cohesión y presencia de algún cuidado de un adulto, como un abuelo o abuela que asume un rol parental en ausencia de padres responsivos o cuando hay problemas maritales entre los padres. Y, el tercero, la disponibilidad de apoyo social en sus múltiples formas, como una madre sustituta, un profesor interesado, una agencia, una institución que proporciona cuidados o los servicios de una iglesia.

Para Rutter (1985) la resiliencia implica varios elementos: un sentido de autoestima y autoconfianza, la creencia en la propia autoeficacia y en la habilidad para afrontar el cambio y la adaptación, y un repertorio de habilidades de solución de problemas sociales.

En la revisión de Kumpfer y Hopkins (1993) consideran que son siete los factores que componen la resiliencia en los jóvenes: optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoestima, dirección o misión,

Tabla 46
DISTINTAS DEFINICIONES QUE SE HAN REALIZADO
SOBRE LA RESILIENCIA

- Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse, y acceder a una vida significativa y productiva.
- Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes; además, implica la experiencia de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores.
- Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos.
- Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez.
- La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles. El concepto incluye además la capacidad de una persona o sistema social de enfrentar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.
- La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo, entre éstos y su medio.
- La resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida.
- Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y los resultados de competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales, como el temperamento y un tipo de habilidad cognitiva que tienen los niños cuando son muy pequeños.
- Los niños resilientes son aquellos que se enfrentan bien a pesar de los estresores ambientales a los que se ven sometidos en los años más formativos de su vida.

FUENTE: Kotliarenco et al., 1997; Munist et al., 1998.

y determinismo y perseverancia. Estas características estarían asociadas con habilidades de afrontamiento específicas, que adquirirían los niños que desarrollan resiliencia, a través de su interacción con el ambiente. Estas habilidades serían de varios tipos: emocionales, de manejo, interpersonales, sociales, intrapersonales, académicas, de trabajo, de reestructuración, de planificación y habilidades para la vida y de solución de problemas.

Aplicado al campo del abuso de drogas, se entiende que el concepto de resiliencia puede definirse por las siguientes capacidades de los niños (Kumpfer et al., 1998): 1) la capacidad de recuperarse de eventos de vida traumáticos, como la muerte de un padre, el divorcio de sus padres, abuso sexual, estar sin hogar o un evento catastrófico, y otros tipos de adversidades para llegar a un eventual restablecimiento o mejora del funcionamiento competente; y, 2) la habilidad para resistir el estrés crónico, como la pobreza crónica, padres alcohólicos, enfermedad crónica, o violencia doméstica o en el barrio donde se vive, y para sostener un funcionamiento competente a pesar de las continuas condiciones de vida adversas.

Tarter y Vanykov (1999) le critican al concepto de resiliencia que se utiliza como una explicación post-hoc haciendo que su predicción sea muy difícil. No es posible hacer una predicción a largo plazo con la misma. Al carecer este concepto de capacidad de predicción a largo plazo inevitablemente resulta en una alta tasa de falsos positivos y falsos negativos. Por ello estos autores consideran a este concepto simplista en el sentido de asumir que un atributo personal o un conjunto de atributos en un tiempo tenga un efecto posterior en otro tiempo posterior de la vida.

El concepto de resiliencia tampoco ha estado exento de críticas. Así, Kaplan (1999) cuestiona si el concepto de resiliencia es útil. En la misma línea Beauvais y Oetting (1999) afirman que «la resiliencia no es una característica innata que mágicamente previene el ambiente negativo que influencia a este niño. Las causas reales del éxito de este niño son los factores de protección que proporcionan actitudes y habilidades que permiten al niño resistir los efectos de los factores de riesgo ambiental que están presentes. Estos factores de protección llevan a actitudes prosociales en el niño y habilidades de resistencia y se desarrollan a través de experiencias de aprendizaje positivas, de modo que si el «niño de oro» es colocado en el ghetto, el por qué el ghetto no es puramente un ambiente negativo» (pp. 101-102), ellos lo achacan a que hay una interacción compleja entre la disfunción en la familia, el apoyo familiar, la ruptura de valores, la fuerza de la tradición y las actitudes y creencias antisociales y prosociales. Al insistir estos autores en el concepto de riesgo y protección, consideran que éstos son los relevantes para explicar la conducta y que, por tanto, el concepto de resiliencia es innecesario porque esa conducta puede ser explicada por

los factores de riesgo y protección. Y, en caso de considerar este concepto no se puede hacer equiparable a los factores de protección. Mientras que un factor de protección opera consistentemente a lo largo del tiempo en una misma persona, la resiliencia sólo surgiría cuando un problema o crisis aparece en la vida, poniendo en marcha sus recursos personales y sociales. O como ellos indican «los factores de protección te salvan del desastre; la resiliencia te permite recuperarte» (p. 103). Por ello un factor de protección puede o no producir resiliencia. Los factores que llevan a la resiliencia son tanto de tipo personal, como familiar y social. Dado todo lo anterior, estos autores consideran que la resiliencia tiene poca relación con ser un elemento que se relaciona negativamente con el consumo de drogas, por ser un constructo que sólo tiene sentido cuando la persona tiene una crisis vital muy importante, no siendo el consumo de drogas una de estas crisis. En cambio, apuntan, la resiliencia puede ser un importante factor en la prevención de algunos problemas importantes, como puede ser una depresión situacional o un trastorno de estrés postraumático. De ahí que la resiliencia podría ser un factor importante para afrontar eficazmente crisis importantes pero no para el consumo de drogas. En todo caso, de tener algún papel, éste sería indirecto al incluir otros rasgos de la persona (ej., autoestima). Por ello consideran este concepto importante para la vida pero con escasa conexión respecto al consumo de drogas.

Un problema relacionado con la definición es el de la evaluación. Si no tenemos un concepto bien definido, o no hay una aceptación unánime de una definición, va a ser más difícil evaluarlo que en aquellos otros conceptos donde hay un consenso sobre la definición del mismo.

Por ello se han utilizado distintos modos de evaluarlo. Uno de los modos que se utiliza para medirlo es evaluar la competencia de los niños examinando su grado de éxito en donde hay una alta expectativa social o se requieren varios tipos de conducta social, como es el rendimiento escolar, la obediencia a la ley y las interacciones exitosas con los iguales que tienen una influencia positiva (Garmezy, 1993).

Además, la mayoría de los estudios sobre resiliencia se ha hecho con niños, muy pocos con adultos. Esto es una dificultad adicional para la evaluación. Las medidas de eventos vitales es lo que más se ha utilizado junto a las medidas de competencia, como pueden ser el éxito académico, la salud emocional, etc., en la vida adulta (Luthar y Cushing, 1999).

7.3 RESILIENCIA, CONSUMO DE DROGAS Y PREVENCIÓN

En lo que atañe al consumo de drogas la resiliencia tiene una gran relevancia, o puede llegar a tenerla, porque a nivel teórico es de esperar

que, si incrementamos la misma, las personas quedarían inmunizadas para el consumo de drogas. Además, la resiliencia parte de la importancia de los factores de riesgo pero vistos del otro lado, de la necesidad de conocer cuáles son los de protección en situaciones poco favorables y potenciarlos para contrarrestar los factores de riesgo. La resiliencia es el más estudiado en este sentido, ya que se centra en aquellas personas que estando en situaciones de alto riesgo no desarrollan conductas problema, en nuestro caso consumir drogas. De ahí que hay factores en la persona, y factores evolutivos, que se relacionan con no pasar a una conducta problema cuando teóricamente hay muchas probabilidades de que eso ocurra. El que parece ser más relevante y más se está estudiando en estos últimos años es la resiliencia. La utilidad de este concepto y de lo que implica lo expresa claramente Leshner (1999), Director del NIDA en ese momento, cuando afirmaba que en muchos casos es más práctico incrementar la resiliencia que eliminar el riesgo. Esto no es otra cosa que ayudar a las personas a entrenarlos para resistir ante la conducta problema y que puedan ser más eficaces ante la misma manteniéndose sin hacerla. Realmente, esto es también lo que hacen muchos programas preventivos y, además, los que hacen esto son los más eficaces (Paglia y Room, 1999).

La resiliencia se ha asociado con los factores de riesgo y protección (Windle, 1999). De ahí la importancia que se le está dando a este concepto porque parecería que el mismo se podría hacer equivalente a todos los factores de protección, como así insinúan algunos estudios (Morrison et al., 2000) aunque esto no lo consideramos correcto, porque por la propia definición del término unas personas no desarrollarían resiliencia, ni tendrían necesidad de desarrollarla, al vivir en un ambiente por así decir protegido, al tiempo que el consumo de drogas también puede ocurrir sin que estén presentes muchos o ningún tipo de factores de riesgo (Calafat et al., 2000).

Desde la perspectiva de los factores de riesgo y protección la conceptualización de la resiliencia no es tan optimista. Primeramente es claro que los factores de riesgo y de protección nos permiten predecir el consumo de drogas (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Hawkins, Arthur y Catalano, 1995). Actualmente, la mayoría de los programas preventivos lo que pretenden es incrementar los factores de protección y disminuir o debilitar los factores de riesgo. Y esto vale no solo para el consumo de drogas sino para otras conductas como la delincuencia u otras conductas problema. Dado que tenemos identificados los factores de riesgo y protección más relevantes (ej., Sánchez-Way, 2001) nos es posible dirigir los programas preventivos hacia ellos.

Ante la evidencia de que el incremento de los factores de protección reduce el riesgo de la persona ante distintas conductas problema, y el pa-

ralelo concepto de resiliencia que se ha elaborado para explicar la superación de situaciones difíciles o extremas en la niñez, cara a sus consecuencias para la vida adulta, se ha hipotetizado que los factores de protección contribuyen claramente a explicar la resiliencia. Ante los intentos que comienzan a aparecer en el campo de la prevención de las drogodependencias a partir de esta asunción, autores relevantes como Pollard, Hawkins y Arthur (1999), como otros, no están de acuerdo con ello, porque consideran que ello significaría reducir los factores de protección meramente a los factores individuales, los que posee el individuo, relegando otros de la misma importancia, como son los sociales y contextuales. En el estudio que hacen Pollard et al. (1999) sobre los factores de riesgo y protección encuentran que tan importantes son los unos como los otros; unos, los de riesgo, que hay que disminuir; y, los otros, los de protección, que hay que potenciar e incrementar. Por ello consideran un error aquellos programas preventivos que sólo se dirigen a los factores de riesgo y olvidan los de protección.

Por tanto, un elemento de importancia central es conocer si el concepto de resiliencia, cara a la prevención es, primero, un factor de protección y, segundo, si la misma puede ser aprendida. Lo primero parece que lo es; lo segundo es posible si somos capaces de definir claramente que es la resiliencia. Si esto lo conseguimos, es claro que el concepto de resiliencia tiene un gran atractivo para la investigación en prevención y para el desarrollo de programas preventivos (Rolf y Johnson, 1999). Tener un modelo teórico que guíe la investigación y el desarrollo de programas preventivos sería de una gran utilidad (Becoña, 1999). Lo cierto es que cuando se estudian los factores de protección la idea que subyace como meta final es encontrar un conjunto de dichos factores que permitan que el individuo sea resiliente.

Realmente hay pocos programas preventivos que se basan en la teoría de la resiliencia, o se elaboran para incrementar específicamente la resiliencia. Algunos programas preventivos se han dirigido a incrementar la resiliencia familiar (Johnson et al., 1998). No suelen presentar un marco conceptual claro para saber exactamente a qué nos referimos cuando hablamos de resiliencia, por la dificultad de operativizarla y enmarcarla conceptualmente de modo adecuado. A nivel práctico se aplica un programa preventivo del que se espera que consiga efectos positivos en las personas a las que se les aplica, y que esos efectos positivos se producen porque se ha incrementado la resiliencia. Como ejemplo, en el programa de Johnson et al. (1998), el programa no consigue casi ningún cambio en las variables que consideran que componen el constructo de resiliencia familiar. En este caso se consideran que son variables que constituyen el constructo de resiliencia las que se relacionan con una mejora del funcio-

namiento familiar. En muchos casos, como el anterior, es lógico que no se obtengan resultados apreciables por el tiempo que se precisa para ciertos cambios y porque realmente lo más probable es que no se haya apresado el constructo adecuadamente o se solape con otros conceptos o constructos de igual o mayor relevancia. Por ello, es preciso no sólo clarificar más este constructo y la relación que hay entre el mismo y los factores de riesgo y protección, sino también entre ellos, los programas preventivos y los componentes de dichos programas preventivos.

Otros programas preventivos asumen que el incremento de los factores de protección se orienta a incrementar el funcionamiento resiliente de las personas, especialmente en aquellas que son de alto riesgo (Morrison et al., 2000), convirtiéndose al final la resiliencia en un factor de protección. Esto va en la línea de lo que se ha hecho en otros estudios de salud mental, donde la resiliencia se utiliza como un constructo explicativo de un nivel superior a las variables evaluadas (ej., Rew et al., 2001; Zimmerman, Ramírez-Valles y Maton, 1999), donde se relaciona con factores de riesgo y protección hacia el problema concreto.

Uno de los pocos intentos de organizar un marco conceptual de la resiliencia ha sido hecho por Kumpfer (1999). En él utiliza seis conceptos, cuatro dominios de influencia y dos puntos transaccionales entre dos dominios. Los cuatro dominios de influencia son: el estresor o el desafío agudo, el contexto ambiental, las características individuales y los resultados. Los puntos para los procesos transaccionales son la confluencia entre el ambiente y el individuo y el individuo y la elección de resultados.

Algunos de los factores que consideran que se relacionan positivamente con la resiliencia son la invulnerabilidad biológica, la inteligencia, ser mujer, disposiciones constitucionales y temperamentales (ej., responsividad a los cambios ambientales, habilidad para consolarse después del estrés, habilidad para mantener el equilibrio fisiológico, capacidad de modificar el estado de sueño-vigilia). Y, especialmente, un medio familiar de apoyo y la disponibilidad y el uso de sistemas de apoyo externos por parte del padre y del hijo (Kumpfer, 1999). Un temperamento difícil en la infancia, en cambio, se relaciona en la vida adulta con el consumo de alcohol y otras drogas. También se han analizado factores psicológicos de tipo interno, entre los que se han estudiado un gran número. Como ejemplo, de entre los múltiples que se han estudiado, se pueden poner sueños y metas, propósitos en la vida, optimismo, locus de control interno, independencia, espiritualidad, determinación y perseverancia, competencias cognitivas (inteligencia, rendimiento académico, autoestima, creatividad, habilidad de planificación, etc.), habilidades sociales y empatía, habilidades de solución de problemas, habilidades de comunicación, felicidad, reconocimiento de los sentimientos, humor, buena

salud física, habilidades para mantener una buena salud, etc. De todos modos no debemos olvidarnos de las diferencias culturales que existen en este tema.

7.4 CONCLUSIÓN

Es indudable la gran atención que en estos últimos años está recibiendo el concepto de resiliencia, tanto en el campo de la salud mental en general (Institute of Medicine, 1994) como en el de las drogodependencias en particular (ej., Glantz y Johnson, 1999). En la mayoría de los casos el concepto de resiliencia se ha unido al de los factores de riesgo y protección, esperando que el mismo sea un macrofactor que permita abarcar bajo su paraguas a todos los factores de protección.

Dentro del estudio de la resiliencia, el término ha cobrado fuerza en las últimas dos décadas, y especialmente en los últimos años. Por ello, autores como Masten (1999) ya consideran que ha habido una primera generación de investigadores en resiliencia y que ahora está surgiendo la segunda generación, la cual permitirá un claro avance en el conocimiento y utilidad de este concepto.

Analizando la literatura científica lo cierto es que hay un grave riesgo de abuso del término. Es un término sugerente, muy interesante, que puede hacer avanzar nuestro conocimiento y tener un marco teórico más general para apresar el complejo campo en el que nos movemos, especialmente en el de la prevención de las drogodependencias y en el de los factores etiológicos que se relacionan con el consumo de las mismas en unas personas y no en otras. Pero lo cierto es que, a pesar del interés por el término, el mismo está poco claro a nivel conceptual y a nivel de su definición. Y ya comenzamos a ver cierto abuso del mismo en algunas publicaciones que lo utilizan en su título pero vacío de contenido cuando se quiere operativizar (ej., Hetherington y Stanley-Hagan, 1999). En otros casos, el concepto de resiliencia suele utilizarse cuando no se encuentra otra explicación a un hecho o cuando la teoría o modelo falla en explicarlo o en predecir la conducta para algunos individuos (Glantz y Sloboda, 1999). Viene a servir de comodín para los modelos que no cumplen su función explicativa. Pero, como afirman Glantz y Sloboda (1999) «no parece existir ninguna evidencia creíble de que hay una cualidad o circunstancia única, y ciertamente ni un único factor universal de resiliencia que sea beneficiosa en la mayoría sino en todas las circunstancias. De hecho, al menos en algunos casos, parece que las cualidades o circunstancias que contribuyen a un resultado positivo en una situación pueden ser irrelevantes o incluso contraproducentes en otras» (p. 115). Por ello, cara a una

mejor operativización del concepto ellos proponen «alterar el concepto común de resiliencia desde lo que a menudo se ha hipotetizado como el indefinido rasgo personal interno al concepto de resiliencia como unas conductas y factores adaptativos o de compensación (positivos)» (p. 118). Esto no significa desechar el concepto de resiliencia, sino conseguir definirlo, operativizarlo y ver su posible utilidad. Además, dado que lo más probable sea que la resiliencia no sea estática, sino que cambie a lo largo del tiempo, hay que buscar modelos dinámicos para la misma, los cuales nos permitan explicarla tanto en un momento del tiempo como a más largo plazo en un individuo y en un conjunto de individuos.

Un problema central al estudio de la resiliencia es la operacionalización del mismo, lo cual no es una tarea fácil. Esto es debido, como afirman Gordon y Song (1994), a que la resiliencia no es un constructo simple sino complejo y compuesto de varios procesos relacionados que suelen estudiarse separadamente más que en conjunto. En muchos estudios longitudinales que se han centrado en determinar los factores o procesos de resiliencia, el concepto de resiliencia se ha operacionalizado como el fin positivo de una distribución de resultados en muestras de niños de alto riesgo.

Quizás una línea interesante a seguir sea prestar más atención al estudio de lo que se denomina personalidad resistente, a partir del constructo de Kobasa de dureza (Godoy-Izquiero y Godoy, 2002). Probablemente por esta vía podamos avanzar un poco más en la comprensión de lo que llamamos resiliencia, resistencia y conceptos semejantes, así como funciona el mismo dentro de unos individuos y no en otros.

Algunos investigadores son pesimistas sobre la resiliencia por los problemas que su estudio y puesta de largo está produciendo. Como un ejemplo, Kaplan (1999) afirma que «érminos como resiliencia, vulnerabilidad, factores de protección y factores de riesgo pueden haber removido las aguas más que haber servido para aclararlas. Quizás debamos ir a lo básico. Quizás deberíamos primero decidir que queremos explicar» (p. 75). Ello exige, como venimos apuntado, operacionalizar este constructo y especialmente la variable de resultado que queremos evaluar. Esta puede ser la presencia o ausencia de algún fenómeno o una dimensión bipolar que represente el grado en que el fenómeno esté presente o ausente. Y, junto a ello, es necesario enmarcar la resiliencia dentro de un marco teórico explicativo (Becoña, 1999), hoy elemento esencial para comprender un fenómeno y mas aún en el campo de las drogodependencias por la complejidad y existencia de múltiples variables para explicar el consumo y no consumo de drogas.

Es claro que si mostramos que el concepto de resiliencia es relevante y predictivo se abriría un enorme campo a partir del mismo, tanto para la

prevención como para la misma educación. Así, por ejemplo Brown (2001), partiendo de su consideración de la resiliencia como el desarrollo de intereses y fuerzas de la gente joven para promover su desarrollo saludable, propone que es esencial la educación de la resiliencia. Esta serviría no sólo para la educación en general sino también específicamente para la educación sobre las drogas. Llega incluso a proponer una definición de educación de la resiliencia, que para él sería «el desarrollo de habilidades de toma de decisiones y habilidades afectivas dentro de cada persona y la unión entre la gente en el contexto de una comunidad de aprendizaje democrática y saludable» (p. 103).

Hemos visto la dificultad de dar una definición de resiliencia. La más aceptada es la de Garmezy (1991) que la definió como «la capacidad de recuperarse y mantener una conducta adaptativa que puede seguir a una retirada o incapacidad inicial después de iniciarse un evento estresante» (p. 459) o Masten et al. (1990) como «el proceso de, capacidad para, o resultado de la adaptación exitosa a pesar de las circunstancias desafiantes o amenazantes» (p. 426). También se han hecho intentos de especificar las características de la persona resiliente. Para Wolin y Wolin (1993) las personas con resiliencia tienen como características más relevantes las de introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad y moralidad. Y, Kumpfer y Hopkins (1993) consideran que son siete los factores que componen la resiliencia en los jóvenes: optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoestima, dirección o misión, y determinismo y perseverancia. Estas características estarían asociadas con habilidades de afrontamiento específicas, que adquirirían los niños que desarrollan resiliencia, a través de su interacción con el ambiente. Estas habilidades serían de varios tipos: emocionales, de manejo, interpersonales, sociales, intrapersonales, académicas, de trabajo, de reestructuración, de planificación y habilidades para la vida y de solución de problemas

Lo cierto, es que por mucho optimismo que pongamos sobre este concepto o constructo, palabras como la de Masten (1999) cuando dice que «nuestro conocimiento sobre los procesos de resiliencia y riesgo son rudimentarios en este momento» muestra claramente la realidad de la situación del estudio sobre la resiliencia actualmente. Los próximos años, con la mayor clarificación del término, la realización de estudios específicos sobre ella en el campo de la prevención de las drogodependencias y de la etiología del consumo de drogas, así como las aportaciones de otros problemas en donde se utilice este concepto, nos permitirá conocer más adecuadamente la utilidad del mismo. Actualmente sólo nos queda tenerlo en cuenta, ver hasta donde puede ser útil y observar la aplicabilidad del mismo.

8. AUTOCONTROL E IMPULSIVIDAD

8.1 LOS CONCEPTOS DE RIESGO, CONTROL Y AUTOCONTROL

Cuando hablamos de niños y jóvenes, y más cuando de los adolescentes, los conceptos de riesgo van unidos a esas edades. Son un elemento que las define. También, aunque no siempre nos lo queremos creer, van unidos a las etapas evolutivas de muchos adultos, como muestran estudios empíricos en la población general (Quadrel, Fischhoff y Davis, 1993), o podemos ver claramente cuando los medios de comunicación nos muestran conductas arriesgadas en adultos que les llevan a la ruina económica, a cometer delitos, a hacer conductas que no parecen justificadas por su estatus, etc. Dado que una parte de los adultos llevan a cabo conductas en ese periodo de su vida distintos a los que ellos llevaban a cabo cuando eran más jóvenes, y especialmente cuando eran adolescentes, en donde era habitual cometer excesos (como conducir alocadamente, beber en exceso hasta emborracharse, llevar a cabo conductas de claro riesgo, etc.), piensan que el riesgo es característicos de los jóvenes. Cuando se habla del consumo de drogas se une con frecuencia el consumo de drogas a las conductas de riesgo.

Jessor (1991) define el riesgo como «cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente» (p. 599). Las conductas de riesgo que considera que atañen directamente a los adolescentes son las conductas problema, las conductas relacionadas con la salud y la conducta escolar. Dentro de cada una de ellas considera específicamente aquellas que son más importantes dentro de cada apartado de tipos de conducta, como uso de drogas, conducir embriagado, alimentación no saludable, falta de asistencia a la escuela, etc.

Un concepto que con frecuencia se hace equivalente en jóvenes es el de conducta de riesgo con el de estilo de vida. Algunos jóvenes tienen un patrón de conducta en donde unos elementos y otros se solapan, como ocurre con los buscadores de sensaciones, de tipo peligroso o arriesgado, los que no aceptan ninguna norma social (antisociales) y cometen frecuentemente conductas de claro riesgo para ellos y para otras personas. Al ser más viable en nuestra sociedad la existencia de distintos tipos de personas, tribus o grupos sociales, lo anterior puede aparecer más claro a los ojos de otros. Las tribus, especialmente si introducimos el elemento consumo de drogas por medio, adquiere en este contexto un nuevo significado. Además, históricamente, muchos movimientos contestatarios hicieron del consumo de drogas un elemento más del estilo de vida (ej., los hippies y el consumo de marihuana en los años 60 y 70). Tribus más actuales serían los ocupas, los punkies, los rastas, etc. Esta contestación

social va en muchos casos unida al consumo de drogas, especialmente la marihuana. Cuando hablamos de heroína ya tenemos un grupo más estigmatizado, como son los yonkies o los marginales.

Hay que apuntar que en ocasiones es importante realizar cierto tipo de riesgo. Para poder realizar nuevas experiencias el riesgo puede ser necesario. Si este riesgo es controlado, o está en unos niveles normales, la persona puede aprender nuevas conductas, perfeccionar las que tiene o adquirir nuevas habilidades (ej., el niño que aprende a andar en bicicleta y se cae varias veces antes de aprender). Conforme se aprende el nivel del riesgo, una persona puede ir superando situaciones nuevas y a veces difíciles. En la vida hay que ir tomando continuamente decisiones. Saber donde están los límites del riesgo es importante porque en la práctica hay que tomar muchas decisiones de las que no sabemos seguro el resultado, que son arriesgadas, y donde sería desadaptativo no considerar un nivel de riesgo razonable. Además, es un elemento unido a la supervivencia y a la selección natural. El sistema social, las normas sociales y más concretamente el proceso de socialización, se encargaban hasta hace poco de controlar todos estos elementos que en los últimos años se han visto trastocados por el surgimiento de un nuevo problema (o producto), las drogas, el cambio en las costumbres familiares y sociales (ej., el tipo de familia y control familiar) y el surgimiento de la vida recreativa, unidos al ocio y tiempo libre.

Junto al consumo de drogas, otra conducta que se trata hoy unida al riesgo, por las repercusiones personales y sociosanitarias que tiene, son los embarazos no deseados y las madres adolescentes. Este problema es nuevo, en una perspectiva histórica, porque al haberse conseguido el control sobre los embarazos a través de los anticonceptivos, estar la vida preparada para que la mujer, especialmente, retrase la concepción para poder integrarse previamente en la vida laboral, tener pocos hijos por las condiciones económicas y sociales actuales, los costes sanitarios y psicológicos para la futura madre que va a tener un hijo no deseado, junto a otras de tipo social, hacen que esta conducta hoy tenga un gran interés social, en ocasiones casi mayor que el que recibe el consumo de drogas (Cáceres y Escudero, 1998).

Realmente, tanto el uso de drogas, la sexualidad precoz, como cierto tipo de delincuencia de baja intensidad o saltar ciertas normas sociales, es un modo que utilizan muchos jóvenes para mostrar que están en el mundo, que son alguien, que se les debe considerar y que pueden hacerlo (Calafat et al., 2001). Muchos otros jóvenes de generaciones anteriores han hecho lo mismo o algo muy parecido a los actuales.

Unido al concepto de riesgo está su antítesis, el control. El control es el dominio que la persona tiene sobre sus actos o sobre otras personas o

Tabla 47
ALGUNOS CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO,
CONTROL Y AUTOCONTROL

El riesgo es «el elemento de la probabilidad de que algún daño pueda ocurrir».

Una conducta de riesgo en la adolescencia es «cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente»

Los componentes del riesgo son tres:

- *Cognitivo*: percepción del riesgo
- *Actitudinal*: predisposición al riesgo
- *Comportamental*: conductas de riesgo

Control:

- Es la antítesis del riesgo
- Es el grado en que la persona percibe que existe una relación funcional entre sus acciones y los eventos que siguen a tales acciones
- La aplicación del control conscientemente por parte de la persona es el autocontrol

Autocontrol:

- El concepto popular de autocontrol es el de voluntad o fuerza de voluntad
- Una persona muestra autocontrol cuando por sí misma es capaz de cambiar la probabilidad de aparición de un comportamiento basado en un proceso hedónico, a través de su «esfuerzo» y usando recursos psicológicos propios
- El concepto central en el autocontrol es el de gratificación o refuerzo. Hay dos tipos de gratificación o refuerzo: el inmediato y el demorado.

Tipos de autocontrol. Hay dos tipos de autocontrol: el decisional y el prolongado.

- En el *autocontrol decisional* la persona se enfrenta a una elección en la que se abandona la elección apetecible o una huida de una situación aversiva en favor de una alternativa que tiene una utilidad mayor (pero normalmente demorada). Tomada la decisión se acaba la secuencia conductual (ej., no ir a una fiesta para quedarse estudiando).
- En el *autocontrol prolongado* el conflicto entre dos alternativas puede seguir durante un largo período de tiempo. La respuesta deseada puede llevarse a cabo incluso cuando los pensamientos y emociones o estados físicos aumentan la tentación de abandonar la situación en

(continuación)

cualquier momento. El autocontrol prolongado exige una serie continua de decisiones para mantener una conducta que en esencia no es apetecible para conseguir alguna consecuencia lejana (ej., consumo de alcohol o drogas).

Impulsividad: es lo opuesto al autocontrol. En ambientes con incertidumbre, en aquellos en donde no sabemos lo que puede ocurrir a continuación, sabemos que es más probable que aparezca la impulsividad que el autocontrol para maximizar el beneficio total.

«el grado en el que la persona percibe que existe una relación funcional entre sus acciones y los eventos que siguen a tales acciones» (Izal y Montorio, 1999). Implica que la persona tiene un control de su conducta o de la de otras. Técnicamente, en el campo de la psicología, el estudio del control, aplicado a la propia persona, se ha realizado bajo la denominación del autocontrol aunque hay teorías específicas sobre el control (ej., Carver y Scheier, 1982). El estudio del control sobre otros se ha realizado desde perspectivas sociológicas, políticas, históricas y psicológicas, entre las más importantes y no son de interés aquí. Respecto al autocontrol, como decía ya tempranamente Skinner, y que es una adecuada definición sobre el mismo, «cuando un hombre se autocontrola, decide realizar una acción determinada, piensa en la solución de un problema o se esfuerza por aumentar el conocimiento de sí mismo, está emitiendo conducta. Se controla a sí mismo exactamente igual que controlaría la conducta de cualquier otra persona, mediante la manipulación de variables de las cuales la conducta es función» (Skinner, 1953, 1970, p. 24).

Para Labrador (2000) el concepto popular de voluntad o de fuerza de voluntad es lo que nosotros entendemos por autocontrol, que lo define como «la capacidad de una persona para controlar las consecuencias de sus conductas, más en concreto, hace referencia a la disposición de *conductas específicas*, es decir, aquellas que permiten modificar el medio, de manera que ésta facilita la aparición de las conductas que se desean. Si para modificar una conducta una persona no dispone de ninguna conducta que le permita modificar el medio para que controle esa conducta de otra forma, diremos que no tiene autocontrol. Cuantas más conductas eficaces tenga para modificar el medio en la dirección deseada, mayor será su autocontrol. En consecuencia, el desarrollo del autocontrol es algo progresivo: la persona puede aprender una conducta, luego otra y luego otras

más, hasta que llegue a controlar completamente la conducta que quiere modificar» (p. 87). De modo semejante, para Capafóns (1986) «una persona muestra autocontrol cuando por sí mismo es capaz de cambiar la probabilidad de aparición de un comportamiento basado en un proceso hedónico, a través de su «esfuerzo» y usando recursos psicológicos propios» (p. 39).

En el mundo actual hay un claro sentimiento de que tenemos un verdadero autocontrol de nuestra conducta, aunque tengamos la duda permanente de que cada vez tenemos menos control sobre nuestra vida, como cada vez ocurre más, especialmente por la influencia de los medios de comunicación de masas, los sistemas de fabricación, distribución y venta de productos, obligándonos a utilizar los que nos ofrecen, no los que teóricamente podríamos elegir, etc.

En el campo del autocontrol un concepto central es el de la gratificación. Se consideran dos tipos de gratificación o de refuerzo: la inmediata y la demorada. Precisamente la propia definición de autocontrol indica que cuando se demora el refuerzo se está ejerciendo autocontrol; cuando no se demora no.

Lo opuesto al autocontrol es la impulsividad (Logue, 1998). En ambientes con incertidumbre, en aquellos en donde no sabemos lo que puede ocurrir a continuación, sabemos que es más probable que aparezca la impulsividad que el autocontrol para maximizar el beneficio total. Esto tiene una gran relevancia a nivel evolutivo y es un elemento facilitador de la supervivencia. Pero, fuera de este sentido, como ocurre en nuestro mundo actual, también puede ser un problema, como ocurre en la vida recreativa, y como se puede potenciar si la persona consume alcohol u otras drogas; con ello pierde parte de su nivel de autocontrol, del que tiene habitualmente, para éstas y para otras conductas (ej., el incremento de la realización de relaciones sexuales sin tomar precauciones o mismo de éstas). Lo anterior es de gran relevancia. Nótese que algunos autores (ej., Logue, 1998) llegan a indicar que probablemente la demora del resultado de la recompensa haya facilitado la supervivencia a lo largo de la evolución en distintas situaciones (ej., la comida cuando hay que racionarla por haber escasez de ella). Esto hoy va cambiando por el consumo de las sustancias psicoactivas que llevan a modular el resto de otras conductas.

La impulsividad también puede ser necesaria en ocasiones para la supervivencia. Además, es una parte de nuestro pasado hereditario. Es como si hubiese una lucha permanente entre el autocontrol y la impulsividad. La selección natural ha creado individuos que son aptos cuando saben cómo actuar en unas situaciones impulsivamente (ej., ante un grave peligro) y cómo autocontrolarse en otras (cuando la demora del refuer-

zo o de la gratificación es lo más importante). La introducción de un elemento nuevo, el consumo de drogas de modo masivo en las últimas décadas, hace que esta historia evolutiva y biológica de nuestra especie lleve a una parte de sus miembros a perder más fácilmente el control que otros y con ello su conducta se hace, actualmente, desadaptativa, problemática y llena de dificultades a corto, medio y largo plazo, amenazando en ocasiones incluso su propia supervivencia biológica, especialmente por el surgimiento de enfermedades que pueden ser crónicas o mortales. Ello ocurre porque con el consumo de drogas el placer se produce a corto plazo ocurriendo los daños para la salud a largo plazo. En este sentido el uso de drogas puede considerarse como impulsividad, a la vez que esta impulsividad producida por el consumo de drogas puede aumentar a su vez la impulsividad de otras conductas (Logue, 1995).

Las conductas de autocontrol son necesarias para el funcionamiento humano. La resistencia a la tentación y la demora en la gratificación son dos de los elementos más importantes del autocontrol y básicas para considerarnos como humanos (Rosenbaum, 1993). Vienen a constituir una especie de inteligencia social que nos hace ser más adaptativos al medio. El concepto de autorregulación se utiliza con frecuencia para exponer conjuntamente estos dos conceptos, aplicados ya a la esfera de lo humano y del manejo que éste hace de su conducta. El control percibido o la percepción de control es importante para el proceso de la autorregulación. Unido a la creencia de que uno puede controlar la acción que hace está la creencia de que uno puede exitosamente ejecutarla. Esto es lo que se ha llamado expectativa de eficacia o autoeficacia por parte de Bandura (1997a), el cual ha elaborado toda una teoría de la conducta humana basada en la misma.

Las personas ponen en marcha metas o cursos de acción habitualmente bajo su nivel de ejecución personal y de la aceptación de los estándares sociales (Mischel, Cantor y Feldman, 1996). Cuando tienen un plan para ejercer el autocontrol de su conducta es más probable que el mismo funcione adecuadamente que cuando no lo tienen.

8.2 LA TEORÍA DEL AUTOCONTROL Y EL CONSUMO DE DROGAS

Una de las personas que mejor ha conceptualizado el autocontrol ha sido Kanfer (1978a, 1978b, 1987; Karoly y Kanfer, 1982) quien elaboró un amplio modelo de la conducta humana basado en el mismo. Kanfer entiende por autocontrol el conjunto de estrategias aprendidas que permiten (auto)modificar(se) la probabilidad de ocurrencia de una respuesta contrariamente a lo esperado en relación con las influencias externas existentes

(ej., reforzadores). El modelo de Kanfer asume la existencia de tres fases: autoobservación de la conducta, autoevaluación y autorrefuerzo. La ejecución correcta de estas tres fases requiere el dominio de cinco habilidades fundamentales (Méndez, Olivares y Ortigosa, 1998): 1) autoobservación y autorregistro objetivo, 2) selección de criterios específicos y realistas, 3) búsqueda del procedimiento más adecuado para el logro del criterio propuesto, 4) autoevaluación de la conducta en relación con los criterios fijados, y 5) programación de refuerzos para el nuevo comportamiento. Kanfer (1978b) distingue entre autocontrol decisional y autocontrol prolongado. En el autocontrol decisional el individuo tiene que elegir entre diversas alternativas, sin ejercer control una vez que ha elegido. En cambio, en el autocontrol prolongado, el autocontrol de la conducta se mantiene después de la elección. Igualmente, Thoresen y Mahoney (1982) indican que sólo se puede hablar de autocontrol cuando se dan las siguientes condiciones: 1) existen varias alternativas de respuesta, 2) tales alternativas pueden ser conflictivas, y 3) las conductas autocontroladas normalmente son provocadas y/o mantenidas por consecuencias externas a largo plazo.

Son varias las asunciones de la teoría del autocontrol, que Karoly (1995) resume en tres. La primera es que se asume que la conciencia tiene un papel funcional en la adaptación humana. Por medio de la conciencia reflexiva de nuestras experiencias internas y externas somos presumiblemente capaces de atravesar un continuo cambio y a menudo desafiando los contextos de vida externos. El control automático y no consciente es probable que tenga una importante función para la adaptación humana junto con el control ejercido por las poderosas fuerzas ambientales. De este modo, cuando se establece un papel adaptativo, a través de la guía externa, interna o de ambas, se hará capaz del mantenimiento subsimbólico. La segunda es, que entre las funciones importantes de la mentalidad consciente, está la selección del ambiente; la habilidad para construir, modelar o simular los eventos actuales o los eventos hipotéticos; y la comparación de los eventos sentidos para las representaciones internas (simulaciones) de los estados futuros deseados (metas). De ahí que se utilice la palabra *volición*, a la que se refieren como la capacidad de que, de modo deliberado y consciente, ponga en marcha el sistema motor para realizar la ejecución en línea con objetivos múltiples, especialmente cuando hay varias metas en conflicto, están asociados con refuerzos externos mínimos o tienen un valor diferencial a lo largo del tiempo. Y, tercero, el significado de la acción autodirigida se cree que ocurre en un contexto social (interpersonal), biológico y temporal. Y, se asume que hay que tener en cuenta a todos estos elementos en cada momento y acción sin descartar a ninguno de ellos. Con ello los niveles cognitivo, ambiental, temporal y biológico, son parte de una etapa explicativa y el autocontrol no ocurre si no se con-

sidera todo ello a un tiempo. Esto asume que una explicación basada exclusivamente en las contingencias es insuficiente. La elección de los humanos es más compleja y se basa en parte importante en los significados. Incluso el valor de cada refuerzo depende de la interpretación que le dé el individuo al mismo y a la validación social. También se asume la continuidad de la conducta observable y de la encubierta, o no observable, lo cual es de gran relevancia desde una perspectiva de aprendizaje y de procesos semejantes a nivel observable y encubierto.

Una de las conceptualizaciones actuales más claras y útiles sobre el autocontrol es la de Logue (1998). Parte de la asunción básica de que la impulsividad es lo opuesto al autocontrol. A partir de esta afirmación, basada en la evidencia empírica, elabora toda la teoría del autocontrol basada en los conocimientos que tenemos sobre el mismo. Lo cierto es que en nuestra vida tenemos que tomar frecuentemente decisiones que implican optar por algo inmediato o algo diferido. Cuando la persona opta siempre o casi siempre por lo inmediato, aunque lo que más le apetece es lo diferido, no está ejerciendo autocontrol, o puede que esté actuando impulsivamente. La clave del autocontrol es la demora del refuerzo para la obtención de un resultado. Normalmente se demora un refuerzo pequeño o de baja magnitud para lograr en el futuro un refuerzo importante de mayor magnitud. Un ejemplo típico ocurre en el estudiante universitario que tiene que decidir no salir de macha en una semana para preparar un examen. No sale habitualmente porque sabe que si lo aprueba, y aprueba además el resto de las asignaturas, le quedará libre el verano y a lo largo de él podrá divertirse más, tener todo el tiempo para él y no estar preocupado por estudiar, a diferencia de si hubiese suspendido. Pero, además, si va aprobando año a año todas las asignaturas podrá finalizar una carrera que le permitirá ganarse la vida y, si además, estudia lo que le gusta, sentirse realizado en aquello que va a marcar su vida futura a nivel laboral, económico y a otros niveles sociales. El autocontrol se basa en la mayor o menor importancia que el refuerzo tiene para la persona, en el mayor o menor tiempo de retraso del refuerzo y de los resultados positivos o negativos que se obtengan (Logue, 1998).

Lo que sabemos es que, en un ambiente incierto, la persona es más probable que actúe con impulsividad que con autocontrol; esto es, se sabe que la impulsividad es más probable que ocurra que el autocontrol para maximizar los beneficios en conjunto en un ambiente incierto. Y, esto ocurre tanto en los animales como en el hombre. También se sugiere que esto puede ser fruto de la evolución, lo que explicaría la propensión genética en unos casos a la impulsividad y en otros al autocontrol (Logue, 1998).

Para la explicación de muchas conductas, y de la existencia de escaso o nulo autocontrol en las mismas, el peso de la cultura y del funcionamiento

actual de nuestro mundo es importante. Hoy, la mayoría de los eventos que ocurren en nuestro ambiente son predecibles. Esto no ocurría en otras épocas de nuestra historia. Pero además, las consecuencias de muchas conductas son específicas y ciertas o casi siempre ciertas. Pero la elección de la respuesta correcta puede no ser adaptativa a corto plazo (ej., lo que ocurre con la conducta de fumar, salir de marcha, beber alcohol hasta emborracharse, etc.). Aquí se produce la discrepancia entre como la persona cree (que es inmune a todo, que siempre será joven, que a ella no le va a pasar nada) y el ambiente actual (enfermedades por consumo de sustancias psicoactivas, accidentes de tráfico, sida, embarazos no deseados, etc.). La persona piensa que ciertos eventos son improbables o inexistentes; por ello se implica en conductas impulsivas, donde busca una gratificación inmediata, y no ejerce autocontrol sobre su conducta. Lo anterior no debe llevar a la conclusión de que el autocontrol siempre es bueno y la impulsividad siempre es mala. Como elementos de nuestra evolución son buenos o malos dependiendo de cada situación y en cada ambiente. Sin embargo, aplicado al consumo abusivo de drogas, normalmente la impulsividad sería mala, aunque en otras conductas, como una parte de nuestra herencia evolutiva, puede ser buena. Sin embargo, en otros el autocontrol es más adaptativo, más adecuado y nos preserva como especie de distintos peligros.

Para Logue (1998) los factores que afectan al autocontrol dependen de las características de un resultado y de las características de la persona individual. Al menos hay tres características de un resultado que afectan a si se puede o no ejercer autocontrol: retraso del resultado, tamaño del resultado y contingencias del resultado. Cuanto mayor es el retraso del resultado mayor es la desestimación del mismo. Además, los cambios en el retraso relativo percibido de los reforzadores puede afectar al autocontrol. Es importante tener experiencias previas de retraso de los resultados para habituarse a la frustración o aversión causada por ese retraso. Con ello se incrementa posteriormente el autocontrol.

El autocontrol también depende del tamaño de los resultados disponibles. La percepción de dicho tamaño es de gran relevancia. Pensar en términos de coste-beneficios facilita elegir más adecuadamente qué hacer; el autocontrol se incrementa cuando la persona incrementa su conocimiento de la existencia de un resultado retrasado mayor; también la experiencia previa de los resultados positivos o negativos obtenidos mediante el autocontrol influye en el incremento o no del tamaño relativo del resultado que se espera mediante el autocontrol.

La relación entre respuestas y resultados se denomina contingencias de resultados. Ciertas contingencias de resultados y la presencia percibida de aquellas contingencias, pueden ser utilizadas para incrementar el autocontrol. Una de estas contingencias de resultado que puede afectar al

autocontrol es si la persona tiene o no la opción de cambiar su elección mientras espera por el mayor pero más retrasado resultado. Los estudios de laboratorio indican que en este caso es más probable que se dé la impulsividad. Otro tipo de contingencia que afecta al autocontrol es una contingencia de precompromiso. Cuando ésta existe es más probable que el individuo realice el autocontrol y no la impulsividad (ej., cuando suena el reloj del despertador por la mañana, el cual hemos programado nosotros la noche anterior antes de acostarnos para que sonase a esa hora; ello nos lleva a levantarnos, no a quedarnos en cama aunque tengamos sueño). También el autocontrol puede verse afectado por el conocimiento de los resultados a los que diferentes respuestas pueden llevar. Si la persona sabe que demorando la respuesta obtiene un resultado, porque así le ha ocurrido en el pasado, es más probable que la demore; si en el pasado no le ha ocurrido tal cosa es menos probable que demore el resultado ahora. Igualmente, cuando la respuesta de autocontrol y el resultado parece tenue e incierto, es menos probable que la persona aplique el autocontrol. En cambio, las autoafirmaciones parece que influyen las percepciones del sujeto de las contingencias respuesta-resultado, sirviendo como una especie de guía para ejercer el autocontrol.

Dentro de las características de la persona individual se sabe que el autocontrol se incrementa con la edad: en niños es menor que en adultos. Se sugiere que hay dos etapas. Una, que está en torno a los 6 años, en la que el niño aprende a esperar por su resultado más preferido. Otra, entre los 9 y los 12 años, en que aprende cuando deben esperar por el resultado que prefiere y que no siempre tiene ventajas esperar por el resultado que más prefiere. Junto a ello, conforme se avanza en edad, las personas desarrollan habilidades o aprenden estrategias que les ayudan a disminuir o eliminar los efectos de desestimar o rebajar el valor de los resultados retrasados. Entre éstas se han indicado la habilidad de discriminar intervalos de tiempo, habilidad intelectual, menor nivel de actividad general (contrapuesto al trastorno de déficit de atención con hiperactividad), aprendizaje de estrategias generales que incrementan el autocontrol (ej., distraerse, darse instrucciones), sexo (las chicas tienen más autocontrol que los chicos) y cultura (unas culturas priman más el autocontrol que otras; el ejemplo típico del autocontrol y la resistencia a la tentación en la religión judeo-cristiana).

8.3 LA PERCEPCIÓN DE CONTROL Y LAS EXPECTATIVAS

Uno de los elementos que van unidos a nuestra vida es lo que denominamos percepción de control, o ese sentimiento que consideramos veri-

ficado, comprobable, plausible y real, de que tenemos control, un verdadero control, sobre nuestra vida, sobre nuestros actos, sobre lo que hacemos o que, al menos, de que en algunas esferas de la vida tenemos el suficiente control como para ser libres, decidir lo que queremos decidir y que no estamos bajo ningún tipo de control externo. Esto es, pensamos que somos libres de elegir la carrera, la pareja, el trabajo, los amigos, y así un amplio etcétera. Realmente, la percepción de control se estudia empíricamente más bajo la denominación de expectativas.

Las expectativas son definidas por Olson, Roese y Zanna (1996) como «las creencias sobre un estado futuro de acontecimientos. Como tales, las expectativas representan los mecanismos a través de los cuales las experiencias y el conocimiento pasado son utilizados para predecir el futuro. Cada acción deliberada que hacemos se basa en asunciones (expectativas) sobre cómo funciona/reacciona el mundo en respuesta a nuestra acción. A causa de que las expectativas constituyen los bloques fundamentales sobre los que se hacen las elecciones conductuales, la generación de expectativas es una función básica no sólo de los cerebros humanos sino también de los cerebros de muchos otros organismos» (p. 211). Por tanto, todas las expectativas están derivadas de las creencias o, lo que es lo mismo, de nuestros conocimientos y esquemas sobre el mundo. Las creencias proceden de tres fuentes (Olson et al., 1996): de la experiencia directa con los objetos que subyace a una parte importante de nuestro conocimiento; mediante la comunicación por parte de otras personas (experiencia indirecta); y, de otras creencias. Las propiedades de las expectativas son las de certidumbre, accesibilidad, explicitidad e importancia, estando todas interrelacionadas entre sí.

Las consecuencias de las expectativas son de suma importancia para el ser humano. Las creencias percibidas sobre el futuro tienen importantes implicaciones para los pensamientos, sentimientos y acciones de la persona. Como un ejemplo, las expectativas lo que hacen es centrar y dirigir la atención hacia el objeto predicho, buscando la consistencia y apartando la inconsistencia. Por ello, las expectativas guían la interpretación de la información.

Es en la conducta donde se aprecia más el efecto de las expectativas, ya que éstas guían una buena parte de aquélla para maximizar los refuerzos y minimizar los castigos. Son muchos los estudios que se han hecho donde se ha mostrado que las personas creen de acuerdo a sus expectativas más que a los resultados de su conducta (Olson et al., 1996). Sabemos también que tipos específicos de expectativas pueden tener un gran impacto sobre el procesamiento de la información y sobre la conducta.

Por tanto, una expectativa es un elemento cognitivo de la persona que le permite anticipar o esperar un evento particular. Ello le lleva a actuar

en función de ese resultado que desea esperar para conseguirlo. A nivel empírico ello puede evaluarse mediante la evaluación cuantitativa y subjetiva del resultado esperado de una conducta probable, junto a la evaluación posterior de la ejecución o no de esa conducta y el grado de esa ejecución.

Una de las aportaciones más importantes de las expectativas ha sido realizada por Bandura, como ya hemos comentado. Las expectativas, según Bandura (1977b), se aprenden a través de procesos cognitivos mediante símbolos, positivos y negativos, de las experiencias primarias. Las emociones tienen una gran importancia para aprender las expectativas y en los primeros años, coincidiendo con el proceso de socialización primaria, tiene su máxima relevancia. Además, las repuestas emocionales se pueden aprender por experiencia directa o por medio de observación, mediante el aprendizaje vicario. En palabras de Bandura «en el aprendizaje vicario de expectativas, los acontecimientos adquieren un poder evocador al asociarse con las emociones que provocan en los observadores las expresiones afectivas de los demás. Las expresiones vocales, faciales o posturales de los modelos constituyen manifestaciones emocionales y provocan la excitación emocional de los observadores. Estas señales afectivas de carácter social adquieren mejor su poder de excitación cuando se relacionan con experiencias interpersonales compartidas. Es decir, cuando los individuos están animados tratan a los demás en forma amigable, lo que produce efectos placenteros; por el contrario, cuando están abatidos, apenados o enfadados, es más probable que los que los rodean sufran de una forma o de otra» (Bandura, 1977/1982, p. 86). Una vez que se ha desarrollado la capacidad de excitación vicaria, pueden establecerse respuestas emocionales hacia ciertos correlatos del medio, a través de la observación de las experiencias afectivas de otras personas. Además, la semejanza de las experiencias de las personas hace que las consecuencias de la conducta de los demás permitan predecir los resultados de la propia, lo que constituye un factor especialmente influyente en el aprendizaje vicario de respuestas emocionales (Bandura, 1977b).

Bandura (1977b, 1986), partiendo del concepto de expectativa, ha propuesto un mecanismo psicológico común: el de expectativas de eficacia o autoeficacia, que diferencia de las expectativas de resultado. Por expectativa de resultado entiende «la estimación, por parte de una persona, de que una determinada conducta producirá unos ciertos resultados» y por expectativa de eficacia «la convicción de que uno puede efectuar, con éxito, la conducta necesaria para producir esos resultados» (Bandura, 1977b/1982, p. 102). Aunque inicialmente Bandura (1977b) insistía en que era necesario diferenciar un tipo de expectativa de otro, porque un individuo puede creer que un cierto curso de acción va a producir unos ciertos resultados,

pero dude de poder realizar las acciones correspondientes, con posterioridad se ha centrado básicamente en las expectativas de eficacia, llamándole autoeficacia (Bandura, 1986) y más recientemente «autoeficacia percibida» (Bandura, 1995).

Las expectativas son, claramente, un elemento antecedente de la conducta, adquirido en función del ambiente y del aprendizaje, estando íntimamente relacionadas en los primeros años con el proceso de socialización. Hoy se considera que la autoeficacia percibida es el núcleo central de las percepciones que tienen los individuos sobre su capacidad de actuar. La autoeficacia percibida afecta a los propios niveles de motivación y logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios de la vida (Cervone y Scott, 1995). Para Bandura (1977b, 1986) son cuatro los tipos de experiencias que influyen en las percepciones de autoeficacia: la experiencia directa con el ambiente; la experiencia vicaria; la persuasión verbal; y, los estados afectivos y psicológicos que pueden proporcionar información acerca de la propia eficacia.

En el tema de las drogas en adolescentes, como dice Funes (1996), para los adolescentes son más importantes las expectativas ante las drogas que los efectos que ellas realmente producen. De ahí que considera que las expectativas son a menudo más problemáticas que la sustancia en sí. También el consumo puede depender de modas, tipos de diversión, etc. Esto es, «nada atrae más que aquello de lo que se espera mucho. Una buena expectativa y un buen ambiente son los componentes básicos de un buen «coloque» (p. 46).

9. CONCLUSIÓN

En este capítulo hemos visto un amplio conjunto de factores y hechos relevantes que se relacionan con el consumo de drogas. Mediante el conocimiento de los mismos nos es más fácil comprender el fenómeno del consumo de drogas, qué podemos hacer a nivel preventivo y cómo podemos poner en marcha acciones específicas para ello. Igualmente, el conocimiento de esos hechos que son relevantes, o que se relacionan, con que la persona consuma o no, nos hace ver la complejidad del fenómeno y la necesidad de tener que hacer un abordaje amplio, comprensivo y, muchas veces, multidisciplinario. De ahí que la prevención de las drogodependencias exige un amplio conjunto de conocimientos, una buena formación técnica y tener acceso a aquellos instrumentos más útiles para poder realizar nuestro trabajo. Por suerte, hoy disponemos no sólo de dichos conocimientos, como hemos visto en los distintos capítulos hasta aquí, sino también de los medios técnicos para poder hacerlo. Va a depender, en

ocasiones, de otras circunstancias, el poder lograr del mejor modo o no, dichos objetivos, como veremos en los siguientes capítulos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALSAKER, F. D. y FLAMMER, A. (1999). *The adolescent experience. European and American adolescents in the 1990s*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- ARNETT, J. J. (2000). «Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties». *American Psychologist*, 55, 469-480.
- ATKINSON, R. L., ATKINSON, R. C., SMITH, E. E., BEM, D. J. y NOLEN-HOEKSEMA, S. (1996). *Hilgard's introduction to psychology*. Foth Worth, TX: Harcourt Brace and Company.
- BANDURA, A. (1977a). «Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change». *Psychological Review*, 84, 191-215.
- BANDURA, A. (1977b). *Social learning theory*. Nueva York: Prentice Hall (trad. cast.: Madrid: Espasa-Calpe, 1982).
- BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Barcelona, Martínez-Roca, 1987).
- BANDURA, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- BARLETT, D. W. (1994). «On resilience: Questions of validity». En M. C. Wang y E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (pp. 97-108). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- BARRIO, V. del (1996). *Inventario de depresión infantil, CDI, versión experimental*. Madrid: UNED.
- BAUMRID, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35, 639-650.
- BAYÉS, R. (1990). *Psicología oncológica, 2ª ed*. Barcelona: Martínez-Roca.
- BEAUVAIS, F. y OETTING, E. R. (1999). «Drug use, resilience, and the myth of the golden child. En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 101-107). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- BECOÑA, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- BECOÑA, E. (2000). «Los adolescentes y el consumo de drogas». *Papeles del Colegio*, 77, 25-32.
- BECOÑA, E., VÁZQUEZ, F. L. y MÍGUEZ, M. C. (2001). «Juego problema y sintomatología depresiva en adolescentes». *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 1-16.
- BECOÑA, E. y VÁZQUEZ, F. L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- BECOÑA, E., VÁZQUEZ, F. L. y OBLITAS, L. (2000). «La promoción de estilos de vida saludables, ¿realidad, reto o utopía?». En L. Oblitas y E. Becoña (Eds.), *Psicología de la salud* (pp. 67-109). México: Plaza y Valdés.

- BERGER, P. y LUCKMANN, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- BERNARD, B. (1999). «Applications of resilience: Possibilities and promise». En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 269-277). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- BLANCKMAN, S. J. (1996). «Has drug culture become an inevitable part of youth culture? A critical assessment of drug education». *Educational Review*, 48, 131-142.
- BRAVERMAN, M. T. (1999). «Research on resilience and its implications for tobacco prevention». *Nicotine & Tobacco Research*, 1, S67-S72.
- BROWN, J. H. (2001). Youth, drugs and resilience education. *Journal of Drug Education*, 31, 83-122.
- BROWN, R. I. F. (1988). «Reversal theory and subjective experience in the explanation of addiction and relapse». En M. J. Apter, J. H. Herr y M. P. Cowles (Eds.), *Progress in reversal theory* (pp. 191-211). North, Holanda: Elsevier Science Publishers.
- BUCHANAN, ECCLES y BECKER (1992). «Are adolescents victims of raging hormones? Evidence for activational effects of hormones on moods and behavior at adolescence». *Psychological Bulletin*, 111, 62-107.
- CÁCERES, J. (1998). «Terapia de pareja». En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (vol. 1, pp. 529-562). Madrid: Dykinson.
- CÁCERES, J. y ESCUDERO, V. (1998). *Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados en adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- CADORET, R. J., YATES, W. y DEVOR, E. (1997). «Genetic factors in human drug abuse and addiction». En N. S. Miller (Ed.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp. 35-46). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.
- CALAFAT, A. (1999). «Cultura de la diversión y consumo de drogas en España. Características diferenciales en Europa». En *VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario* (pp. 649-687). Cádiz: Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
- CALAFAT, A. y AMENGUAL, M. (1991). «Depresión, depresividad y toxicomanía». *Adicciones*, 3, 75-100.
- CALAFAT, A., BOHRN, K., JUAN, M., KOKKEVI, A., MAALSTÉ, N., MENDEZ, F., SIMON, J., VAN DE WIJNGAART, G., SUREDA, M. P., PALMER, A., MAALSTÉ, N. y ZAVATTI, P. (1998). *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: Irefrea España.
- CALAFAT, A., FERNÁNDEZ, C., JUAN, M., BELLIS, M. A., BOHRN, K., HAKKARAINEN, P., KILFOYLE-CARRINGTON, M., KOKKEVI, A., MAALSTÉ, N., MENDES, F., SIAMOU, I., SIMON, J., STOCO, P. y ZAVATTI, P. (2001). *Risk and control in the recreational drug culture. SONAR PROJECT*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- CALAFAT, A., JUAN, M., BECOÑA, E., FERNÁNDEZ, C., GIL, E., PALMER, A., SUREDA, P. y TORRES, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- CAPAFÓNS, A. (1986). «Auto-control: crisis de identidad». *Boletín de Psicología*, 10, 29-45.
- CARVER, C. S. y SCHEIER, M. F. (1982). «Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical and health psychology». *Psychological Bulletin*, 92, 111-135.

- CASPI, A. y MOFFITT, T. E. (1991). «Individual differences are accentuated during periods of social change: The sample case of girls at puberty». *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 157-168.
- CERVONE, D. y SCOTT, W. (1995). «Self-efficacy theory of behavioral change: Foundations, conceptual issues, and therapeutic implications». En W. O'Donoghue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior change. Exploring behavior change* (pp. 349-383). Washington, DC: American Psychological Association.
- CICCHETTI, D. y GARMEZY, N. (1993). «Prospects and promises in the study of resilience». *Development and Psychopathology*, 5, 497-502.
- CHISHOLM, L. y HURRELMANN, K. (1995). «Adolescence in modern Europe: Pluralized transition patterns and their implications for personal and social risks». *Journal of Adolescence*, 18, 129-158.
- CICCHETTI, D. y FOGOSCH, F. A. (2002). «A developmental psychopathology perspective on adolescence». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.
- CRAIG, G. J. (1997). *Desarrollo psicológico (7ª ed.)*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- CYRULNIK, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- DINWIDDIE, S. H. (1997). «Genetics of alcoholism». En N. S. Miller (Ed.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp. 26-34). Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company.
- DUNN, J. (1993). *Young children's close relationship: Beyond attachment*. Newberry Park, CA: Sage.
- DUSENBURY, L. y BOTVIN, G. J. (1992). «Substance abuse prevention: Competence enhancement and the development of positive life options». *Journal of Addictive Diseases*, 11, 29-45.
- ELDER, G. H. (1974). *Children of the Great Depression*. Chicago: University of Chicago Press.
- FRANKL, V. E. (1998). *El hombre en busca de sentido (19ª ed.)*. Barcelona: Herder.
- FUNES, J. (1996). *Drogas y adolescentes*. Madrid: Aguilar.
- GAUZE, C., BUKOWSKI, M. W. M., AQUAN-ASSEE, J. y SIPPOLA, L. K. (1996). «Interactions between family environment and friendship and associations with self-perceived well-being during adolescence». *Child Development*, 67, 2201-2216.
- GARMEZY, N. (1985). «Stress-resistant children: The search for protective factors». En J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213-233). Nueva York: Pergamon Press.
- GARMEZY, N. (1991). «Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty». *American Behavioral Scientist*, 31, 416-430.
- GARMEZY, N. (1993). «Children in poverty: Resilience despite risk». *Psychiatry*, 56, 127-136.
- GARMEZY, N. y MASTEN, A. S. (1994). «Chronic adversities». En M. Rutter, E. Taylor y L. Hersov (Eds.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213-233). Oxford: Pergamon Press.
- GLANTZ, M. D. y JOHNSON, J. L. (Eds.) (1999). *Resilience and development. Positive life adaptations*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.

- GLANTZ, M. D. y SLOBODA, Z. (1999). «Analysis and reconceptualization of resilience». En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 109-126). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- GODOY-IZQUIERDO, D. y GODOY, J. F. (2002). «La personalidad resistente: una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza». *Clínica y Salud*, 13, 136-162.
- GOLD, M. S. (1997). «The neurobiology of addictive disorders: The role of dopamine, endorphin, and serotonin». En N. S. Miller (Ed.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp. 57-69). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.
- GOODWIN, D. W. (1985). «Alcoholism and genetics: The signs of our fathers». *Archives of General Psychiatry*, 42, 171-174.
- GORDON, E. W. y SONG, L. D. (1994). «Variations in the experience of resilience». En M. C. Wang y E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (pp. 27-43). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- HAWKINS, J., ARTHUR, M. W. y CATALANO, R. F. (1995). «Preventing substance abuse». En M. Tonry y D. Farrington (Eds.), *Crime and justice: A review of research. Building a safer society: Strategic approaches to crime prevention* (pp. 213-233). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- HAWKINS, J., CATALANO, R. F. y MILLER, J. Y. (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.
- HERRENKOHL, E. C., HERRENKOHL, R. C. y EGOLF, B. (1994). «Resilient early school-age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence». *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 301-309.
- HETHERINGTON, E. M. (1992). «Coping with family transitions: A family systems perspective». *Monographs for the Society for Research in Child Development*, 57, 1-14.
- HETHERINGTON, E. M. y STANLEY-HAGAN, M. (1999). «The adjustment of children with divorced parents: A risk and resiliency perspective». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 129-140.
- HOPS, H., DUNCAN, T. E., DUNCAN, S. C. y STOOLMILLER, M. (1996). «Parent substance use as a predictor of adolescent use: A six-year lagged analysis». *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 157-164.
- HUGHES (1993). «Treatment of smoking cessation in smokers with past alcohol-/drugs problems». *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 181-187.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research* (P. J. Mrazek y R. J. Haggert, eds.). Washington, DC: National Academy Press.
- IZAL, M. y MONTORIO, I. (1999). «Comportamiento y salud en la vejez». En M. Izal e I. Montorio (Eds.), *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación* (pp. 115-137). Madrid: Síntesis.
- JESSOR, R. (1991). «Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action». *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- JESSOR, R. (1993). «Successful adolescent development among youth in high-risk setting». *American Psychologist*, 48, 117-126.

- JESSOR, R., DONOVAN, J. E. y COSTA, F. M. (1991). *Beyond adolescence. Problem behavior and young adult development*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- JOHNSON, J. L. (1999). «Commentary: Resilience as transactional equilibrium». En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 225-228). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- JOHNSON, K., BRYANT, D. D., COLLINS, D. A., NOE, T. D., STRADER, T. N. y BERBAUM, M. (1998). «Preventing and reducing alcohol and other drug use among high-risk youths by increasing family resilience». *Social Work*, 43, 297-308.
- KANDEL, D. B. (1996). «The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences». *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.
- KANFER, F. H. (1978a). «Autocontrol: una excursión behaviorista a la boca del lobo». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 153, 635-655.
- KANFER, F. H. (1978b). «Las múltiples caras del autocontrol». *Análisis y Modificación de Conducta*, 45, 11-61.
- KAPLAN, H. B. (1999). «Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models». En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 17-83). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- KAROLY, P. (1995). «Self-control theory». En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 259-285). Washington, DC: American Psychological Association.
- KAROLY, P. y KANFER, F. H. (1982). *Self-management and behavior change. From the theory to practice*. Nueva York: Pergamon Press.
- KAZDIN, A. E. (1993). «Adolescent mental health: Prevention and treatment programs». *American Psychologist*, 48, 127-141.
- KIMMEL, D. G. y WEINER, I. B. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- KOTLIARENCO, M. A., CÁCERES, I. y FONTECILLA, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- KOVACS, M. (1992). *Children's depression inventory, CDI*. Toronto, Canadá: Multi-health Systems, Inc.
- KUMPFER, K. L. (1999). «Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework». En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 179-224). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- KUMPFER, K. L. y HOPKINS, R. (1993). «Prevention: Current research and trends». *Recent Advances in Addictive Disorders*, 16, 11-20.
- KUMPFER, K., SZAPOCZNIK, J., CATALANO, R., CLAYTON, R. R., LIDDLE, H. A., MCMAHON, R., MILLMAN, J., ORREGO, M. E. V., RINEHART, N., SMITH, I., SPOTH, R. y STEELE, M. (1998). *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention.
- LABRADOR, F. J. (2000). *¿Voluntad o autocontrol? Cómo ser lo que quieres ser*. Madrid: Temas de Hoy.
- LEAVITT, L. A. y FOX, N. A. (Eds.) (1993). *Psychological effects of war and violence on children*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- LOGUE, A. W. (1995). *Self-control: Waiting until tomorrow for what you want today*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- LOGUE, A. W. (1998). «Self-control». En W. O'Donohue (Ed.), *Learning and behavior therapy* (pp. 252-273). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- LUTHAR, S. (1993). «Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 441-453.
- LUTHAR, S. S. y CUSHING, G. (1999). «Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview». En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 129-160). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- MACCOBY, E. E. (1984). «Socialization and developmental change». *Child Development*, 55, 317-328.
- MACCOBY, E. E. (1992). «The role of parents in the socialization of children: An historic overview». *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.
- MACCOBY, E. E. y MARTIN, J. A. (1983). «Socializations in the context of the family: Parent-child interactions». En P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology. Vol. 4. Socialization, personality, and social development*. Nueva York: Wiley.
- MARCIA, J. E. (1980). «Identity in adolescence». En J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 159-187). Nueva York: Wiley.
- MASTEN, A. S. (1999). «Commentary: The promise and perils of resilience research as a guide to preventive interventions». En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 251-257). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- MASTEN, A. S. (1999). «Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research». En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 281-296). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- MASTEN, A., BEST, K. y GARMEZY, N. (1990). «Resilience and development: Contributions from the study of children who overcame adversity». *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- MCCUIRE, S., MANKE, B., SAUDINO, K. J., REISS, D., HETHERINGTON, E. M. y PLOMIN, R. (1999). «Perceived competence and self-worth during adolescence: A longitudinal behavioral genetic study». *Child Development*, 70, 1283-1296.
- MÉNDEZ, F. X., OLIVARES, J. y ORTIGOSA, J. M. (1998). «Técnicas de modelado». En J. Olivares y F. X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 193-224). Madrid: Biblioteca Nueva.
- MILLER, N. S. (1997). «Generalized vulnerability to drug and alcohol addiction». En N. S. Miller (Ed.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp. 18-25). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.
- MISCHEL, W., CANTOR, N. y FELDMAN, S. (1996). «Principles of self-regulation: The nature of willpower and self-control». En E. T. Higgins y A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology. Handbook of basic principles* (pp. 329-360). Nueva York: Guilford Press.
- MOFFITT, T. E. (1993). «Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A development taxonomy». *Psychological Review*, 100, 674-701.

- MORRISON, G. M., STORINO, M. H., ROBERTSON, L. M., WEISSGLASS, T. y DONDERO, A. (2000). «The protective function of after-school programming and parent education and support for students at risk for substance abuse». *Evaluation and Program Planning*, 23, 365-371.
- MUNIST, M., SANTOS, H., KOTLIARENCO, M. A., SUÁREZ, E. N., INFANTE, F. y GROTBORG, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- MUSSEN, P. H., CONGER, J. J. y KAGAN, J. (1974). *Child development and personality*. Nueva York: Harper & Row.
- OLIVARES, J. (2001). «Los problemas del adolescente normal». En C. Saldaña (Ed.), *Detección y problemas en el aula de los problemas del adolescente* (pp. 19-39). Madrid: Pirámide.
- OLSON, J. M., ROESE, N. J. y ZANNA, M. P. (1996). «Expectancies». En E. T. Higgins y A. W. Kruglansky (Eds.) *Social psychology. Handbook of basic principles* (pp. 211-238). Nueva York: Guilford.
- PAGLIA, A. y ROOM, R. (1999). «Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations». *Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50.
- PETTERSON, P. L., HAWKINS, J. D. y CATALANO, R.F. (1992). «Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations». *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 3*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- 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.
- QUADREL, M. J., FISCHHOFF, B. y DAVIS, W. (1993). «Adolescent (in)vulnerability». *American Psychologist*, 48, 102-116.
- REGIER, D. A., FARMER, M. E., RAE, D. S., LOCKE, B. Z., KEITH, S. J., JUDD, L. L. y GOODWIN, F. K. (1990). «Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse». *JAMA*, 264, 2511-2518.
- REW, L., TAYLOR-SEEHAFER, M., THOMAS, N. Y. y YOCKEY, R. D. (2001). «Correlates of resilience in homeless adolescents». *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 33-40.
- RICHARDSON, G. E., NIGER, B. L., JENSEN, S. y KUMPFER, K. L. (1990). «The resilience model». *Health Education*, 21, 33-39.
- ROLF, J. E. (1999). «Resilience: An interview with Normal Garmezy». En M. D. Glantz y J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 5-14). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- ROLF, J. E. y JOHNSON, J. L. (1999). «Opening doors to resilience intervention for prevention research». En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 229-249). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- ROWE, D. C., JACOBSON, K. C. y VAN DEN OORD, E. J. C. G. (1999). «Genetic and environmental influences on vocabulary IQ: Parental education level as moderator». *Child Development*, 70, 1151-1162.
- RUTTER, M. (1985). «Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders». *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

- RUTTER, M. (1990). «Psychosocial resilience and protective mechanism». En J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein y S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Nueva York: Cambridge University Press.
- SÁNCHEZ-TURET, M. (1992). «Genética del alcoholismo». *Adicciones*, 4, 3-6.
- SÁNCHEZ-WAY, R. (2001). *Prevention works! A practitioner's guide to achieving outcomes*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- SANMARTÍN, J. G., GRISOLÍA, J. S. y GRISOLÍA, S. (Eds.) (1998). *Violencia, televisión y cine*. Madrid: Pirámide.
- SPEAR, L. P. (2000). «The adolescence brain and age-related behavioral manifestations». *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 24, 417-463.
- SKINNER, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: McMillan (trad. cast.: Barcelona, Fontanella, 1969).
- STEINBERG, L. (2002). «Clinical adolescent psychology. What it is, and what it need to be». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 124-128.
- STEINBERG, L. y MORRIS, A. S. (2001). «Adolescent development». *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- SYLVA, K. (1994). «School influences on children's development». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 135-170.
- TAKANISHI, R. (1993). «The opportunities of adolescence. Research, interventions, and polity: Introduction to the special issue». *American Psychologist*, 48, 85-87.
- TARTER, R. E. y VANYUKOV, M. (1999). «Re-visiting the validity of the construct of resilience». En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 85-100). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- THORESEN, C. E. y MAHONEY, M. (1982). *Autocontrol de la conducta*. México: Fondo de Cultura Económica.
- VIELVA, I., PANTOJA, L. Y ABEIJÓN, J. A. (Eds.) (2001). *Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- WEINBERG, N. Z., RAHDERT, E., COLLIVER, J. D. y GLANTZ, M.D. (1998). «Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 252-261.
- WERNER, E. E. (1989). «High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years». *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.
- WERNER, E. E. y JOHNSON, J. L. (1999). «Can we apply resilience?». En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 259-268). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- WERNER, E. E. y SMITH, E. E. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. Nueva York: McGraw-Hill.
- WESTERMAYER, J. (1996). «Cultural factors in the control, prevention, and treatment of illicit drug use: The earthlings' psychoactive trek». En W. K. Bickel y R. J.

- DeGrandpre (Eds.), *Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse* (pp. 99-124). Nueva York: Plenum Press.
- WICKS-NELSON, R. e ISRAEL, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente, 3ª edición*. Madrid: Prentice-Hall.
- WINDLE, M. (1999). «Critical conceptualization and measurement issues in the study of resilience». En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 161-176). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- WOLIN, S. J. y WOLIN, S. (1993). *Bound and determined: Growing up resilient in a troubled family*. Nueva York: Villard Press.
- ZIMMERMAN, M. A., RAMÍREZ-VALLES, J. y MATON, K. I. (1999). «Resilience among urban african american male adolescents: A study of the protective effects of socio-political control on their mental health». *American Journal of Community Psychology*, 27, 733-751.

CAPÍTULO 8. DE LA JUVENTUD A LA ADULTEZ: DEL RIESGO AL CONTROL

1. RIESGO EN JÓVENES, CONSUMO DE DROGAS Y RESULTADOS PARA SU VIDA ADULTA

La conducta de riesgo y la búsqueda de riesgos es un elemento visible y característico de los jóvenes o, al menos, de una parte de ellos. Lo que es claro es que si estas conductas se mantienen en el tiempo, y el riesgo no disminuye, se producirá un incremento de los problemas que ese riesgo ocasiona y, correlativamente, un incremento de la mortalidad, accidentalidad y problemas asociados a dicho riesgo. Además, dado que las conductas de riesgo van unidas entre sí (Jessor, 1998), como ocurre con la violencia, la delincuencia, el consumo de alcohol y drogas, conductas sexuales precoces y otras de riesgo, un mantenimiento de las mismas a lo largo del tiempo acarrearía importantes problemas a los individuos si persiste ese modo de comportarse. Sin embargo, los datos de que disponemos actualmente, como veremos a continuación, y por suerte, no son exactamente los que podríamos pensar que ocurrirían con la lógica del razonamiento anterior en una dirección de conductas de riesgo mantenidas en el tiempo y que pasarían o se mantendrían inalteradas en el tiempo.

Sabemos que el consumo de drogas en la niñez y adolescencia, especialmente alcohol, tabaco y marihuana o cannabis, lleva a que sea más probable que luego tengan problemas de consumo en la vida adulta (Kandell y Logan, 1984), como ocurre en el momento actual tanto en las culturas anglosajonas, como es la norteamericana (Baer, MacLean y Marlatt, 1998), como la nuestra (Calafat, Juan, Becoña et al., 2000; Plan Nacional sobre Drogas, 2001), donde el consumo de sustancias psicoactivas es la norma en los adolescentes. Este es un fenómeno nuevo en perspectiva histórica y a tal fenómeno nuevo hay que dar respuestas nuevas, una vez que lo hayamos conocido y llegemos a su comprensión. Por ello cada vez más se

están realizando estudios en esta línea o se están publicando estudios de seguimiento de un buen número de años para poder comprender más adecuadamente como evolucionan los consumos de drogas desde la adolescencia hasta la vida adulta. Lo que sí es cierto es que cierto grado de consumo, como una exploración normal del mundo, es hoy lo habitual. Incluso algunos autores (ej., Baer et al., 1998) llegan a afirmar, basándose en los datos de la investigación disponibles, que el uso ocasional de sustancias puede ser un aspecto normal de la experimentación y rebeldía para la formación de su identidad. Esto es especialmente cierto referido al consumo de alcohol que, como veremos, se convierte en una variable esencial para comprender el problema del consumo de alcohol y de otras drogas, pero también del tabaco, cannabis y del resto de las drogas, junto a otro tipo de conductas problema o de riesgo (ej., delincuencia).

2. EL ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE ADULTOS JÓVENES (*YOUNG ADULT FOLLOW-UP STUDY*)

Jessor, Donovan y Costa (1991) realizaron un estudio de seguimiento en jóvenes de Instituto que comenzaron en 1969, cuando tenían de 13 a 15 años, incluyendo muestras separadas para los grados 7 a 9, a los que hicieron seguimientos en los años 1970, 1971 y 1972. Posteriormente en 1979 y 1981 se recogieron de nuevo datos de estas personas, cuando tenían entre 25 y 27 años. Por tanto realizaron seis evaluaciones a lo largo de un periodo de 12 años de seguimiento. La procedencia de esta muestra fue aleatoria, procedente de tres escuelas de un distrito escolar de una pequeña ciudad situada en el estado norteamericano de las Montañas Rocosas. La muestra inicial fue de 432 y la final, en el último seguimiento, de 384, con lo que se han ido recogiendo los datos para la mayoría de ellos en ese largo período de tiempo.

Otra muestra distinta, en este caso de estudiantes que comenzaban la Universidad (el *College* norteamericano), con 19 años de edad la mayoría, fueron seleccionados al azar de la Facultad de Ciencias y Artes de una universidad situada en la ciudad de las Montañas Rocosas. Comenzaron el seguimiento en 1970, con evaluaciones en 1971, 1972, 1973 y más tarde en 1979 y 1981, cuando tenían en este último seguimiento 30 años de edad. Se les hicieron seis evaluaciones. Comenzaron el estudio 205 estudiantes y lo finalizaron 184 adultos. Esto indica, como en la muestra anterior, un alto nivel de mantenimiento en la cohorte de los participantes.

Cuando sea necesario diferenciar una de otra muestra, nos referiremos en el texto a la muestra 1 (Instituto) y a la muestra 2 (Universidad).

El modelo subyacente para la evaluación en estos años ha sido la teoría de la conducta problema de Jessor, bien conocida a nivel internacional y en nuestro medio (ver Becoña, 1999; Donovan, 1996; Jessor et al., 1991; Jessor y Jessor, 1977). Para su evaluación utilizaron un cuestionario auto-aplicado, que requería dos horas y media para cubrirlo, por el que recibían una pequeña compensación económica por hacerlo. Junto al consumo de las distintas sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, otras drogas), se evaluaron los distintos componentes de la teoría de la conducta problema, como son a nivel general la personalidad, el sistema del ambiente percibido, sistema de conducta y variables demográficas. Dentro de cada uno de estos niveles generales evaluaron los distintos componentes de ellos y sus subcomponentes. Por ejemplo, dentro del sistema de personalidad, en el apartado de estructura de creencias personales evaluaron la crítica social, la alienación, la autoestima y el control interno-externo.

Los resultados en la vida adulta, tanto para la primera muestra, cuando tienen de 25 a 27 años de edad, como para la segunda de 30 años, muestran su completa integración social, siguiendo los aspectos que analizan en este tiempo, como son la conducta política, las actitudes morales y la religiosidad, la vida familiar, la sexualidad y la conducta sexual y reproductiva, el trabajo y el tiempo libre, los amigos, las conductas relacionadas con la salud y la satisfacción con la vida. Por ejemplo, en el apartado de trabajo y tiempo libre, en el seguimiento último encuentran que el 78% de los varones de la primera muestra y el 88% de los varones de la segunda están trabajando a tiempo completo (55% y 61%, respectivamente, de mujeres trabajando en ambas muestras). Casi un 20% de las mujeres indican que se dedican en exclusiva a tareas del hogar como su trabajo principal. Otro adicional 10% y 6%, en una y otra muestra de mujeres, trabajan parcialmente en casa y en otro trabajo a tiempo parcial fuera de casa. La mayoría están satisfechos con su trabajo o con la carrera que han realizado.

Respecto al consumo de alcohol o drogas mientras trabajan, evaluado como consumo en el último año, aunque existe, éste es bajo. Hay variaciones entre el 2% y el 16% dependiendo del sexo y de la muestra. Para el consumo de marihuana varias veces al año, también oscila del 3% al 15%. El mayor porcentaje lo tienen los varones de la segunda muestra.

El tiempo de ocio es ocupado por múltiples actividades. El alcohol es utilizado frecuentemente en las actividades de tiempo libre, especialmente por parte de los varones. Así, un 37% y 44% de los varones, de la primera y segunda muestra, afirman que beber es una parte más de su actividad de tiempo libre, que baja en mujeres al 22% y 30% en las dos muestras. El uso de marihuana en el tiempo libre no pasa nunca del 1%, siendo del 2% en las mujeres de la segunda muestra.

Destaca como aspecto negativo de las personas en ambas muestras que cuando son adultos, actualmente, un porcentaje que no es despreciable se sienten insatisfechos (13% y 21% en la muestra primera y segunda), tienen estrés y una visión pesimista en distintas áreas de la vida. Estar o no satisfecho con la vida no se relaciona con el mayor consumo de alcohol o drogas, ni con otras variables, con la excepción de los varones que tienen una mayor insatisfacción, que son también los que beben mayor cantidad de alcohol (5 o más bebidas de una sola vez).

La comparación del desarrollo psicosocial de estas personas a lo largo de los años muestra una importante estabilidad en la mayoría de las variables, de modo general, pero también cambios que son relevantes. Por ejemplo, con el correr de los años se aprecia una mayor conformidad aunque la estructura de la personalidad se mantenga estable en la mayoría de las variables evaluadas. Declina la crítica social, la conducta desviada, se incrementa la asistencia a la iglesia, etc.

En la segunda muestra, la de universitarios, desciende con los años la aprobación percibida de los amigos que usaban drogas en la adolescencia, juventud y adultez, aunque en la otra muestra aparece un resultado opuesto. El número de bebedores problema desciende a lo largo de los años; lo mismo ocurre con los fumadores duros de marihuana, en la mayoría de las submuestras. Todos estos resultados llevan a Jessor et al. (1991) a afirmar que existe un «desarrollo psicosocial en la dirección de la convencionalidad» (p. 179), lo que es radicalmente opuesto al desarrollo que se produce en el periodo adolescente.

Aunque el estudio de Jessor et al. (1991) muestra claramente la relación entre las conductas problema en la adolescencia con el resultado en la vida adulta (8 ó 9 años más tarde) en el mismo sentido, lo cierto es que las correlaciones, aunque son significativas, no son muy altas. Esto significa que lo anterior predice lo posterior pero que hay una amplia variabilidad. Por ejemplo, utilizando las variables del modelo evaluadas tempranamente en relación a la frecuencia de consumo de alcohol actual tiene una varianza explicada, dependiendo del tipo de muestra y del sexo, entre el 16% y el 36%; para fumar cigarrillos de un 12% a un 19%; para el consumo de marihuana entre un 12% y un 29%; para el consumo de otras drogas ilícitas entre un 14% y un 32%; y, para la conducta de desviación general entre un 7% y un 23%.

Jessor et al. (1991) indican la dificultad que hay para hablar de resultado en la vida adulta partiendo de las conductas problema cuando se es adolescente. Aparte del tipo de evaluación, por los problemas de fiabilidad, también puede estar presente una tercera variable que haga que los resultados vayan en un sentido o en otro. Pero es claro que es de gran relevancia saber si tener conductas problema en la adolescencia o juven-

tud produce luego efectos (o resultados, como los autores prefieren decir) en su vida adulta. Sus datos de seguimiento indican que cuando la persona tiene una gran implicación en conductas problema en la adolescencia también tiene una gran implicación en conductas problema en su vida adulta. En el caso del consumo de drogas esta relación es clara. Pero, con otro tipo de análisis, incluyendo las múltiples variables que evaluaron en este estudio, la relación anterior se mantiene en varios casos y en otros no porque está modulada por otras variables. Por ello, aunque la relación general es cierta, cuando pasamos a los subanálisis, no siempre se mantiene, o más bien se mantiene poco, para otras áreas de la vida distintas al consumo de drogas, como son la satisfacción sexual, el trabajo, la vida familiar, los amigos, etc. Por ello, los autores afirman que «no hay nada inexorable sobre el consumo, que el desarrollo psicológico deberá seguir, que las opciones de futuro no están necesariamente hipotecadas por el pasado, y que hay resistencia en el desarrollo y cambio, al menos en el contexto social que no es completamente maligno, y en un tiempo en la historia cuando la situación social en sí misma está relativamente abierta y sufren cambios. En resumen, estos hallazgos refuerzan una perspectiva interaccional sobre el desarrollo psicosocial entre el adolescente/joven y el adulto joven» (p. 269).

3. EL ESTUDIO DE JÓVENES DE PITTSBURG (PITTSBURG YOUTH STUDY)

Uno de los estudios realizados específicamente para comprobar si la conducta problema en la adolescencia se mantiene luego en la vida adulta ha sido realizada en el estudio conocido como el estudio de jóvenes de Pittsburg (*Pittsburg Youth Study*) (Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber y Van Kammer, 1998a, 1998b). En él evaluaron a jóvenes varones del área norteamericana de Pittsburg, que asistían a la escuela en el área del valle de Pittsburg-Beaver. Utilizaron varias muestras de alumnos de los cursos 1º, 4º y 7º grado norteamericanos, que fueron luego siguiendo varios años. De una muestra inicial en cada curso de 1.000 chicos seleccionaron de los que contestaron a 250 de los que eran los más antisociales y otros 250 más seleccionados al azar de los que contestaron para el seguimiento. Las ocho categorías de conducta problema que evaluaron fueron las de delincuencia, consumo de sustancias, déficit de atención, problemas de conducta, agresión física, conducta furtiva y de manipulación, estado de ánimo depresivo y conducta tímida o introvertida. También en la última muestra evaluaron la conducta sexual. Como se aprecia por las conductas que evaluaron, en este estudio, en la línea de lo afirmado por Jessor et al. (1991)

y otros autores, incluyen varias conductas distintas al consumo de drogas y a la conducta delincuente, que son las que habitualmente se han considerado unidas (ej., Catalano y Hawkins, 1996), aunque hoy es necesario ampliar más estas conductas a otras que son también problemáticas en los adolescentes y que se relacionan directamente con el consumo o no de drogas.

En este estudio hay varias cuestiones metodológicas y de la muestra que son de destacar. Una de ellas es la utilización de sólo varones en esta muestra, y no mujeres. Ellos lo justifican debido a que como la conducta de consumo de drogas predomina en los varones, y es escasa en las mujeres, de este modo es más probable obtener diferencias. Lo mismo ocurre con otras conducta problema. Otra, es que utilizaron una muestra de chicos en cada corte donde se hacía la evaluación, pero al mismo tiempo se le aplicó un cuestionario al responsable de cada chico, que en el 94% de los casos fue cubierto por su madre, y al profesor del chico. Con ello consiguieron tres medidas distintas para cada chico (la de él, la de su madre, padre o tutor, y la de su profesor o tutor en la escuela). En el cuestionario se evaluaban 21 actos antisociales serios. Cada una de las muestras de 1º, 4º y 7º fueron evaluadas cada seis meses durante tres años. De este modo, cada vez, se recogían datos del chico, de su madre y del profesor. También se evaluó otro amplio conjunto de cuestiones relevantes para el estudio, junto a un conjunto de factores de riesgo para las ocho conductas evaluadas que ya hemos indicado más atrás, que era el objetivo del estudio.

Los resultados de este estudio mostraron, utilizando *odds ratios* (OR), que cuando se consideran las conductas problemas dos a dos suele haber una alta odds ratio entre una y otra (ej., OR = 1.5 para consumo de drogas y problemas de conducta en la muestra de los más jóvenes; esta misma relación fue de 2.1 y 1.6 para la muestra de los estudiantes de nivel medios y de los mayores; OR = 8.4 entre la conducta agresiva y la furtiva y de la manipulación para los más pequeños y de 7.2 y 4.9 para los medianos y mayores; el resto de los resultados van en la misma línea).

Para hacer comprensible la gran cantidad de información disponible, 8 conductas problema, 3 evaluaciones (chico, padre o tutor y profesor), curso (tres), evaluaciones (seis) y tiempos (tres años de duración del seguimiento), y las variables incluidas como independientes en el estudio, realizaron varios análisis multivariados. En uno de ellos, mediante análisis factorial, encontraron varios factores para explicar las conductas problema. Así, el primer factor, que explicaba entre el 29% y el 32% de la varianza, incluía las 8 conductas problema con pesos positivos importantes en todas ellas; el segundo factor cargaba en el estado de ánimo depresivo y la conducta tímida e introvertida, éstos en sentido positivo y, en sentido

negativo, la delincuencia, la agresión física y el uso de sustancias. Este factor parecería reflejar la internalización/externalización que ellos propugnan a nivel teórico, esto es, que habría unas conductas internalizadas y otras externalizadas. El tercer factor representa una distinción entre las conductas más serias (delincuencia, abuso de sustancias y estado de ánimo depresivo) y las menos serias (agresión física, conducta tímida e introvertida y conducta furtiva y de manipulación). Del minucioso análisis que los autores hacen de cada uno de los factores anteriores, en cada una de las tres muestras, a través de las ocho conductas problema y de las demás variables incluidas en el estudio, encuentran que el bajo rendimiento académico es el resultado más relevante; esto es, es el factor de riesgo que está relacionado con todas las conductas problema de los niños en las tres muestras. De los factores familiares, la pobre supervisión parental está relacionada con todos los problemas de externalización e internalización en dos de las tres muestras. En general, los mismos factores de riesgo están asociados a las distintas conductas problema. Como un ejemplo, para el abuso de sustancias 10 de los 35 factores de riesgo que evaluaron en este estudio son también factores de riesgo para la delincuencia. También aparece en varios casos que el impacto de los factores de riesgo sobre varios problemas se incrementa con la edad. Creando unos índices del número de conductas problema que tienen realmente los chicos, como variable criterio, y haciendo entrar como predictores sucesivamente los factores de riesgo personales, familiares y macro, el valor de la R para las conductas de riesgo se incrementa mucho más. En este caso la carencia de culpa y los problemas de hiperactividad, impulsividad y atención resultaron ser los predictores más importantes para las tres muestras, seguidos del bajo rendimiento académico y de la ansiedad, referido al índice formado para explicar todas las conductas problema (el número de las que tenía cada chico). Los predictores familiares más importantes fueron la pobre comunicación padre-hijo, ansiedad/depresión del padre y estrés parental. Los factores macro no resultaron ser predictores independientes importantes de los factores personales ni de los de la familia. Todo ello lleva a los autores de este estudio a afirmar que tres características de tipo individual de los chicos, como son la carencia de culpa, los problemas de hiperactividad, impulsividad y falta de atención y el bajo rendimiento académico, independientemente predicen los que son chicos multiproblema en las tres muestras. Por contra, los factores familiares y los factores macro varían más a través de las tres muestras. Así, para los más jóvenes, las características de los padres (conducta y actitudes desviadas) son las que más contribuyen seguidas de un ambiente malo del barrio. Para la muestra de mediana edad, la pobre comunicación y el estrés parental son las que más contribuyen. Y, para la muestra de los más mayores, la pobre

comunicación, el castigo físico y el estrés parental son los mayores contribuidores seguido de la baja educación de su madre.

En otro análisis, combinando diversas variables, encuentran que cuando se combina un padre con ansiedad o depresión y una madre con bajos estudios hay una muy alta prevalencia de chicos multiproblemáticos en la muestra mayor.

Este estudio lo que viene a mostrar claramente es que hoy deberíamos hablar más de un conjunto de conductas problema y evaluarlas conjuntamente y no hablar de una sola conducta problema. Hoy sabemos que unas conductas problema están asociadas con otras y que existe un conjunto de factores de riesgo comunes para ellas que van unidos a las distintas manifestaciones de las conductas problema. Los resultados de este estudio de Loeber et al. (1998), como los estudios de Jessor et al. (1991) y Jessor (1998) y otros estudios que analizaremos, vienen a indicar la existencia de una estructura básica subyacente a la conducta disruptiva y delincuente que es constante y se mantiene casi inalterable a través de los diferentes grupos de edad, al menos en estudios como el presente.

4. EL ESTUDIO LONGITUDINAL DE NUEVA JERSEY (*NEW JERSEY LONGITUDINAL STUDY*)

Otro estudio digno de ser destacado es el estudio longitudinal realizado en varios condados de Nueva Jersey, por White, Bates y Labouvie (1998). En él utilizaron una muestra de hombres y mujeres de 12, 15 y 18 años en el tiempo 1 (1979-81), de 1380 personas, que siguieron 3, 6 y 13 años después (en 1982-84, 1985-87 y 1992-94). En este último seguimiento los sujetos tenían entre 25 y 31 años. Para este estudio seleccionaron a los que tenían edades comprendidas entre 28 y 31 años aduciendo que los que tenían de 25 a 27 años no eran suficientemente mayores para las evaluaciones que se les realizaron.

En este estudio evaluaron en cada sujeto el consumo de 8 sustancias, síntomas de salud, distrés psicológico (GSI, SCL-90), si estaban casados, si tenían niños, empleo, conducta criminal, sexo, estudios,... A su vez, como ocurre en este tipo de estudios, los análisis fueron complejos, utilizando-se técnicas multivariadas, al tener que considerar un amplio conjunto de variables, varios seguimientos, etc.

Los resultados del estudio indican que en el tiempo 4, el último (1992-94), el consumo actual de drogas estaba relacionado con un mayor distrés psicológico y criminalidad, no estar casado, tener bajo estatus laboral y mayores porcentajes de dependencia del alcohol y de las drogas. Por el

contrario, encuentran que tener bajos niveles de consumo de drogas en el pasado o actualmente se relaciona con estar casado actualmente comparado con los que están solteros, divorciados o separados. El consumo actual de drogas se relaciona con tener también niveles de conducta criminal en la actualidad. Igualmente con actual distrés psicológico y bajo estatus laboral.

El estudio de White et al. (1998) les lleva a indicar que sus resultados son semejantes a los obtenidos por Moffitt (1993). Este distingue dos tipos de delinquentes: los limitados a la adolescencia y los persistentes a lo largo de la vida. Arguye que alguna experimentación con la delincuencia (incluyendo el consumo de drogas) puede ser normativa para los adolescentes. Parece que aquellos individuos que usan drogas sin serias consecuencias durante la adolescencia, y las dejan después de adultos, puede que no se les incremente el riesgo de experimentar resultados negativos durante la adultez. El estudio de White et al. (1998) lo que viene a mostrar es que el consumo temprano de drogas predice la dependencia del alcohol y de las drogas en la vida adulta. Si los individuos dejan de consumir drogas antes de su vida adulta no tienen luego problemas de dependencia. También hallan que el único efecto directo se encuentra en aquellos que consumen una gran cantidad de drogas en la adolescencia. Estos es menos probable que estén casados en su vida adulta, aunque creen que consumir drogas y no estar casado puede ser el resultado de factores similares. Por todo ello, consideran que si el consumo de drogas está limitado a la adolescencia ello no tiene efectos negativos directos sobre los resultados adultos que han analizado en este estudio. Estos hallazgos son consistentes con otros como los de Jessor et al. (1991) quienes encontraron que la implicación temprana en conductas problema, incluyendo el consumo importante de marihuana, no estaba asociada con resultados diferenciales en otros dominios de la vida adulta una vez que la conducta problema adulta estaba controlada. Por ello, concluían que la conducta problema en jóvenes no comprometía el rol adulto de talento y satisfacción. También, de modo similar, Newcomb y Bentler (1989) concluían que «infrecuentemente, intermitentemente u ocasionalmente el consumo de drogas por un adolescente saludable probablemente tiene pocas consecuencias adversas o negativas a corto y a largo plazo» (pp. 247-248).

Según estos resultados, White et al. (1998) consideran que ya es hora de modificar el centro de la actual investigación y de los esfuerzos preventivos. Actualmente la investigación se centra en identificar los factores de riesgo de los adolescentes tanto para el comienzo del uso de drogas como de la experimentación con las mismas. Ellos proponen que se necesita estudiar los períodos de transición y prestar una mayor atención a los

últimos años de la adolescencia y a la adultez temprana. Con esta afirmación cada vez están más de acuerdo relevantes investigadores, como por ejemplo Kandell (1998). Por ello, consideran que no sólo se deben examinar los efectos de las conductas de riesgo en los adolescentes sobre estas transiciones sino que también debemos examinar el impacto de estas transiciones sobre la reducción de las conductas de riesgo. Además, la investigación debería centrarse en aquellos individuos que no maduran más allá del uso de drogas durante la transición de la adolescencia a la adultez. Es importante conocer los procesos que determinan desistir de hacer la conducta de los de persistir en hacerla. Ello exige realizar estudios en profundidad de esta fase del ciclo vital. Por ello consideran que es el momento de dirigir las investigaciones a identificar los productos del abuso de drogas más que el comienzo y el uso experimental de drogas, y los factores que sostienen el uso de drogas desde la adolescencia hasta la vida adulta, tanto en la comunidad como en poblaciones de alto riesgo. Esta información puede ser usada para el diseño de adecuados programas preventivos para grupos de edad específicos; el no haberlo hecho puede estar en la base, apuntan, del fracaso de algunos programas preventivos (Gorman, 1996).

5. EL ESTUDIO LONGITUDINAL DE LOS NIÑOS DE WOODLAWN (THE WOODLAWN LONGITUDINAL STUDY OF CHILDREN)

El estudio longitudinal de los niños de Woodlawn, realizado por Ensminger y Juon (1998), es uno de los más largos que se conocen. Fue realizado en Woodlawn, un barrio al sur de la ciudad de Chicago. El estudio comenzó en 1966-67 y a los 1.000 jóvenes que participaron en el mismo se les hizo un seguimiento de diez años (1975-77), inicialmente, y luego de 25 años (1992-93). De este modo consiguieron datos de cuando los niños y niñas tenían 6-8 años, 16-18 años y 31-33 años. Esta muestra fue obtenida de un barrio pobre urbano de la ciudad de Chicago, cuando estaban en el primer grado. En este barrio existían muchos problemas cuando comenzó el estudio, como altas tasas de criminalidad y actividades de pandillas, alta tasa de mortalidad infantil, alto nivel de desempleo, muchas familias con un solo adulto en casa al cuidado del niño, etc. El objetivo de este estudio longitudinal era conocer la transición desde la infancia hasta la adolescencia y de ésta hasta la vida adulta respecto al consumo de drogas, delincuencia y otras conductas problema.

Woodlawn es un barrio de la parte sur de Chicago donde la mayoría de los residentes son afroamericanos. En 1963 se creó, auspiciado tanto por la alcaldía, vecinos y profesionales de salud mental, el *Woodlawn*

Mental Health Center. Una de sus misiones fue hacer un estudio longitudinal y epidemiológico sobre la salud mental en los niños que asistían a clase en nueve escuelas públicas y tres privadas en el curso escolar de 1966-67 (6-7 años de edad). Se entrevistó tanto a los niños como a las madres. Diez años después, en 1975-76 (15-16 años de edad) estos niños y sus madres fueron evaluados de nuevo, así como en 1992-93 cuando eran adultos jóvenes, con 32-33 años de edad.

Tanto este estudio, como otros, van en la línea de lo que afirma el informe del National Research Council (1993) sobre los adolescentes norteamericanos, de que la investigación debe centrarse en los que están en mayor riesgo de no realizar una exitosa transición a la adultez joven, como ocurre en los que viven en comunidades pobres, asisten a escuelas con pocos medios y viven en familias que carecen de recursos sociales y económicos para que sus hijos tengan un proceso de socialización adecuado.

Se evaluaron variables de tipo familiar, conducta en la escuela, rendimiento académico, conductas problema en la adolescencia (conductas de ataque físico, consumo de marihuana, consumo excesivo de bebidas alcohólicas), apego social en la adolescencia (supervisión parental, apego a la escuela, apego a la madre), transición a la vida adulta, conductas problema de adultos (frecuencia y cantidad de uso de 13 distintas sustancias; agresión interpersonal), estatus social de adulto, ansiedad y número de hijos.

La comunidad era pobre al comienzo del estudio y más pobre, y con menos gente, en el último seguimiento. Dos tercios de los niños iniciales cambiaron de residencia en este barrio, permaneciendo solo en él un tercio de los iniciales. En el último seguimiento, cuando estas personas tenían 32 años, se encuentra que dos tercios de ellos trabajan, el 80% tiene un diploma de enseñanza secundaria (*High School*), y el consumo de drogas es comparable al de una muestra representativa a nivel nacional. Pero también ha habido problemas importantes. Desde la primera evaluación a la última, un 3.5% se ha muerto y más de la mitad ha tenido experiencias con el sistema judicial relacionados con delitos.

Con las variables de la última evaluación obtuvieron siete clusters de personas con características similares. Para varones, los primeros tres clusters están formados por personas con bajas conductas problema. El cluster 1 (18.6%) son los altos en términos económicos y de recursos sociales, con bajas puntuaciones en el consumo de drogas y agresión interpersonal. El cluster 2 (12.5%) se caracteriza por el número de niños en casa, una media de 2.8, junto con alto estatus económico y bajo grado de consumo de drogas y de agresión interpersonal. El cluster 3 (15.8%) son pobres pero con bajo consumo de sustancias. El cluster 4 (22.4%), el más importante de todos los clusters, es similar al cluster 1 pero tiene un mayor con-

sumo de alcohol que el promedio. El cluster 5 (10.5%) tiene un bajo nivel socioeconómico y un alto consumo de sustancias pero no agresión interpersonal. El cluster 6 (14.5%) tienen un alto nivel de agresión interpersonal y tienen un bajo nivel socioeconómico. Y, el cluster 7 (5.7%) tienen un alto consumo de cocaína, alto consumo de marihuana, alta agresión interpersonal y alto nivel de ansiedad; también un bajo nivel socioeconómico.

Como el objetivo del estudio era predecir la conducta actual desde la pasada (niños y adolescencia) los resultados del pasado son consistentes en las conductas problema a lo largo del tiempo. Por ejemplo, si se considera el consumo duro de marihuana en la adolescencia en los varones en los siete clusters, los porcentajes eran del 20%, 17%, 19%, 31%, 36%, 41%, 56% y, con un porcentaje para el total de los clusters del 29%. Esto indica diferencias significativas entre varios de los clusters, pero muestra también que todos los grupos tenían importantes niveles de consumo, no bajando ninguno del 17%.

Cuando consideran el origen de la familia en función de los siete clusters, encuentran diferencias significativas entre los clusters en función del bienestar, porcentaje de madres con estudios de secundaria y porcentaje de frecuencia de movilidad. Así, por ejemplo, los varones de los clusters 1 y 4, que son los que tienen el mejor nivel socioeconómico de adultos, son también los que tienen el mayor porcentaje de madres graduadas en enseñanza secundaria, el menor porcentaje de los que han recibido ayuda social y la menor frecuencia de cambio de lugar. En el cluster 3, que son los que tienen el menor nivel socioeconómico como adultos, también son los que tenían los padres con el menor nivel socioeconómico.

Al analizar la supervisión familiar, apego a la familia y apego a la escuela, se encuentra que en el cluster 1 y 2 tienen una estricta supervisión por parte de los padres y fuerte apego a la escuela. En cambio los varones de los clusters 6 y 7 tienen menor supervisión parental. Igualmente aparecen claras diferencias en agresividad desde la primera evaluación a la última, donde la proporción de niños agresivos en los clusters 3, 6 y 7 es mayor que en los otros clusters, siendo el cluster 1 el que tiene la menor proporción.

El cluster para las mujeres tiene varias diferencias, basadas fundamentalmente en los recursos sociales y económicos y por el número de hijos. En los otros resultados son semejantes a los de los varones en líneas generales. Sin embargo, la diferencia esencial entre varones y mujeres está en que cuando los hombres tienen conductas problema en la adolescencia hay una gran consistencia, aunque también los tengan de adultos; en mujeres también se da esta relación pero no es tan consistente como en los varones. De todos modos, como ya hemos visto en otros estudios ya

analizados, la conducta previa problemática predice la posterior conducta problema aunque no para todos los casos.

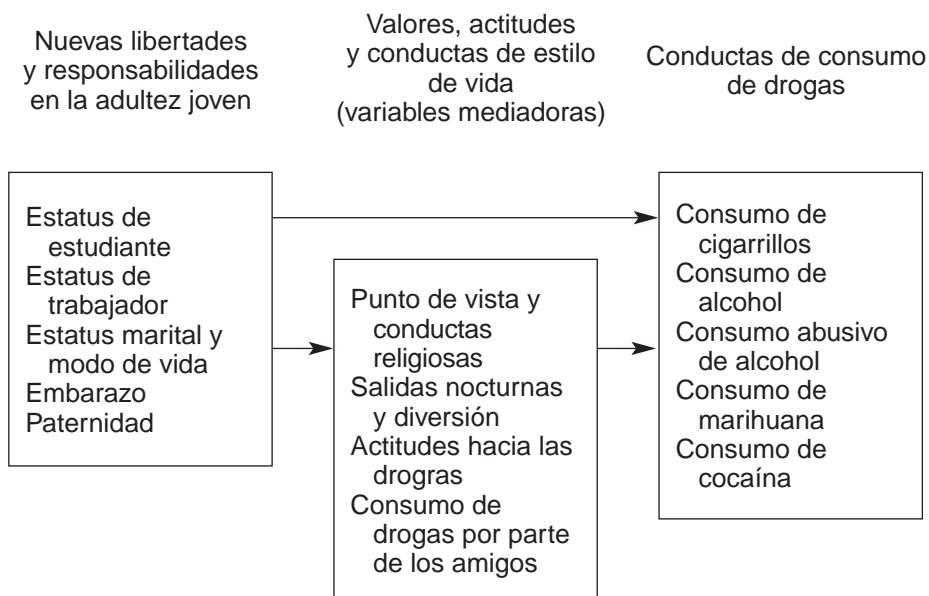
Otra importante conclusión de este estudio es que aquellos que proceden de un origen social bajo no son necesariamente los que están en mayor riesgo para los resultados de la vida adulta en las conductas problema. Esto es, en algún cluster apareció que las personas tenían bajos recursos pero también bajas conductas problema. Como afirman los autores: «el pequeño cluster de varones que indican la mayor implicación en conductas problema de adultos no son aquellos con el más bajo nivel socioeconómico de origen sino que son aquellos que tienen las mayores tasas de conductas problema de adolescentes y las mayores tasas de conducta agresiva en el primer grado. Ellos indicaron ser los que tuvieron la más baja supervisión parental cuando eran adolescentes» (p. 389). Por ello, tener una familia y una fuerte supervisión familiar es un claro factor de protección.

6. PROYECTO DE MONITORIZACIÓN DEL FUTURO, 2002 (MONITORING THE FUTURE PROJECT, 2002)

En el tema que estamos analizando probablemente el estudio más relevante y reciente es el de Bachman, O'Malley, Schulenberg, Johnston, Bryant y Merline (2002), que es una continuación y actualización de otro previo (Bachman, Wadsworth, O'Malley, Johnston y Schulenberg, 1997). Curiosamente, el título del libro donde lo presentan es bien representativo «*El declive en el consumo de sustancias en la adultez joven: cambios en las actividades sociales, roles y creencias*». El gran valor de este estudio es que está realizado por las personas, y con los datos, del proyecto «*Monitoring the Future*», proyecto que viene siendo financiado por el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) norteamericano desde el año 1976 hasta el momento presente, con lo que tiene una duración desde que comenzó hasta hoy de 26 años. Desde sus inicios es realizado por el *Institute of Social Research* de la Universidad de Michigan.

El interés básico de los autores en este último estudio, con datos de seguimiento de varios años, es conocer qué variables llevan al incremento en el consumo de drogas, desde la adolescencia, así como, a la inversa, qué variables llevan al descenso en el consumo de drogas. Dan gran peso al papel que las nuevas libertades y responsabilidades tienen para producir el cambio en el consumo de drogas desde la adolescencia hasta la adultez, a la existencia de variables mediadoras y al resultado del consumo de drogas. El esquema conceptual del que parten estos autores es el de la figura 2.

Figura 2. Marco conceptual del que parten en el estudio Bachman et al. (2002)



Utilizaron distintas muestras de jóvenes que estaban cursando el final de la enseñanza secundaria (*Senior High School*), cuando tenían 18 años y fueron seguidos durante 14 años hasta que tenían 31-32 años en el último seguimiento realizado con ellos. Empezaron a recoger muestras en el curso académico 1976-77 hasta el curso 1997-98, como datos que se incluyen en este libro. Esto significa que tienen datos de seguimiento, para cada una de las muestras, de 14 años y, al tiempo, tienen datos para muestras de los últimos 22 años, de 1976-77 a 1997-98. De ahí que el valor de este estudio es no sólo tener una muestra con un gran seguimiento, la de 1976-77, sino que en los años siguientes 77-78, 78-79, etc., se recogieron muestras adicionales a las que también se les hizo un seguimiento de 14 años. Con las primeras muestras el seguimiento de 14 años se finalizó en 1990; con las de los sucesivos años posteriores y, con otras, todavía están en ello. Esto permite disponer de datos transversales (de 22 años consecutivos) y de un alto nivel de calidad. Nótese que más de 38.000 personas forman parte de estas muestras. Y, además, las muestras son representativas de los jóvenes de Estados Unidos. Este estudio, por tanto, permite conocer la evolución del consumo de drogas y de las variables mediadoras para su consumo desde que las personas tienen 18 años hasta los 32 años, lo que coincide con el paso de la adolescencia a la adultez.

En el extenso libro de Bachman et al. (2002) analizan el papel que tienen en el consumo de drogas cuatro variables mediadoras: la importancia de la religión y la frecuencia de asistencia a los servicios religiosos; las actividades recreativas, incluyendo las salidas nocturnas, fiestas e irse de copas; el riesgo percibido y la desaprobación asociada con fumar cigarrillos, consumir alcohol, marihuana y cocaína; y las percepciones del uso de estas sustancias por sus amigos así como la disponibilidad percibida de marihuana y cocaína.

Este libro es una continuación de otro previo de 1997 (Bachman et al., 1997) donde el objetivo básico del mismo era conocer qué mecanismos hacen que las nuevas libertades y responsabilidades se asocian en la adultez y qué factores contribuyen a los cambios en el uso de sustancias. La adultez joven suele estar caracterizada en muchos casos por el abandono del hogar paterno, empezar a trabajar, encontrar una pareja, casarse y tener hijos. Esto significa un cambio de los excesos de la juventud a la realidad de la adultez. Entre uno y otro período de tiempo es donde actualmente hay un incremento de las libertades para el joven con poco incremento de las responsabilidades, incrementándose muchas conductas de riesgo, como el abuso de sustancias, las relaciones sexuales sin protección, etc.

Algunos autores afirman que esto ocurre para encontrar su identidad (Arnett, 2000), lo que pueden hacer porque no tienen restricciones. Otros, que ante esta situación de nuevas libertades, y con la experimentación del estrés, porque se encuentran con algo nuevo para ellos y sus roles no están claros, y utilizan las sustancias como una estrategia de afrontamiento (Johnson y Pandina, 2000). La falta de madurez puede ser otro factor, o la normatividad del consumo, dado que después de este período hay un descenso en el consumo de sustancias (Arnett, 1998).

En lo que atañe a la religiosidad aprecian una importante estabilidad a lo largo de los años, con un ligero descenso en los primeros años y luego una ligera recuperación en la adultez, aunque hay un alto grado de estabilidad a través del tiempo. Las mujeres tienen un mayor nivel de religiosidad y de práctica religiosa que los varones. Y, como es bien sabido, hay una relación negativa entre religiosidad y consumo de drogas. Así, los que tienen una mayor religiosidad, evaluada en este estudio como frecuencia de asistencia a la iglesia e importancia que ellos le atribuyen a la religión, fuman menos cigarrillos, consumen menos alcohol, menos marihuana y menos cocaína, que son las sustancias evaluadas en este estudio en relación a la religiosidad. Por ello, la religiosidad muestra una fuerte relación negativa con el consumo de drogas.

Los autores hacen un minucioso análisis de las relaciones que se producen entre religiosidad y abuso de drogas modulado por varias de las

variables que han evaluado, como estudios, trabajo, estado marital, embarazo, tener hijos, etc. Como un ejemplo de ello, la importancia de la religión se incrementa entre los padres casados o con hijos. Consideran que las nuevas responsabilidades familiares tienden a incrementar la religión.

Es habitual que los jóvenes salgan uno o más días por semana. Esto aumenta la probabilidad de consumir drogas. En este estudio encuentran que a partir de los 20 años en el varón y 18 años en la mujer el número de días que salen va disminuyendo conforme aumentan en edad, especialmente cuando tienen 31-32 años, en el último seguimiento. Por ejemplo, mientras que a los 18 años sólo un 18% de hombres y un 23% de mujeres indican que salen una vez o menos por semana, esta cifra va subiendo hasta que a los 31-32 años alcanza un 59% en hombres y un 69% en mujeres que no salen uno o menos días por semana. Respecto a la frecuencia de asistencia a pubs, bares o clubs nocturnos, hay un incremento en su frecuencia de asistencia en función de las cohortes analizadas, siendo más frecuente la asistencia en las cohortes más recientes. El incremento en la asistencia se produce hasta los 21-22 años y luego va descendiendo paulatinamente. El tener nuevas responsabilidades hace que se salga menos. Lo mismo ocurre con asistir a fiestas u otros eventos sociales. Por ejemplo, si un 37.2% de los varones salía a los 18 años una o más veces a la semana, descendía a los 23-24 años a un 13.1% y a los 31-32 años a un 3.5% (en mujeres un 31.8%, 8.5% y 2.2%, respectivamente).

Las relaciones entre salir más y consumo de drogas son claras: los que salen 6-7 veces por semana consumen tres veces más cigarrillos que los que salen una o menos veces por semana; para el caso del consumo de alcohol en los últimos 30 días, en la comparación anterior, es del doble. Tanto en un caso como en el otro esta relación es consistente a lo largo del tiempo, aunque mucho más en el caso de la nicotina que en el del alcohol, lo que muestra, según los autores, la habituación y dependencia que produce la nicotina a diferencia del alcohol.

Para la marihuana la comparación anterior aún aparece más clara. De los que salen 6-7 veces por semana más de la mitad fuman marihuana en los últimos 30 días; baja al 10% en aquellos que salen menos de una vez por semana. Para la cocaína también se encuentra la misma relación anterior. Y, el consumo de tabaco muestra ser el consumo más consistente a lo largo del tiempo de todas las drogas analizadas. Esto indica la fuerte resistencia al cambio en estas personas una vez que se han hecho fumadores (o adictos a la nicotina).

El estudio muestra claramente que la variable clave para explicar el mayor o menor consumo es el salir a bares, pubs y otros locales; de ahí que a mayor número de salidas por semana mayor consumo de drogas.

Conforme estas personas van aumentando en edad, aquellos que tienen hijos tienen un claro descenso en su conducta de salir por semana, descendiendo en función de los distintos grupos entre uno y tres días a la semana. Con ello, al mismo tiempo, también desciende el consumo de las distintas drogas. Este descenso es mayor cuando se tiene un hijo que cuando la persona se ha casado, que también desciende aunque menos que al tener hijos. Esto lo explican por la necesidad de tener que disponer de más tiempo para cuidar a sus hijos y, con ello, tienen menos tiempo para salir y estar con otras personas en ambientes (ej., bares) donde lo habitual es el consumo de distintas sustancias. Curiosamente, en los que se divorcian, se incrementa el número de salidas a bares y lugares de diversión, siendo mayor la frecuencia de los varones que de las mujeres. Y, si estas personas divorciadas se vuelven a casar tienen de nuevo otro descenso en el número de salidas y en su consumo de las distintas drogas.

Todo lo anterior les lleva a concluir que «las conductas socio-recreativas tienen un impacto moderado, tendiendo a alentar y a facilitar el uso de sustancias, y estos efectos son mayormente independientes de los efectos de las actitudes relacionadas con las drogas» (p. 208).

En este estudio diferencian entre desaprobación del uso de una droga de la percepción del riesgo, aunque la relación entre ellas es muy estrecha. Encuentran que casi no hay personas que consideren que el tabaco no tiene ningún riesgo o bajo riesgo. La percepción del riesgo se va incrementando con la edad. Además en las muestras más actuales se aprecia un incremento mayor de la percepción global del riesgo de esta sustancia. En cambio, no cambia con la edad la desaprobación hacia fumar un paquete de cigarrillos al día (ej., su desaprobación a que una persona de más de 18 años fume). Con ello se encuentra que aunque muchos consideran que fumar es peligroso y tiene un gran riesgo, por el contrario aprueban que otras personas, o ellos mismos, fumen. En el caso del alcohol hay un incremento del riesgo percibido a partir de los 22 años siendo especialmente alto en los que tienen de 27 a 30 años. Además, se va apreciando en las muestras más recientes como ha aumentado el riesgo percibido sobre el beber abusivamente de forma ocasional. Para la marihuana el riesgo que consideran es distinto en función de los niveles de consumo de marihuana. Los estudios con distintas muestras indican como la percepción sobre el riesgo se ha ido incrementando desde el año 1980 hasta el año 1991 y a partir de aquí ha ido descendiendo. En el caso de la marihuana los resultados obtenidos para la desaprobación de la marihuana son similares a los obtenidos en la percepción de riesgo. Para el consumo de cocaína la gran mayoría considera que su consumo lleva a un gran riesgo, incrementándose la percepción del riesgo desde las edades iniciales de 18 o más años hasta los 31-32 años. Este incremento se pro-

duce en todas las cohortes, tanto en las iniciales como en las más actuales. Sin embargo, a través de las mismas aparecen algunas diferencias en mayor o menor percepción de riesgo en ciertas edades y cohortes a veces motivadas por hechos puntuales (ej., el incremento de la percepción de riesgo a partir de la muestra de 1986, de los atletas Len Bias y Don Rogers por consumo de cocaína). De igual modo la desaprobación de su uso se incrementa de 21-22 años en adelante. A partir de 1986 y 1987 se incrementa notablemente el porcentaje de percepción de riesgo (ej., si en los jóvenes de 18 años que han consumido una o dos veces cocaína en 1980 consideran de gran riesgo su consumo sobre un 30% de ellos, esto se mantiene así hasta 1986, sube a casi un 50% en 1986 y más del 50% en 1999; en los que consumen cocaína regularmente, el riesgo percibido ha subido de un 70% cuando tenían 18 años hasta en torno del 90% cuando tienen 27-30 años). Todo lo anterior sugiere que según lo que una persona considera sobre una sustancia, en este estudio evaluado como riesgo percibido y desaprobación, así es su consumo de ella. Igualmente encuentran que las personas tienen puntos de vista similares sobre distintas sustancias, como son las cuatro analizadas en este estudio.

También encuentran relación entre la disponibilidad percibida para las distintas drogas y el consumo de ellas. Consideran también que tener amigos que usan drogas contribuye a la percepción de disponibilidad, en ocasiones por las descripciones de los amigos sobre lo fácil que es conseguirlas. Sin embargo, para el consumo actual de drogas, la disponibilidad percibida no es la variable más importante que explica su consumo.

Consideran que hay una alta disponibilidad para la marihuana y para la cocaína, aunque los que consumen aún consideran un nivel mucho mayor de disponibilidad. De ahí que se encuentre una alta correlación entre disponibilidad percibida y consumo de marihuana o cocaína. Sin embargo, ello parece estar modulado por los amigos que tienen y por el consumo de drogas de éstos. En el caso del tabaco esto es claro: los que fuman tienen más amigos fumadores que los que no fuman. Lo mismo ocurre con el alcohol. Por ello, en parte, los que consumen drogas afirman que es fácil conseguirlas, y que hay una gran disponibilidad de las mismas. Igualmente, otras variables por ellos analizadas, como el matrimonio, tener hijos, estudiar o trabajar, modulan la relación anterior en el sentido de que asumir los roles adultos lleva a tener menos amigos que consumen drogas. Lo que le parece a los autores, como una conclusión del análisis de sus múltiples datos, es que dada la alta disponibilidad actual de sustancias, la disponibilidad no es la variable más explicativa y probablemente sea un factor causal menor y que sean otras variables las que explican mejor el fenómeno.

Para integrar todas las variables que han considerado en este estudio, redujeron el número de variables a analizar en los modelos de ecuaciones

estructurales a muy pocas. El modelo causal final que presentan se compone de cuatro variables, que ellos analizan a los 19-20 años y posteriormente a los 23-24 años. Estas variables son las de religiosidad, desaprobación (o riesgo) -como actitudes en relación con las drogas-, frecuencia de salidas, efectos del matrimonio, todo ello en relación con el consumo de sustancias, que en este caso lo analizan para el consumo de marihuana en el último año, consumo de cocaína en el último año, consumo de alcohol en los últimos 30 días, episodios de beber abusivo en las últimas dos semanas y consumo de cigarrillos en los últimos 30 días. Encuentran que los efectos de casarse son importantes para los cambios en beber abusivamente y el consumo de alcohol mensual (a nivel de descenso, en ambos casos). Esto se produce por el incremento en la desaprobación del consumo de alcohol y el descenso de la frecuencia de las salidas. En el caso de las mujeres parece que sería otra variable indirecta, como el embarazo, la que tendría más peso para dicho descenso en el consumo y en las salidas. El cambio en el estatus marital tiene poca relevancia para el consumo de marihuana y cocaína. Para el consumo de cigarrillos el cambio en el estatus marital tiene sólo un pequeño efecto en su consumo y poco o ninguno en las salidas y en la desaprobación del mismo.

Tanto en su libro previo (Bachman et al., 1997) como en éste (Bachman et al., 2002) concluyen que las nuevas libertades de los primeros años de la juventud producen un incremento en el consumo de drogas y que las nuevas responsabilidades que típicamente adquieren en la adultez joven les lleva a un descenso en su consumo. En nuestro medio tenemos como problema que si casarse y tener hijos es protector, dado que en España los jóvenes y adultos tardan hoy en casarse más que hace varias décadas, y también tardan mas en irse de casa, e igualmente en tener hijos por casarse más tarde, al tiempo que dedican más tiempo a la vida recreativa, se incrementa con todo ello la probabilidad de que haya un mayor consumo de drogas.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como hemos hecho nosotros en las páginas anteriores, Baer et al. (1998), después de revisar varios de los estudios longitudinales que se han realizado en donde se han seguido a las personas desde la adolescencia hasta el final de la misma o hasta su vida adulta, concluyen, referido al consumo de alcohol, que éste va incrementándose en la adolescencia, pero a partir de los 20 años de edad declina no sólo el consumo de alcohol sino también el consumo de sustancias, estando el pico del mayor consumo en la adolescencia y en la adultez temprana (ej., Cahalan y Room, 1974; Chen

y Kandel, 1995; Johnson et al., 1995; Temple y Fillmore, 1986). Las causas que se han aducido para este cambio se relacionan con la asunción de los roles adultos, indicándose entre las más importantes el matrimonio, tener hijos y comenzar a trabajar. Esto facilitaría una moderación en el consumo de alcohol. O, visto de otro modo, la menor disponibilidad de tiempo para beber y el mayor control por parte del otro miembro de su pareja, de su familia más extensa y del mismo sistema social y laboral, facilitaría el no beber.

Baer et al. (1998) en su estudio de seguimiento de 3 años con personas que cuando se comenzó el estudio iban a finalizar los estudios en el *College*, encontró que año a año había un marcado descenso en el consumo de alcohol. También, que entre los que bebían, el mejor predictor de esa conducta de beber era el consumo previo de alcohol y el nivel de bebida de su grupo social. Por ejemplo, la predicción de los problemas relacionados con el alcohol eran función de los problemas previos, frecuencia de bebida, neuroticismo y sintomatología ansiosa y depresiva. Igualmente, los que indicaban que tenían continuos problemas con el alcohol eran los que tenían menos éxito y los que estaban menos satisfechos con su empleo. De ahí que en su estudio indique que los problemas de comorbilidad psiquiátrica van a estar probablemente asociados con el consumo de alcohol y otras drogas.

Aún así, Baer et al. (1998) también indican que el mejor predictor del consumo de sustancias en la vida adulta sigue siendo el consumo previo de sustancias en la adolescencia. Esto sería debido a que en la adolescencia una parte de las personas adquieren ciertos estilos de vida que no son abandonados por ellos en su vida adulta. Como un ejemplo, en el estudio de Jessor et al. (1991), el mejor predictor de la conducta problema en la adultez temprana, donde se incluía el consumo de sustancias, era la conducta problema durante la adolescencia. También suele indicarse en estos estudios, o en el análisis actual de los realizados en los últimos 20 años, que el consumo de drogas en los estudios es reducido. Ese grupo reducido de personas lleva a que se obtenga con ellos diferencias significativas, siendo personas con un alto consumo de drogas. Por ello la intensidad del consumo sería también de gran relevancia analizarla en los estudios para poder afinar mejor las interpretaciones en los estudios de seguimiento, aunque ello no siempre es fácil de lograr. En este sentido, el consumo de alcohol es de gran importancia, pero va a depender la relación que se obtendrá posteriormente no sólo del consumo en la adolescencia sino del nivel de consumo y de la peligrosidad del consumo en la misma adolescencia, o si la persona consigue beber de un modo social o sólo bebe de un modo dependiente, si tiene modelos adultos, o en su familia, de un consumo social de alcohol, etc. (Baer et al., 1998). Otros,

como Babor et al. (1992) van un poco más allá al diferenciar dos tipos de alcohólicos: los asociados con la sociopatía y los asociados con el afecto negativo (depresión y ansiedad), variando ambos en el comienzo, curso, historia familiar de alcoholismo y comorbilidad psiquiátrica. Esto sugiere que hay trayectorias de desarrollo diferentes para distintas personas o grupos de personas. Con todo, y como afirman Baer et al. (1998), no hay que olvidarse de que «el desarrollo de patrones adictivos de consumo (en cualquier momento de la vida) se considera que está multideterminado, abarcando diferencias biológicas en reacción a las sustancias, temperamento y personalidad, procesos psicológicos de tolerancia y expectativas sobre los efectos de la drogas y los procesos sociales que implican modelado y reforzamiento» (p. 193).

Por tanto, es claro que una parte del consumo de sustancias que hacen los adolescentes remite con el tiempo, incluso aunque dicho consumo esté asociado a distintos problemas psicosociales (Baer et al., 1998). Los problemas que no remiten suelen estar asociados con problemas de desarrollo temprano como conflicto familiar y conducta desviada. Esto sugeriría que en estas personas hay un proceso de desarrollo diferente a la gran mayoría de los adolescentes, especialmente a los que aún consumiendo sustancias han tenido problemas medios o moderados y que, incluso, consumiendo esporádicamente en su vida adulta, e incluso en una ocasión puntual de modo importante, no desarrollan problemas. Conocer estos aspectos más claramente es de una relevancia clara, especialmente para el campo de la prevención de las drogodependencias, para la detección precoz de las conductas problema y para el rendimiento académico de los que ahora están en la fase de prueba. También para los adultos que llevan a cabo estas conductas. El poder conocer tipos de personas con patrones distintos de consumo y tipos de problemas producidos por los mismos, nos podría proporcionar un cuadro más exacto de esta evolución desde las edades tempranas hasta la adultez, con todos los aspectos de incorporación social con plenos derechos que tienen los adultos, en su sentido social.

De modo semejante, como ya hemos visto, White et al. (1998) consideran que ya es hora de modificar el centro de la actual investigación y de los esfuerzos preventivos y que hay que dedicar más esfuerzos al estudio de los últimos años de la adolescencia y a la adultez temprana, lo que va en la línea de lo propuesto por otros autores como Kandel (1998). Por ello lo relevante sería analizar las conductas de riesgo de los adolescentes en sus periodos de transición y ver el modo de disminuir esos riesgos. Diferenciar el comienzo de una conducta (la prueba por ejemplo), de la persistencia en la misma, es lo realmente importante, como se aprecia que ocurre realmente en los adolescentes en relación con el consumo

de drogas. Ello exige cambiar el modo de investigar estos procesos. En esta línea, la afirmación de Bachman et al. (2002) nos indica algunas líneas a seguir: «El hecho de que los individuos no son «asignados aleatoriamente» a los contextos sociales, como se puede hacer en los experimentos de laboratorio, crea un problema fundamental para las encuestas que estudian a los individuos en situaciones naturales. El problema está en que uno no puede tener certeza sobre los procesos causales que subyacen a un patrón observado de conexiones entre variables, porque siempre está la posibilidad de que un proceso causal contrario opere sumado a, o en lugar del que se ha hipotetizado, o que otros factores más fundamentales (y quizás no examinados) sean las causas reales» (Bachman et al., 2002, p. 6).

Todos los estudios que se han hecho para analizar esta cuestión, y que podemos ejemplificar en el de Jessor et al. (1991), vienen a indicar que los cambios más relevantes de la adolescencia a la adultez se caracterizan por un incremento de la mayor convencionalidad, especialmente por los que eran poco convencionales cuando eran adolescentes, mientras que los que ya lo eran en la adolescencia se mantienen, teniendo ambos un nivel semejante en su vida adulta, aunque diferían claramente en los años adolescentes.

Pero a pesar de lo dicho hay algunos datos que nos deben llevar a la reflexión. Así, en el estudio de Ensminger y Juon (1998) en Chicago, cuando las personas que siguieron tenían 32 años, y donde todos procedían de un barrio pobre, el 80% había conseguido finalizar la Enseñanza Secundaria (*High School*) y dos tercios tenían trabajo. Pero también un 3.5% de ellos se había muerto y más de la mitad habían tenido experiencias con el sistema de justicia criminal. El estudio encuentra que un 6% de la cohorte es la que experimentó altos niveles de consumo de sustancias y agresión interpersonal alta. Aunque el porcentaje del total es pequeño, los miembros del mismo se adecuan al estereotipo que se tiene de los hombres afroamericanos de un suburbio. Lo que encuentra este estudio es que tales actividades de alto riesgo son pequeñas. Por lo que hemos visto de la resiliencia en el capítulo anterior, hay otros factores que se relacionan con la adaptación del individuo a su ambiente, y la droga es un elemento más en muchos casos. O, dicho de otro modo, partiendo del mismo medio social, surge una gran pluralidad de jóvenes. En este estudio de Ensminger y Juon (1998) encontraron que los jóvenes más exitosos eran los que a menudo se encontraban en lugares que tenían tanto apoyo personal como social y donde las cualidades de la vida familiar eran importantes. De ahí el que se hayan elaborado teorías, como la de Hagan (1998), donde utiliza la teoría de la capitalización, del capital humano, donde el capital humano son las capacidades, habilidades y conocimien-

tos adquiridos por los individuos, especialmente a través de la educación y del entretenimiento. Por ello, el apego a la familia, escuela y otros contextos prosociales puede proteger a los jóvenes contra la elaboración y extensión de las conductas problema en la vida posterior (Sampson y Lamb, 1993). En este sentido, los procesos de capitalización son protectores y potencialmente transformadores. Esto podría ser visto como una forma de seguro contra las dificultades de la vida adulta y además como una inversión en las vías productivas. Los jóvenes cuyas vidas son capitalizadas de esta manera tienen más que perder (ej., una buena educación, entrar en la universidad, tener un trabajo) si se implican en la conducta desviada. Por ello, son bien representativas las palabras de Hagan (1999) cuando afirma que «las familias que ofrecen un fuerte apoyo parental a sus hijos y las comunidades que proporcionan un alto nivel de fondos para sus escuelas, ejemplifican las circunstancias de la inversión de capital en el desarrollo de los jóvenes. Por el contrario, las familias que pueden ofrecer poco apoyo parental a sus hijos, y las comunidades que proporcionan un bajo nivel de fondos para sus escuelas, son a menudo lugares de desinversión de capital en el desarrollo de los jóvenes» (Hagan, 1999, p. 509).

Todo lo anterior también se relaciona con la distinción de Moffitt (1993) entre conductas problema limitadas a la adolescencia y persistentes a lo largo de la vida. Los datos indican que ello puede ser cierto en muchos casos. Moffitt (1993) encontró para la conducta delincuente que había dos tipos de personas para esta conducta problema: los que solo realizaron este tipo de conducta de modo puntual en la adolescencia y los que la hacían tanto en la adolescencia como en la vida adulta. En el caso del consumo de drogas lo más probable es que ocurra esto, dado que los estudios analizados aquí no muestran una relación lineal de consumos en la adolescencia y en la vida adulta. Pero también esos mismos estudios (ej., Baer et al., 1998) u otros (ej., Donovan, Jessor y Costa, 1999) indican que el mejor predictor del consumo de drogas en la adultez es el consumo de drogas que hacían cuando eran adolescentes, o a veces aún antes. Conocer estos tipos de personas es una tarea que hay que abordar en los estudios (Cairns et al., 1998; Silbereisen, 1998). Y, en función de los mismos, aplicar la intervención preventiva que mejor se adecue a cada uno de ellos. Los tipos de programas preventivos existentes, como son los universales, los selectivos y los indicados, van en esta línea, línea que por otra parte ha comenzado a dar adecuados frutos en el campo de la prevención de las drogodependencias. A su vez, relacionado con lo anterior, es necesario conocer no sólo mejor la conducta de consumo de drogas y las conductas problema relacionadas con las mismas, sino también los factores causales directos e indirectos en relación a las mismas, como suele ejemplificarse con la relación con la comorbilidad psiquiátrica (Regier et al.,

1990), todo lo cual ayudará a comprender mejor el consumo de drogas, el mantenimiento del consumo y su abandono. Con todo este conocimiento nos será más fácil realizar la prevención en drogodependencias.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARNETT, J. J. (1998). «Risk behavior and family role transitions during the twenties». *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 301-320.
- ARNETT, J. J. (2000). «Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties». *American Psychologist*, 55, 469-480.
- BABOR, T. F., HOFMANN, M., DELBOCA, F. K., HESSELBROCK, V. M., MEYER, R. E., DOLINSKY, Z. S. y ROUNSAVILLE, B. (1992). «Types of alcoholics: I. Evidence for an empirically-derived typology based on indicators of vulnerability and severity». *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.
- BACHMAN, J. G., O'MALLEY, P. M., SCHULENBERG, J. E., JOHNSTON, L. D., BRYANT, A. L. y MERLINE, A. C. (2002). *The decline of substance use in young adulthood. Changes in social activities, roles, and beliefs*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- BACHMAN, J. G., WADSWORTH, K. N., O'MALLEY, P. M., JOHNSTON, L. D. y SCHULENBERG, J. (1997). *Smoking, drinking and drug use in young adulthood: The impacts of new freedoms and new responsibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- BAER, J. S., MACLEAN, M. G. y MARLATT, G. A. (1998). «Linking etiology and treatment for adolescent substance abuse: Toward a better match». En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 182-220). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- BECOÑA, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- CAIRNS, R. B., CAIRNS, B. D., RODKIN, P. y XIE, H. (1998). «New directions in developmental research: Models and methods». En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 13-40). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- CALAFAT, A., JUAN, M., BECOÑA, E., FERNÁNDEZ, C., GIL, E., PALMER, A., SUREDA, P. y TORRES, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- CAHALAN, D. y ROOM, R. (1974). *Problem drinking among American men*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center for Alcohol Studies.
- CATALANO, R. F. y HAWKINS, D. (1996). «The social development model: A theory of antisocial behavior». En J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime. Current theories* (pp. 198-235). Nueva York: Cambridge University Press.
- CHEN, K. y KANDEL, D. B. (1995). «The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample». *American Journal of Public Health*, 85, 41-47.
- DONOVAN, J. E. (1996). «Problem-behavior theory and the explanation of adolescent marijuana use». *Journal of Drug Issues*, 26, 379-404.

- DONOVAN, J. E., JESSOR, R. y COSTA, F. M. (1999). «Adolescent problem drinking: Stability of psychosocial and behavioral correlates across a generation». *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 352-361.
- ENSMINGER, M. E. y JUON, H. S. (1998). «Transition to adulthood among high-risk youth». En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 365-391). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- GORMAN, D. M. (1996). Etiological theories and the primary prevention use. *Journal of Drug Issues*, 26, 505-520.
- HAGAN, J. (1998). «Life course capitalization and adolescent behavioral development». En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 499-517). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- JESSOR, R. (1998). «New perspectives on adolescent risk behavior». En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 1-10). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- JESSOR, R., DONOVAN, J. E. y COSTA, F. M. (1991). *Beyond adolescence. Problem behavior and young adult development*. Nueva York: Cambridge University Press.
- JESSOR, R. y JESSOR, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academic Press.
- JOHNSON, L. D., O'MALLEY, P. M. y BACHMAN, J. G. (1995). *National survey results on drug use from the Monitoring the Future study, 1975-1994. Vol. 1: Secondary school students*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- JOHNSON, V. y PANDINA, R. J. (2000). «Alcohol problems among a community sample: Longitudinal influences of stress, coping, and gender». *Substance Use & Misuse*, 35, 669-686.
- KANDEL, D. B. (1998). «Persistent themes and new perspectives on adolescence use: A lifespan perspective». En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 43-89). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- KANDEL, D. B. y LOGAN, J. A. (1984). «Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation». *American Journal of Public Health*, 74, 660-666.
- LOEBER, R., FARRINGTON, D. P., STOUTHAMER-LOEBER, M. y VAN KAMMEN, W. B. (1998a). *Antisocial behavior and mental health problems: Explanatory factors in childhood and adolescence*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- LOEBER, R., FARRINGTON, D. P., STOUTHAMER-LOEBER, M. y VAN KAMMEN, W. B. (1998b). «Multiple risk factors for multiproblem boys: Co-occurrence of delinquency, substance use, attention deficit, conduct problems, physical aggression, covert behavior, depressed mood, and shy/withdrawn behavior». En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 90-149). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- MOFFITT, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- National Research Council (1993). *Losing generations: Adolescent in high risk setting*. Washington, DC: National Academic Press.

- NEWCOMB, M. D. y BENTLER, P. M. (1989). «Substance use and abuse among children and teenagers». *American Psychologist*, 44, 242-248.
- Plan Nacional sobre Drogas (2001). *Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº 4*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- REGIER, D. A., FARMER, M. E., RAE, D. S., LOCKE, B. Z., KEITH, S. J., JUDD, L. L. y GOODWIN, F. K. (1990). «Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study». *JAMA*, 264, 2511-2518.
- SAMPSON, R. J. y LAUB, J. H. (1993). *Crime in the making*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- SILBEREISEN, R. K. (1998). «Lessons we learned - problems still to be solved». En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp.518-543). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- TEMPLE, M. T. y FILLMORE, K. M. (1986). «The variability of drinking patterns and problems among young men, age 16-31: A longitudinal study». *International Journal of Addictions*, 20, 1595-1620.
- WHITE, H. R., BATES, M. E. y LABOUVIE, E. (1998). «Adult outcomes of adolescent drug use: A comparison of process-oriented and incremental analysis». En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 150-181). Cambridge, RU: Cambridge University Press.

CAPÍTULO 9. PASOS A SEGUIR PARA LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA PREVENTIVO

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de que existe una importante información acerca de los distintos programas preventivos, como ya hemos visto en capítulos previos, así como sobre cómo poner en práctica un programa preventivo y cómo evaluarlo, tal como hemos visto y veremos a lo largo de este libro, un aspecto de gran relevancia es conocer los pasos precisos que hay que dar para poner en marcha un programa preventivo. Tener un marco de referencia para poder hacerlo facilita no sólo nuestro trabajo sino que nos ayuda a hacerlo mejor y a hacer una toma de decisiones fundamentada y adecuada.

Actualmente disponemos de varias fuentes para facilitarnos nuestra tarea (ej., Carmona, Stewart, Gottfredson y Gottfredson, 1998; Cazares y Beatty, 1994; CSAP, 2001; Kröger, Winter y Shaw, 1998; Plan Nacional sobre Drogas, 1996, 2000; Sloboda y David, 1997; etc.). Aunque se han propuesto distintos modos para seguir los pasos para la elaboración o puesta en marcha de un programa preventivo consideramos que actualmente el punto de referencia que tenemos que seguir es básicamente la «Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias» (1997) editada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, OEDT, de Lisboa en una publicación en donde se recoge muy detalladamente los pasos a seguir para la puesta en práctica de un programa preventivo (Kröger et al., 1998). Este es un documento amplio, minucioso y detallista pero de una gran utilidad para el profesional que tiene que poner en marcha un programa preventivo. En este capítulo lo que vamos a hacer es proporcionar las guías más relevantes del mismo para que con ellas se pueda elaborar un programa preventivo o podamos comprobar y analizar si programas preventivos que evaluemos o revisemos cumplen los requisitos mínimos que tienen que

tener. Aparte de que el citado documento anterior se puede encontrar en castellano, también puede verse en otra publicación la aplicación del mismo, de un modo amplio a un programa comunitario en Martín y Becoña (en prensa). A lo largo del capítulo, y en otro posterior dedicado a la evaluación, pueden verse otras referencias que complementan este documento. No debemos olvidar que la relevancia de este documento viene también dada, en parte importante, por estar consensuados sus puntos y apartados por científicos, técnicos y personas de distintas administraciones de los países europeos relacionados con las drogodependencias y más específicamente con la prevención.

La ventaja que tiene lo que vamos a exponer a continuación es que es aplicable a cualquiera de los diferentes tipos de programas preventivos existentes, bien sean de tipo universal, selectivo o indicado, así como a cualquier tipo de prevención, sea ésta escolar, familiar, comunitaria, o de otro tipo. Los aspectos que consideramos relevantes, y por tanto a tener en cuenta siempre que elaboremos o evaluemos un programa preventivo, son los indicados en la tabla 48, los cuales pasamos a exponer a continuación. Una versión más ampliada y específica del mismo puede verse en Martín y Becoña (en prensa).

Tabla 48
PASOS A SEGUIR O A ANALIZAR PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA
DE UN PROGRAMA PREVENTIVO

1. Definición del problema y actuaciones que se pueden poner en marcha para solucionar el mismo.
 - 1.1. ¿Cuál es el problema?
 - 1.2. ¿Qué podemos hacer?
2. La explicación del fenómeno: ¿Por qué se consumen drogas?
 - 2.1. La explicación del consumo de drogas
 - 2.2. Factores responsables de seguir consumiendo una droga
3. La necesidad de una intervención preventiva
4. La delimitación del grupo o grupos objetivo
5. Objetivos de nuestra intervención
6. Métodos y técnicas específicas de intervención
7. Recursos disponibles
8. Evaluación
9. Discusión de resultados
10. Análisis de todo el proceso, detección de puntos fuertes y débiles del programa y nuevas propuestas de actuación

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y ACTUACIONES QUE SE PUEDEN PONER EN MARCHA PARA SOLUCIONAR EL MISMO

2.1 ¿CUÁL ES EL PROBLEMA?

El primer paso cara a la puesta en práctica de un programa preventivo en drogas es conocer a qué nos estamos refiriendo; esto es ¿cuál es el problema?

La primera fuente que tenemos que considerar es la epidemiológica. La misma nos proporcionará datos concretos y fiables sobre la magnitud del problema. Esto puede hacerse a nivel de todo el país, de una comunidad autónoma, de un ayuntamiento o de un lugar concreto (ej., barrio, escuela, institución, empresa, etc.). En función de estos datos, y probablemente de la observación de nuestro entorno inmediato o de otros datos que tengamos, nos podrá llevar o no a ver la necesidad de aplicar un programa preventivo en un lugar concreto y para un grupo de personas específicas.

Definir el problema, aspecto que a veces también se conoce con el nombre de análisis de la situación, es un paso esencial antes de hacer nada o poner ninguna acción en marcha. De todos modos también hay que decir que la realidad del consumo de drogas en nuestro medio es de tal magnitud que no es muy difícil justificar la necesidad de intervenir, especialmente en las personas en el rango de edad entre 14 y 25 años, especialmente por los datos epidemiológicos existentes, aunque la intervención suele restringirse, fundamentalmente, a las edades de 12 a 16 años, por llevarse a cabo en la escuela, ampliándose el rango de edad hasta los 25 ó 30 años de edad si se hace una intervención preventiva en toda la comunidad. Esta puede ser para todo el conjunto de la comunidad o para un grupo específico que sea de riesgo (ej., los consumidores abusivos de alcohol, los que salen de marcha hasta el amanecer, etc.). Como ya hemos visto en el primer capítulo, allí se indicaban los datos de prevalencia del consumo de drogas de las principales sustancias, del último estudio de la encuesta en hogares para la población adulta (Plan Nacional sobre Drogas, 2001) y la de la encuesta escolar, también del Plan Nacional sobre Drogas (2002), las cuales nos permiten enmarcar adecuadamente el problema y su magnitud.

También hay que tener en cuenta que la demanda de programas preventivos con frecuencia parte desde la administración por la asunción de un problema (que ya existía) al que hay que dar una rápida y contundente solución. Esto ocurre frecuentemente cuando un tema cobra relevancia y está en los medios de comunicación y se demanda una solución real al mismo. Ejemplos conocidos de estos años o actuales son potenciar el ocio

alternativo ante el nuevo cariz que toma la diversión de los jóvenes; el intento del control del «botellón» con medidas educativas, preventivas y legislativas; las medidas de control de alcoholemia a la salida de ciertas ciudades para evitar la conducción bajo los efectos del alcohol para así evitar la muerte y graves accidentes en los jóvenes; el control del acceso al éxtasis ante la muerte de varios jóvenes; etc.

La propia definición del problema ya nos va a indicar en muchos casos las posibles medidas que se pueden tomar, a qué grupos nos vamos a dirigir y qué tipo de intervención podemos hacer.

2.2 ¿QUÉ PODEMOS HACER?

Si tenemos el problema bien definido sabremos como abordarlo. Si no lo tenemos bien definido puede que demos palos de ciego y no lleguemos a solucionar el problema o, más bien, no lleguemos a poner en marcha las mejores acciones posibles para abordar, con los conocimientos y técnicas de que dispone la ciencia de la prevención, efectivamente dicho problema y hacer nuestro trabajo del mejor modo posible.

Respecto a qué podemos hacer, esto va a depender de si nuestra intervención preventiva se va a centrar en el nivel escolar, en el nivel familiar o en el nivel comunitario. También en ocasiones podremos intervenir en otros, como en una empresa, una institución, un barrio, etc.

Nuestro objetivo va a orientarse a que las personas no consuman, si no son consumidores o, si ya consumen, a que no sigan consumiendo o no vaya a más su consumo y pasen a tener problemas de abuso y dependencia. Lo que subyace en un caso y en el otro es reducir el riesgo o los riesgos asociados al consumo y potenciar los factores de protección distintos al consumo de drogas. Esto que teóricamente parece fácil luego en la práctica choca con las dificultades que conocemos bien: aunque a nosotros nos parece lo más correcto y lo más preventivo luego no se quiere incidir de modo incisivo y profundo en las drogas legales (tabaco y alcohol), porque no tenemos competencias sobre aspectos esenciales como la publicidad, el precio o el acceso; aunque consideramos a ciertas drogas ilegales, como el cannabis, de riesgo, está muy normalizado su consumo y es difícil hacer llegar los mensajes preventivos a ciertas edades, y a partir de ciertas edades. Y, aunque no es tan relevante el consumo de heroína, aunque sí el de cocaína, en ocasiones nos demandan desde arriba y la sociedad frecuentemente exige, junto a los medios de comunicación, que es a estas drogas, junto a las de diseño, a las que hay que dirigir todos los esfuerzos desde las edades más tempranas. Como sabemos, esto no es así, y por suerte tanto

técnicamente como desde la administración se asume que esto no es así. La persona va pasando por el consumo de distintas sustancias, empezando por el alcohol y el tabaco, pasando al cannabis y luego a la cocaína, drogas de síntesis y, finalmente, aunque por suerte pocos, a la heroína.

Ya en esta primera fase es necesario hacer una planificación de no sólo de lo que vamos a hacer sino también cómo lo vamos a poner en práctica y en qué tiempo. Este es un aspecto de gran relevancia. Una intervención corta y puntual puede ser totalmente inútil. Una intervención mantenida en el tiempo probablemente es lo más eficaz, especialmente cuando hay un equipo de profesionales, con cierto nivel de estabilidad, que pueden poner en marcha programas, mantenerlos en el tiempo, evaluarlos, corregir aquellos aspectos que sea necesario para un mejor funcionamiento del programa, etc. Por la situación en que se encuentra el campo de la prevención en este momento es de gran relevancia presu- puestar, de las acciones que consideramos que se pueden poner en marcha, adecuadamente los gastos, analizar si son realistas y pueden ser cubiertos y, a partir de ahí, presentarlo a la persona responsable.

El informe que se presente, que seguramente nos van a pedir que hagamos por escrito o que hagamos una pequeña presentación oral junto a la escrita, tiene que comenzar con la explicación del fenómeno para, a partir de dicha explicación, poner en marcha las medidas adecuadas para su control; en función de ella deberán justificar la necesidad de una intervención preventiva y la extensión que quieren darle, delimitar el grupo o grupos objetivo a los que van a dirigir la intervención, presentar los objetivos del modo más operativizado posible, los métodos y técnicas para lograr esos objetivos, los recursos disponibles (materiales, personales, infraestructura, etc.), explicitar cómo llevarán a cabo la evaluación, cómo difundir y a quién los resultados obtenidos y cómo elaborar un informe de la actividad realizada.

3. LA EXPLICACIÓN DEL FENÓMENO: ¿POR QUÉ SE CONSUMEN DROGAS?

Un requisito hoy imprescindible de un adecuado programa preventivo es que tiene que tener una adecuada base teórica. Esto significa partir de un marco conceptual claro del que exista evidencia científica, o bien elaborar un modelo explicativo que nos permita comprender el fenómeno en cuestión. Dado que el consumo de drogas está relacionado con un gran número de variables, tanto de tipo social, como personal, biológico, etc., es necesario organizar toda esta información para comprender el

fenómeno y a partir del mismo poder poner en marcha distintas medidas preventivas para actuar sobre dicho problema.

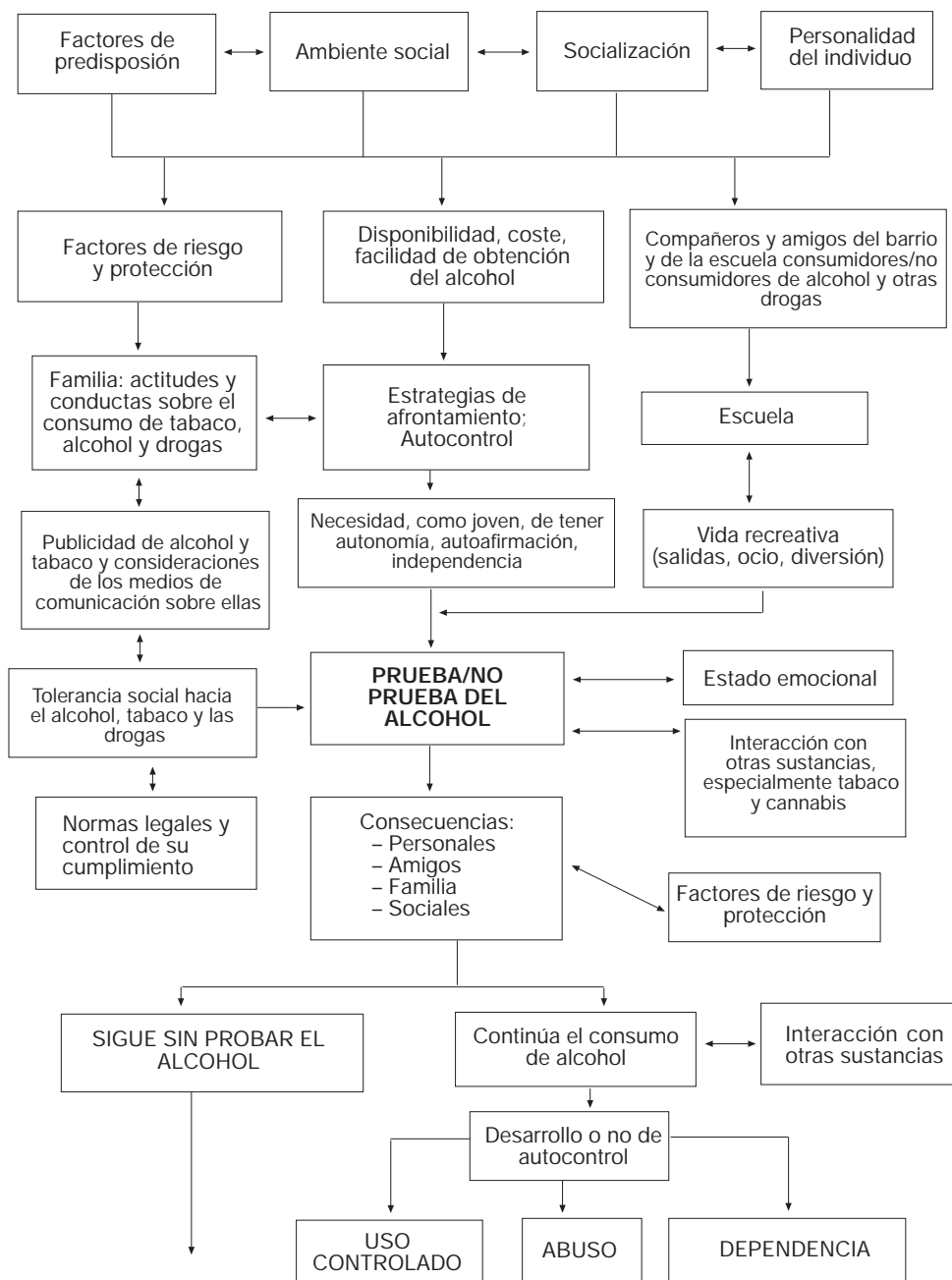
En un capítulo previo expusimos distintas teorías y modelos explicativos para el consumo de drogas. Estos nos pueden guiar o servir de referencia. Lo importante es partir de un modelo teórico bien fundamentado, con una base empírica lo más consistente posible y que permita un adecuado abordaje preventivo. Como un ejemplo operativo en la práctica, en la figura 3 presentamos un modelo explicativo para poder comprender el consumo del «botellón» partiendo del modelo comprensivo y secuencial del consumo de drogas de Becoña (1999). Este modelo tiene como ventaja que no sólo nos permite comprender mejor este problema sino que facilita poder intervenir en distintos puntos del mismo mediante acciones diversas. También conocer que algunos aspectos van a ser difíciles de cambiar a corto o medio plazo (ej., coste, disponibilidad). Con ello podremos no sólo diseñar el mejor programa preventivo sino aquel programa que sea viable.

Uniendo este apartado a lo que ya hemos visto en un capítulo anterior, hoy manejar adecuadamente los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas nos facilita, de modo importante, no sólo comprender mejor el fenómeno del consumo de drogas sino también poder poner en marcha acciones en el sentido de neutralizar los factores de riesgo y de potenciar los factores de protección. Por ello, si conocemos para una determinada sustancia, situación o grupo de personas, los factores de riesgo y protección, podremos hacer una intervención más afinada y con mayores visos de ser más efectiva.

4. LA NECESIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA

Aunque por lo afirmado hasta aquí parece claro que si tenemos los dos puntos anteriores cubiertos se sobreentiende la necesidad de una intervención preventiva, esto no siempre es así. Por ello, un tercer punto es el de la explicación de la necesidad de una intervención preventiva. Esto exige describir más adecuadamente los términos de dicha necesidad. Por ello, hay que plantear de modo operativo, y a poder ser cuantitativo, y analizar si se dispone de los medios adecuados para hacerle frente de un modo proporcionado o si sólo se podrá afrontar el problema de forma superficial sin poder contar con los recursos necesarios. Este es un aspecto muy importante en el campo preventivo, ya que en muchas ocasiones la eficacia de la prevención se ha visto desgraciadamente resentida por no poner en marcha una acción o programa preventivo con la intensidad que verdaderamente necesitaba.

Figura 3. ¿Por qué las personas consumen alcohol y participan en el botellón?



De nuevo, como ya hemos comentado, el disponer de datos epidemiológicos, bien sea a nivel nacional, autonómico o local, junto a otros datos más cercanos (ej., hospitalizaciones el fin de semana por comas etílicos; personas ingresadas en el hospital comarcal por problemas relacionados con el consumo de drogas de síntesis en el último mes, etc.), facilita la justificación.

Junto a ello hay que explicar por qué se quiere intervenir en una población concreta (ej., escolares), a qué grupos diana nos vamos a dirigir (ej., jóvenes que salen a divertirse a los locales «afters») y el modo en que vamos a llevar a cabo la intervención, con qué recursos técnicos, presupuesto, etc.

Es importante también indicar cómo se va a realizar la coordinación entre las distintas personas que van a participar en la intervención preventiva, tanto desde los técnicos que la van a llevar a cabo, voluntariado si existe, profesores de centros educativos si es el caso, medios de comunicación si es el caso, etc. También como se va a hacer la coordinación con otras instituciones, sean de drogodependencias, del sistema de salud, u otras. Y, quizás más importante, qué tipo de relaciones se van a establecer entre el equipo técnico y los que van a llevar a cabo el peso del programa día a día, y con los gestores administrativos o políticos que van a aportar el dinero para el mismo.

Hoy se considera de gran relevancia el proceso de planificación. Tiene que hacerse cuidadosamente. El informe que se elabore tiene que ser claro y conciso. Como dicho informe probablemente hay que entregarlo a un responsable institucional, en el mismo debe quedar clara la necesidad de la prevención para convencerles de que se trata de la mejor solución ante este problema. A este convencimiento contribuirá sin duda la certeza de que el proyecto que se va a aplicar tiene una buena base teórica, técnica y que ha demostrado su utilidad. En este sentido puede ayudar mucho la exposición de otros ejemplos de programas semejantes. En él también debe constar el apartado de la financiación. Sin financiación no hay programa. Si los responsables de dotar económicamente al programa piensan que la idea es buena es más probable que se decidan a financiar el proyecto, especialmente si además tienen detrás una clara presión social a que lo haga o a que solucione ese problema. Y, finalmente, no hay que olvidar incluir un apartado dedicado a la evaluación.

5. LA DELIMITACIÓN DEL GRUPO O GRUPOS OBJETIVO

Cuando vamos a aplicar un programa preventivo es imprescindible saber a quién nos vamos a dirigir o, dicho de otro modo, quién es nuestro

grupo o grupos objetivo. Cuando se escucha decir que se quiere aplicar una estrategia de prevención para toda la población muy probablemente se está tratando de expresar simplemente que se pretende dotar de información sobre drogas a la población. En el campo preventivo es necesario ser más concretos y precisos. Hoy sabemos que hay que delimitar claramente el grupo al que dirigimos la intervención preventiva, aparte de definir qué objetivos vamos a perseguir, indicar qué tipo de prevención vamos a aplicar, cómo la vamos a implantar y cómo realizaremos su evaluación.

Es útil distinguir entre el grupo objetivo final, que es el grupo de personas que se benefician en última instancia de la intervención, del grupo objetivo intermedio, el cual puede actuar de mediador en la transmisión del contenido de la intervención dirigida al grupo objetivo final (Kröeger et al., 1998). Los primeros suelen ser los agentes activos de la intervención (jóvenes habitualmente); los segundos pueden ser: profesores y padres de los alumnos escolarizados; profesionales del centro asistencial de drogodependencias y de los centros de salud; monitores del centro cultural y miembros de las asociaciones de vecinos y de la asociación de familiares, etc.

Junto a ello es importante delimitar a qué número de personas vamos a dirigir nuestra intervención. Esto tendremos que delimitarlo en número, contexto y grupos de edad. No es lo mismo intervenir en todos los jóvenes de una ciudad de 14 a 18 años que en los estudiantes de un colegio concreto que están comprendidos entre los 14 y los 18 años de edad. Estos datos son fáciles de conseguir, dado que disponemos de distintas fuentes para conseguirlos tales como censos, datos oficiales de estudiantes, listado de alumnos por centro, etc.

En función de todo ello sabremos a quién dirigiremos la intervención preventiva. La más utilizada, por fácil y estar casi todos en ella, es la escolar. En la escuela están la gran mayoría de las personas que tienen menos de 16 años y cualquier intervención preventiva que se quiera dirigir a estas edades tiene un buen lugar para encontrarlos en la misma. Pero no hay que olvidarse de los otros modos de prevención, como la familiar y comunitaria, así como que para otros grupos de edad los hay que buscar en otros sitios (ej., a la salida de las discotecas o lugares de diversión los fines de semana, tanto a los menores como a los mayores de edad) (Calafat et al., 2000).

Una vez que tenemos claro cual es nuestro grupo objetivo y sus características, tenemos que saber si podemos llegar a todos ellos o sólo a una parte. Esto va a depender de nuestros objetivos, de nuestros medios y de la colaboración que obtengamos de otras fuentes, instituciones y personas. Tampoco hay que olvidarse de que los materiales que se utilicen, las personas que accedan a ellos y el programa en su conjunto tienen que ser cercanos a ellos, aceptable, asumible y que lo valoren como útiles y de ayuda.

6. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

¿Qué son los objetivos y cómo se definen? Entramos con este apartado en una fase de la planificación especialmente sensible. Podemos afirmar que existe un amplio consenso sobre los objetivos que persigue la prevención con carácter general, sin embargo, muy a menudo estas grandes metas se convierten en los únicos objetivos de referencia que orientan programas y actuaciones de muy diversa índole. Se produce así una cierta uniformidad de los objetivos que conduce inevitablemente a una uniformidad de los programas que, a su vez, impide cualquier intento de evaluación de resultados o de impacto. En el lado contrario, con frecuencia los objetivos son parciales; esto es, se definen objetivos de una o varias partes del programa pero sin afectar a todas las actividades y destinatarios ni estar integrados coherentemente en la globalidad de la intervención.

Por ello se deben tener objetivos generales y específicos. Los de tipo general suelen plantear una serie de objetivos tales como la reducción de la prevalencia del consumo de drogas entre los jóvenes y el retraso de la edad de inicio, especialmente en aquellos que nunca han consumido drogas o las han probado ocasionalmente. En la práctica esto tiene una gran relevancia en los primeros años (ej. de 12 a 16 años) para el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Pero también perseguiremos otro objetivo, no menos importante, como es reducir la frecuencia del uso de drogas en aquellos que ya las usan y reducir la mezcla de drogas con alcohol entre aquellos que lo hacen actualmente. En este caso, ello es de la máxima relevancia en los que tienen 16 ó más años, aunque ya lo pueden hacer a edades más tempranas.

Las intervenciones preventivas que utilicemos se van a centrar, más que en dar mensajes sobre la abstinencia, en que tengan un conocimiento correcto y objetivo sobre las distintas sustancias y sobre las consecuencias que producen las distintas elecciones sobre el uso de drogas, junto a reducir la percepción distorsionada que tienen sobre el consumo de drogas (suelen pensar que casi todos sus amigos o casi toda la población consume drogas, cuando los datos observacionales y estudios epidemiológicos muestran un cuadro bien distinto) (ver Becoña et al., 1994), proporcionarles mensajes que incorporen la reducción de daños para el consumo de varias drogas y cómo afrontar situaciones de emergencia o peligro si es que consumen (ej., con las drogas de síntesis).

Lo que pretendemos con los objetivos que nos planteamos es que, con la intervención preventiva, el consumo de drogas descienda a corto, medio y largo plazo. Y no sólo el consumo, evaluado conductualmente como consumo y no consumo, junto a su intensidad, sino también la percepción que tienen, o deben correctamente tener, sobre el consumo de drogas, así como sobre sus conocimientos, actitudes e intenciones hacia el consumo de drogas. Pero también que mejoren en ciertas habilidades, que conozcan

alternativas distintas a las drogas, que sepan solventar más adecuadamente problemas personales, que puedan organizar más adecuadamente su vida; en suma, que se puedan potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo, como ya hemos analizado extensamente en un capítulo anterior.

Junto a las personas jóvenes que consumen, también consideraremos la escuela, la familia, los medios de comunicación y el mundo laboral (tanto los que trabajan como los que están en paro). Esto es, se plantearán objetivos no sólo dirigidos a la población objetivo final sino también a la población objetivo intermedia.

Respecto a la escuela, un objetivo básico es que los profesores y directivos adquieran más información sobre las drogas, que desempeñen un papel de modelado ante sus alumnos respecto a su propio consumo de drogas (alcohol y tabaco), modifiquen sus actitudes hacia las drogas y que el ambiente escolar sea un ambiente libre de drogas. Todo ello facilitará una mejor aplicación de los programas preventivos escolares. Para lograrlo habrá que formar a los profesores, motivarles, convencerles y seguirles a lo largo del tiempo en la aplicación del programa.

En cuanto a la familia, es bien sabido que la intervención en este ámbito es más difícil. Puede hacerse tanto a través del propio centro escolar como mediante escuela de padres, folletos y medios de comunicación de masas. Como ejemplo del tipo de intervención a realizar en la familia, en la tabla 49 presentamos las características más relevantes de una familia con un buen funcionamiento familiar. Nuestra intervención tiene que orientarse a conseguir esto, especialmente en aquellas familias que tienen factores de riesgo, problemas de manejo familiar u otros problemas que pueden incidir o están incidiendo en el consumo de drogas de sus hijos y puede que de ellos mismos.

Tabla 49
CARACTERÍSTICAS DE UNA FAMILIA CON UN BUEN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

- Establecer límites adecuados
- Tienen normas y pautas de funcionamiento claras
- Se rigen por valores
- Participan activamente en las tareas familiares y en actividades sociales
- Tienen confianza entre sí y en el exterior
- Se brindan ayuda y apoyo
- Se aceptan unos a otros
- Existe acuerdo entre los padres
- Se quieren

FUENTE: Ríos, Espina y Barata (1997).

Respecto a colectivos concretos, como los hosteleros y asociaciones de vecinos, se buscará el logro de un adecuado entendimiento para un buen funcionamiento cívico, preservar que los negocios vayan bien, cumpliendo para ello con la ley y con las normas municipales, y que haya un clima de entendimiento y respeto mutuo. La participación de la policía municipal podría ser de gran ayuda.

En relación con otros colectivos como el sanitario y los profesionales del centro de drogodependencias, deberán establecerse mecanismos de colaboración con ellos para que podamos derivarles a las personas con problemas que detectemos además de participar activamente en el programa. Cuando esto no fuera posible, sigue siendo necesario conseguir su colaboración para que nos faciliten el acceso a las personas de esas edades que acuden en su ayuda. También es importante crear un sistema fluido de derivación de las personas que tienen problemas a los servicios sanitarios o sociales para su atención.

Referente a los medios de comunicación (prensa, radio y televisión), cabe elaborar mensajes objetivos, fuera del sensacionalismo, centrados en casos concretos, siempre en positivo, no como rechazo frontal a las drogas (para no crear reactancia), sino como potenciación de hábitos saludables. Coordinarse bien con los técnicos, periodistas en este caso, es de gran relevancia. Que tengan actitudes y comportamientos hacia el no consumo de drogas en estos profesionales facilita también nuestra labor que, en caso contrario, pueden entorpecerla. Cuando contamos con un periódico local interesado por estos temas, con una radio o televisión local o municipal, se nos facilita esta tarea.

Lo que se pretende en última instancia con toda la intervención, cuando la podemos hacer llegar a todos, a toda la comunidad, es algo parecido a los proyectos de ciudades saludables, con un elemento adicional en este caso, una ciudad saludable sin drogas o con un bajo consumo de drogas. Esto significa un lugar adecuado, agradable, ecológico, en donde la persona vive y satisface sus necesidades personales, afectivas, materiales y de todo tipo. O, como ya hemos indicado previamente, que la persona finalmente tenga un gran número de factores de protección y un escaso número de factores de riesgo tanto para el consumo de drogas como para otros tipos de conductas problema.

Ahora bien, una vez enumerados con carácter general todo un conjunto de objetivos susceptibles de ser formulados en nuestro caso concreto, entramos en una fase más operativa. Una estrategia de prevención por objetivos debe estar orientada a la consecución de unos resultados. Para ello se precisa una descripción de objetivos que tenga en cuenta los siguientes requisitos:

1. Los objetivos consisten en declaraciones específicas y medibles relativas al *resultado final* que quiere alcanzarse en el programa preventivo. Deben contemplar también el *periodo de tiempo* en el que deben alcanzarse esos resultados así como las *condiciones* que exigen la realización de los objetivos que afectan a los medios utilizados para lograrlos.
2. Los objetivos deben referirse a todas y cada una de las fases, estrategias, medidas y destinatarios del programa por lo que deben presentarse siguiendo un *gradación y una secuencia* que van desde lo más general a lo más específico.

Por lo tanto, conviene precisar algunos conceptos para facilitar la siempre compleja labor de definir objetivos. En primer lugar, hay que diferenciar entre meta, objetivo general y objetivo específico. La meta es un enunciado más amplio que el objetivo que otorga la dirección al plan del programa sin especificar aspectos concretos. El objetivo general es un enunciado que describe los resultados esperados antes que el procedimiento o los medios para alcanzar estos resultados. Y, el objetivo específico es aquel que matiza y concreta el objetivo general. Por ello, podríamos afirmar que la formulación de objetivos es un «proceso de jerarquización descendente» que constituye esencialmente un proceso de gestión dirigido a iniciar la acción y, evidentemente, a evaluar el efecto. Para lograr desarrollar esta tarea eficazmente es importante detenernos en el análisis de ese proceso así como sus características y exigencias, como son el proceso, las características y las exigencias.

Respecto al proceso, los objetivos deben presentarse «en forma de árbol»: los más generales se desdoblarán en ramas más pequeñas que indicarán gradualmente su importancia y niveles de concreción. Así, la descomposición gradual de un objetivo en sub-objetivos deberá ir acompañada de un aumento progresivo de la precisión. Las especificaciones se harán en: los comportamientos (utilizando verbos de acción cada vez más precisos); los contenidos (una descripción cada vez mayor de los objetos); y, las circunstancias (una mejor descripción de las situaciones). Todos los objetivos, desde el más general al más específico, se expresarán con formas verbales (si fuera posible, con verbos de acción o relacionados cada vez más con el comportamiento o comportamientos esperados). Por lo tanto, el árbol de objetivos aparece como el resultado de un análisis ordenado y homogéneo de las actitudes, conocimientos y capacidades que se pretenden conseguir.

Respecto a las características, la primera y fundamental característica de los objetivos es que sean realizables, por lo tanto, alcanzables y realistas. A menudo se piensa que una virtud de un objetivo es su carácter maximalista, que aborde cuantos más aspectos mejor. Por el contrario, el

planteamiento de objetivos de difícil logro contribuye a frustrar las posibilidades de la prevención y a desanimar a los que aplican el programa. Lógicamente esto significa asumir una toma de decisiones que será preciso explicar a todas las instancias interesadas. No obstante, eso no conlleva renunciar a otros objetivos más ambiciosos que se pueden considerar deseables e incluso abordables en el medio y largo plazo. Otras características que deben reunir son: ser medibles, poseer plazos bien delimitados, incluir la movilización de recursos que conllevan y ser acordes con la estrategia general que se persigue.

Respecto a las exigencias, para evitar algunos de los errores más frecuentes en la formulación de objetivos, se considera que deben tenerse en cuenta las siguientes exigencias básicas: a) no confundir los objetivos generales con las metas, tal y como se expresaba anteriormente; b) no confundir los objetivos específicos con las actividades, aunque es bien cierto que en el proceso de operativización de los objetivos se llega a un punto en el que se alcanza una sutil línea divisoria entre ambos; c) no confundir los objetivos específicos con los recursos; d) mantener la máxima coherencia entre los objetivos generales y los específicos que se les derivan.

Finalmente, conviene distinguir claramente también entre los «objetivos de resultados», es decir, los objetivos relacionados con los objetivos esperados, y los «objetivos de proceso» que tienen que ver con los medios, procedimientos o métodos utilizados para lograr los resultados.

7. MÉTODOS Y TÉCNICAS ESPECÍFICAS DE INTERVENCIÓN

Para conseguir los objetivos que nos hemos propuesto tenemos que poner en práctica un programa preventivo. Este, a nivel operativo, se compone de una serie de métodos y técnicas de intervención para lograrlos. Son muchos los métodos y técnicas que podemos utilizar en un programa de la naturaleza del que planteamos. A continuación describiremos los más importantes.

Para el contexto escolar los métodos y técnicas a utilizar deben seleccionarse en función del nivel de eficacia y eficiencia que tengan. En este momento, los programas psicosociales de entrenamiento en habilidades son los más adecuados (Paglia y Room, 1999). Esto significa que, dentro del programa escolar específico que les apliquemos a los adolescentes y jóvenes, utilizaremos técnicas como entrenamiento en habilidades sociales, proporcionar información objetiva sobre las drogas según la edad de las personas a las que va dirigida la intervención, conocimiento de la percepción distorsionada sobre el consumo, conocimiento e inmunización ante la influencia de la publicidad para el consumo de drogas y otras con-

ductas no saludables, juego de roles para escenificar el ofrecimiento y rechazo de distintas sustancias, selección de líderes de grupos para que el trabajo en grupo sea más adecuado y se acerque lo más posible a la situación natural, etc. Además, hoy contamos con listados accesibles sobre qué programas son los más adecuados y cómo conseguirlos (ej., Antón et al., 2001; Martínez y Salvador, 2000).

Para implementar efectivamente todo lo anterior es necesario formar a los profesores, que son los que van a aplicar el programa, en conocimientos básicos sobre las anteriores técnicas y familiarizarlos con el programa que van a llevar a cabo. También es importante que asuman los principios que subyacen a dichas técnicas y métodos de intervención y que estén de acuerdo con los mismos por su eficacia y facilidad de utilización. Un buen consenso sobre lo que se va a hacer facilita el trabajo posterior de los profesores con los alumnos.

Igualmente estas técnicas van a utilizarse, si ello es posible, en la escuela de padres, que se puede formar en la propia escuela, en el barrio o en un centro cultural, entre otros posibles ejemplos, donde se añadirán además nociones básicas de salud, abordaje de los problemas más relevantes de sus hijos, problemática más habitual en la adolescencia y cómo afrontarla, problemática del consumo de drogas con un hijo y cómo manejarla adecuadamente, solucionar posibles problemas y, si fuese el caso, derivarlos al dispositivo específico asistencial de la ciudad (ej., si el padre o la madre tienen problemas de alcoholismo). Los métodos y técnicas a aplicar en el ámbito escolar son los más conocidos y en España disponemos de varios programas preventivos eficaces y susceptibles de ser utilizados, como ya hemos visto. Prácticamente todos ellos incluyen las anteriores técnicas de forma pormenorizada; sin embargo, si se quiere conocer más sobre sus características y potencialidades se pueden ampliar en manuales técnicos sobre la materia.

Respecto al ámbito comunitario, medios de comunicación de masas y colectivos específicos, hay que utilizar otros métodos y técnicas basados en proporcionar información objetiva, concienciarlos de qué es una droga, qué es un individuo con problemas de drogas y a qué nos referimos cuando hablamos de las drogodependencias y del complejo fenómeno que las envuelve. Aparte de proporcionar información objetiva, fiable, sin sensacionalismos, adecuada lo más posible al receptor, también hay que analizar cómo la reciben, la procesan y finalmente la asumen. Esto exige reuniones con grupos concretos, bien sean de trabajo, seminarios, cursos, talleres, etc. En ellos se les puede además entrenar en técnicas específicas como las anteriormente citadas, si fuese necesario, o mostrar la dinámica del consumo de drogas no sólo en los jóvenes sino en el resto de la sociedad, como se puede ejemplificar también en ellos mismos (ej., el consumo abusivo de alco-

hol en ciertas celebraciones con el riesgo de accidentes de tráfico, problemas físicos por fumar cigarrillos, su tolerancia ante el consumo de drogas ilegales, etc.). La utilización de folletos o material escrito es de una gran ayuda para proporcionar información objetiva sobre la cuestión. Igualmente servirían videos, conferencias de expertos en drogodependencias (ej., del centro de drogodependencias, del centro de salud o del hospital), etc.

Pero, en cualquier caso, no debe olvidarse nunca que la información es necesaria pero no es suficiente. Por ello hay que contextualizar todo lo que aprenden, sean profesionales de los medios de comunicación, ciudadanos normales, padres, miembros de una asociación, etc., de tal modo que ese conocimiento no quede en sólo conocimiento. De poco sirve asumir que beber varias copas de más es peligroso si una persona que piensa así sigue haciéndolo. Por lo tanto, lo que se aprenda se debe aplicar en el contexto más inmediato donde vive esa persona. Se pretende finalmente lograr un efecto sinérgico que posibilite lo anterior. En esta línea, el entrenamiento en negociación puede ser una herramienta muy útil para dialogar entre los responsables de los locales de copas, las asociaciones de vecinos y miembros del ayuntamiento, así como entre éstos y los jóvenes que en ocasiones no están de acuerdo con las restricciones (ej., no poder sacar las bebidas fuera del local).

Entre los anteriores, consideramos de una gran relevancia los medios de comunicación de masas, aunque se han utilizado poco por falta de recursos, por la resistencia de los mismos a colaborar activa, amplia y sostenidamente o por carencia de interés por nuestra parte. Si aceptamos, como decimos a menudo, que estamos en la era de la información, los debemos tener muy en cuenta. En la tabla 50 exponemos los principios que deben seguirse con ellos. Junto a los principios, no menos importante es cómo se transmite el mensaje. Este debe adecuarse a los perfiles sociales de una determinada población. Por ello hay que planificar aspectos tan variados como la hora a la que se emiten los mensajes, el grado de difusión, su audiencia, etc. En muchos casos, los mensajes se elaboran para sensibilizar al máximo número de personas de una población. Es siempre mejor utilizar la potenciación o reforzamiento de conductas incompatibles con las drogas. Si se apela al miedo, debe hacerse con mucho cuidado y utilizando los principios técnicos del cambio de conducta con el mismo. Por ejemplo, si se utiliza la apelación al miedo hay que combinarlo necesariamente con mensajes que describan la sensación de vulnerabilidad y ofrezcan una solución fácil y efectiva para el individuo. La utilización de voluntarios es un elemento de gran relevancia en un programa como éste. Contactar con las ONGs puede ayudar a ello. También el que puedan colaborar voluntariamente con el programa chicos (ej., para repartir folletos por las noches).

Tabla 50
PRINCIPIOS A SEGUIR EN UNA ESTRATEGIA GENERAL
DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN
DE MASAS

1. La campaña debe ser dirigida a los jóvenes, a sus familiares y a otros adultos implicados para que así los esfuerzos preventivos tengan un mayor impacto
2. Los mensajes de la campaña deben reforzar los mensajes desarrollados en otros sectores como la escuela, las organizaciones comunitarias y el hogar. Deben estar directamente relacionados con las actuaciones preventivas en la comunidad.
3. Para conseguir el máximo efecto la campaña deberá usar una gran diversidad de mecanismos propios de los medios de comunicación social, así como formatos distintos dentro de un marco integrado y consistente con la estrategia general de comunicación.
4. Para asegurar la efectividad todos los mensajes deberán ser evaluados previamente con diversos miembros de la población diana, antes de su difusión. Además, si hubiera motivos para pensar que los mensajes dirigidos a una población pudieran tener efectos negativos sobre otros grupos de población deberán ser comprobados también previamente en estos otros grupos.
5. La campaña debe mantenerse durante un período de tiempo suficiente para conseguir cambios que puedan medirse en las creencias y conductas de la población diana.
6. El mensaje central de la campaña deberá repetirse con frecuencia en una variedad de formas distintas. La repetición es importante para asegurar la suficiente exposición y disponibilidad. La variedad es importante para conseguir llegar a la mayoría de los miembros de la población diana y así evitar que sean percibidos como algo extraño o minoritario.
7. Los mensajes para las dos poblaciones diana, jóvenes y familiares/otros adultos, deberán estar dirigidos en gran medida a las situaciones de transición comunes que sabemos influyen directamente en la vulnerabilidad del inicio del consumo de drogas para los adolescentes.
8. Los objetivos de comunicación de la campaña estarán dirigidos a aquellas variables (conocimiento, creencias y conductas) que sabemos tienen un impacto significativo en el consumo de drogas por los adolescentes.
9. La campaña deberá contar con una fuerte integración de todos sus elementos para construir una «imagen de marca» en la mente de los miembros de la población diana. La integración debe incluir el nombre y el logotipo de la campaña así como otros elementos identificativos. Esta integración o «marca» puede hacer creíble e importante los mensajes de posicionamiento de la campaña, siendo a su vez la «marca» un vehículo del mensaje antidroga.

Adaptado de Whitehouse (1998).

En un programa como éste es claro que el trabajo que tiene que desarrollar el equipo va a ser amplio. De ahí la importancia que tiene el que exista una buena coordinación dentro del equipo preventivo y de éste con las distintas áreas participantes en el programa preventivo comunitario. Por ello los técnicos tienen un gran papel a la hora de pilotar el proceso, aunque luego lo dejen ir conforme se van consiguiendo las pequeñas metas que se han planificado previamente. La coordinación es fundamental para poder ir avanzando sistemáticamente y al mismo ritmo, evitando también que surjan problemas innecesarios por descoordinación, tales como resistencias, desconocimiento u otros motivos, por parte de los elementos implicados en dicho programa.

Como antes comentamos, a nivel escolar es donde probablemente mejor se pueda abordar la intervención, una vez que se ha entrado en contacto con los centros escolares y las relaciones son fluidas. Pero las relaciones con los medios de comunicación, asociaciones, empresarios de la industria del ocio y otros grupos sociales, son de gran relevancia para que las ideas fluyan rápidamente y se vayan convenciendo todos a un tiempo, con las naturales dificultades que irán surgiendo, de que hay que ir en una línea que al final va a beneficiar a todos y especialmente a los más jóvenes.

Relacionado con todo lo anterior es muy importante hacer un cronograma de la intervención. Cualquier tipo de intervención preventiva debe planificarse a varios años. Con una planificación anual poco podemos hacer, no sólo por la probable imposibilidad material de tiempo para conseguir los objetivos, sino también por los problemas no previstos que aparecerán con toda seguridad a lo largo del camino. Hay que contactar con muchas personas, grupos, intereses, puntos de vista, forma de ver las cosas, y esto puede ralentizar en ocasiones el avance. Esto es habitual entre grupos humanos y más en un tema como el presente. Con una planificación a varios años, y con una adecuada financiación, se podrá no solamente poner en marcha el programa sino también seguirlo cuidadosamente según lo planificado en el cronograma, haciendo las correcciones que fuesen necesarias, y posibilitando la evaluación de las medidas que se ponen en marcha a corto, medio y largo plazo.

8. RECURSOS DISPONIBLES

Uno de los elementos que lleva con frecuencia al fracaso de muchos programas preventivos, sean comunitarios, escolares, familiares o de otro tipo, es no disponer de los suficientes recursos para ponerlos en práctica. No hablamos de recursos ilimitados, sino de los recursos indispensables para la puesta en práctica de un programa. Por desgracia esto ha

ocurrido, y aún sigue ocurriendo, en muchos programas preventivos que se están realizando a lo largo de toda la geografía nacional, lo que lleva a un desprestigio de la prevención y de la labor de muchos de los profesionales que trabajan en ella. Aunque también es cierto que esto puede ocurrir porque no se alcanzan los recursos necesarios o porque se plantean programas que no están dimensionados coherentemente con los recursos disponibles.

En la ejecución de un programa de las características del que nos ocupa se consideran básicamente los siguientes tipos de recursos necesarios: humanos, económicos, materiales y técnicos.

La aplicación de cualquier programa exige un mínimo equipo que se encargará del impulso, coordinación y gestión del programa al cual se dedicará a tiempo completo. Este «equipo de gestión» suele estar formado por distintos profesionales (ej., psicólogo, trabajador social, educador social, etc.). Tener un técnico en gestión y de desarrollo de programas es muy útil. Los técnicos serán los responsables de la planificación, gestión y evaluación del programa en el ámbito de sus competencias profesionales.

También contaremos con otros recursos humanos de una relevancia fundamental para el buen resultado del programa, como son los profesores de los colegios, los técnicos de los servicios sanitarios y sociales, las asociaciones ciudadanas, los grupos de animación sociocultural, voluntarios y jóvenes que deseen participar en diversas partes del programa o en alguna de sus actividades, y cualquier otro grupo que nos ofrezca su participación, dependiendo del tipo de programa preventivo que estemos poniendo en marcha. Con todos ellos dispondremos de un apoyo importante con escasos costes económicos. En cambio, son una parte fundamental del potencial humano para conseguir los objetivos que nos hemos planteado ya que poseen una capacidad de mediación insustituible en las organizaciones de la comunidad, o en las suyas propias, y son los únicos capaces de garantizar la continuidad del programa.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que unos buenos recursos ayudan y ayudan mucho, pero sin ideas claras y bien organizadas pueden desaprovecharse totalmente. E incluso, con buenas ideas y recursos si el equipo que coordina el programa no está bien cohesionado y no tiene las ideas bien claras no es fácil conseguir los resultados previstos. Y, si tenemos todo lo anterior, pero no hay colaboración de los distintos colectivos con los que contamos, difícil va a ser que funcione y se implante el programa preventivo. Por ello, aquí se requiere una buena dosis de capacidad de negociación, de «mano izquierda» o «buen hacer» para ir poco a poco involucrando participantes y consiguiendo pequeñas metas para, con ellas, lograr el resultado final y no crear problemas, reactividad o resistencias a lo largo de ese proceso.

Otro tipo de recursos son los económicos. Son imprescindibles para la puesta en marcha del programa, el buen funcionamiento y el mantenimiento del mismo. Estos recursos económicos tienen que cubrir tanto el pago al personal del programa, como los materiales que van a utilizar (ej., material fungible, material impreso, aparatos si es el caso, pago a otros profesionales para tareas específicas, etc.). El presupuesto tiene que ser realista y adecuado a las condiciones sociales del medio en el que se va a aplicar el programa. Aunque nunca hay presupuesto suficiente, si partimos de un nivel ideal, tenemos que tener el presupuesto «necesario», esto es, el presupuesto que permita conseguir los objetivos que nos hemos planteado. Si no hay concordancia entre los objetivos planteados y el presupuesto para dichos objetivos difícil va ser conseguir las metas. Por ello, una buena adecuación entre presupuesto, objetivos y metas es de vital importancia en este tipo de programas. El pago de personal sigue los cánones estándares de pago a profesionales, aunque la cuantía va a depender del número de profesionales que tenga el programa, profesionales que pueden ser del programa (a tiempo completo) exclusivamente o una combinación de profesionales específicos del programa y otros de apoyo o la contratación de servicios externos. Hacer un buen presupuesto y conseguirlo es la clave del éxito en muchos casos. Junto al pago de personal hay que incluir en el presupuesto los gastos de material que va a exigir la aplicación del programa.

Los recursos materiales son aquellos para hacer que el programa funcione y se ejecute, como local, material que precisamos, teléfono, mesas, sillas, estanterías, fotocopidora, material impreso, libros, etc. La ventaja de los equipos consolidados es que ya tienen este material y no tienen que hacerse con él. De ahí la importancia de la consolidación de equipos preventivos. Además, al disponer de un material accesible y técnico se avanza mucho más porque tenemos el básico e imprescindible y con ello ahorramos tiempo si tenemos que acudir a él (ej., revisar un libro, ver un material preventivo, hacer unas fotocopias). Disponer de un local propio para la actividad, sea despacho o despachos, con una cantidad mínima de metros cuadrados, facilita el trabajo, las propias condiciones de trabajo entre los técnicos y con los demás miembros de la institución donde está instalado el mismo. Puede ser uno de los mejores indicadores externos que podemos tener de que hay adecuados recursos materiales cuando el local está bien acondicionado y con un buen material dentro del mismo.

Los recursos técnicos son aquellos otros recursos a los que podemos acudir y que no tienen necesariamente que formar parte del staff del programa preventivo. Por ejemplo a nivel municipal podemos acudir a los técnicos municipales en sus distintas áreas (ej., administración, gestión, informática), a los profesionales del centro de drogodependencias municipal, a los técnicos y periodistas de la emisora de radio municipal, etc. Pero igual-

mente podemos acudir a otras personas que nos pueden ser de ayuda como asociaciones (ej., de padres, de hostelería, de consumidores, juveniles, etc.), que nos pueden asesorar, informar y dar soporte técnico en ocasiones. Todo ello nos evita mucho trabajo, nos enriquece el trabajo y nos facilita avanzar más rápidamente. Cuando el programa también tiene la posibilidad de contratar servicios externos se convierten también en recursos técnicos del programa (ej., evaluación por parte de una Universidad de la evaluación de resultados del programa preventivo escolar).

9. EVALUACIÓN

La evaluación de una intervención, un proyecto o un programa, como afirman Kröger et al. (1998) supone la recogida, análisis e interpretación sistemáticos de la información relativa a su funcionamiento y a sus posibles efectos. Además, los datos recogidos suelen utilizarse para decidir cómo mejorar la intervención y si debe ampliarse o abandonarse. Lo que pretendemos con la evaluación es contestar a la pregunta esencial de si con nuestra intervención conseguimos el resultado que nos proponíamos, resultó tal como estaba previsto y se pudo incidir en el grupo objetivo tal como habíamos planeado. En suma, la evaluación nos dirá si lo que hemos hecho es eficaz o no eficaz; o, dicho de otro modo, si lo que hemos hecho funciona o no funciona.

Cuando diseñamos el programa es necesario delimitar si vamos a hacer la evaluación, lo cual consideramos imprescindible, y si se ha decidido hacerla qué tipo o tipos de evaluaciones vamos a hacer. Si se va a hacerla hay que decidir quién la va a hacer, si el propio equipo o un equipo externo. También hay que incluir en el presupuesto el coste de la evaluación.

Son varias las razones por las que nos interesa llevar a cabo la evaluación de un proyecto preventivo. Estas son las de determinar la efectividad de los programas en los participantes; comprobar que los objetivos del programa se han cumplido; proporcionar información sobre la prestación del servicio que será útil tanto para el staff del programa como para otras personas, y permitir al staff del programa hacer cambios que mejoren la efectividad del programa en función de los resultados que se ha obtenido con el mismo.

También tenemos que tener claro para quién queremos la evaluación. En función de para qué o para quién la queramos así será el propósito de la misma y el tipo de evaluación que realicemos. El tipo de información que interesa recoger variará según vaya dirigida a, o sea solicitada por, los administradores, por una evaluación continua del personal externo al staff, si es evaluación de la eficiencia, si es demandada por los responsables del

proyecto o si es para el desarrollo y diseminación de programas. En el siguiente capítulo analizamos más ampliamente este aspecto. Lo que sí nos tiene que contestar la evaluación es a estas tres preguntas: ¿cómo afectó la intervención a las conductas, actitudes, etc., del grupo objetivo?, ¿se obtuvieron los resultados previstos? (indicar los más importantes y representativos); y ¿qué explicación puede darse de los resultados negativos?

10. DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Hoy en día la mayoría de los programas preventivos tienen que hacer una memoria de sus actividades. Lo normal es que, junto a dicha descripción, se presente también un análisis del proceso y del resultado. Con ello podemos contribuir en un paso inicial a lo que se llama el proceso de difusión de resultados. Con dicha difusión conseguimos que se conozca el programa, que se sepa que funciona, que los que lo financian vean su utilidad y que todo el conjunto de la sociedad tenga claro que ha participado o participa en algo que tiene consecuencias positivas para el conjunto de los ciudadanos.

Un proceso de difusión de resultados debe tener claro a quién va dirigido. Puede ir dirigido a los medios de comunicación de masas, al público en general mediante un folleto, al organismo financiador, etc. Dependiendo de cada uno de ellos el lenguaje tiene que ser de un tipo u otro. Y lenguaje e información van unidos. En un caso el lenguaje tiene que ser muy simple y en otro muy técnico (ej., el informe para presentar a un congreso científico sobre prevención).

Cada vez se impone más elaborar informes con la suficiente información sobre los programas aplicados. Suficiente no significa una gran cantidad de información, de modo engorroso y poco comprensible. No, precisamente se pretende lo contrario. Como se suele decir, «lo bueno, si breve, dos veces bueno». Un informe de pocas páginas, legible, con alguna tabla y gráfica, puede ser más representativo e impactante que un volumen de 300 páginas que muy pocas personas van a leerse. En el siguiente capítulo se indica un modelo de cómo elaborar un informe.

La difusión de resultados está relacionada con la evaluación del impacto. Si vamos haciendo la difusión de los resultados anualmente, entonces debemos incluir en él la evaluación del impacto y, especialmente, junto a los resultados a largo plazo, cómo es aceptado el programa, qué cambios ha producido el mismo en distintos colectivos (ej., en los propietarios de los locales de copas, en los vecinos, entre el profesorado de las escuelas e institutos, entre el personal sanitario, etc.) y especialmente en las personas a las que va dirigido el programa (población diana).

11. ANÁLISIS DE TODO EL PROCESO, DETECCIÓN DE PUNTOS FUERTES Y PUNTOS DÉBILES DEL PROGRAMA Y NUEVAS PROPUESTAS DE ACTUACIÓN.

Todo lo dicho hasta aquí, y toda la información que tenemos hasta este momento, nos tiene que permitir mejorar el trabajo ya realizado para el trabajo que va a continuar en el inmediato futuro. Esto es, el análisis de todo el proceso, la detección de los puntos fuertes (lo que funciona), los puntos débiles (lo que no funciona) y las nuevas propuestas de actuación que podemos hacer a partir de todo lo anterior.

12. CONCLUSIÓN

Un programa preventivo, como cualquier otra actividad, tiene que enmarcarse en unos pasos que tenemos que seguir para que el mismo se aplique del mejor modo posible. En los últimos años se han hecho varias propuestas de una gran relevancia para facilitar al profesional seguirlos adecuadamente, entre los que destacan en Europa los elaborados por Kröger et al. (1998) para el Observatorio de Drogas de Lisboa y que ha sido ampliamente consensuado. Siguiendo los mismos, u otros en la misma línea, podemos organizar la información y nuestro trabajo adecuadamente.

La ventaja de tener clarificados los pasos que tenemos que seguir cuando diseñamos e implantamos un programa preventivo está en que con ello no sólo hacemos mejor nuestro trabajo sino que también podemos transmitir a otros más fácilmente el mismo. En este campo, como en cualquier otro, es de una gran relevancia mostrar el trabajo realizado, los resultados obtenidos, y la eficiencia que obtenemos con los programas preventivos. Ello facilita esta tarea de un modo importante. Su aceptación, asunción y seguimiento es una clara muestra de que es un instrumento útil.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTÓN, A., MARTÍNEZ, I. y SALVADOR, T. (2001). *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias 2*. Madrid: Agencia Antidroga.
- BECOÑA, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- BECOÑA, E., PALOMARES, A. y GARCÍA, M. P. (1994). *Tabaco o salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- CALAFAT, A., JUAN, M., BECOÑA, E., FERNÁNDEZ, C., GIL, E., PALMER, A., SUREDA, P. y TORRES, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

- CARMONA, M. G., STEWART, K., GOTTFREDSON, D. C. y GOTTFREDSON, G. A. (1998). *A guide for evaluating prevention effectiveness. Technical Report*. U. S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Center for Substance Abuse Prevention, CSAP (2001). *Prevention work! A practitioner's guide to achieving outcomes*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- KRÖGER, C., WINTER, H. y SHAW, R. (1998). *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias. Manual para responsables de planificación y evaluación de programas*. Lisboa: Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.
- MARTÍN, E. y BECOÑA, E. (en prensa). *Manual de intervención social en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- MARTÍNEZ, I. y SALVADOR, T. (2001). *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga.
- PAGLIA, A. y ROOM, R. (1999). «Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations». *Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Criterios básicos de intervención en los programas de prevención en drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2001). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 4*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 5*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- RÍOS, J., ESPINA, A. y BARATA, M. D. (1997). *La prevención de las drogodependencias en la familia*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- SLOBODA, Z. y DAVID, S. L. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- WHITEHOUSE (1998). *The national youth anti-drug media campaign*. Washington, DC: U. S. Printing Office, Superintendent of Documents.

CAPÍTULO 10. LA EVALUACIÓN DE LA PREVENCIÓN

1. ¿ES POSIBLE EVALUAR LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS?

Es indudable que la prevención es un campo que no se ha desarrollado tanto como otros, como puede ser el del tratamiento. Pero la realidad actual nos indica que ha avanzado de un modo meteórico en las últimas décadas, no sólo en un aposentamiento en un marco teórico claro, sino también en los programas preventivos desarrollados y, lo más importante, evaluados. Por ello, hoy podemos afirmar claramente que no sólo podemos hacer prevención, sino que también podemos evaluarla de igual modo que evaluamos otros campos del saber (Carmona et al., 1998; Cazares y Beatty, 1994; CSAP, 2001; Kröger et al., 1998).

Se han propuesto distintas definiciones de evaluación. Aguilar y Ander-Eggs (1993) la definen así: «la evaluación es una forma de investigación social aplicada, sistemática, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información suficiente y relevante, en que apoyar un juicio acerca del mérito y el valor de los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución), o de un conjunto de actividades específicas que se realizan, han realizado o realizarán, con el propósito de producir efectos y resultados concretos; comprobando la extensión y el grado en que dichos logros se han dado, de forma tal, que sirva de base o guía para una toma de decisiones racional e inteligente entre cursos de acción, o para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o al fracaso de sus resultados» (p. 18). Para Kröger et al. (1998) «la evaluación de una intervención, un proyecto o un programa supone la recogida, análisis e interpretación sistemáticos de la información relativa a su funcionamiento y a sus posibles efectos. Los datos

recogidos suelen utilizarse para decidir cómo mejorar la intervención y si debe ampliarse o abandonarse. En esencia, una evaluación debe responder a las siguientes preguntas básicas: ¿cuál es la naturaleza y el alcance del problema?; ¿qué intervenciones pueden incidir sobre el problema?; ¿a qué grupo objetivo debe dirigirse la intervención?; ¿afecta realmente la intervención al grupo objetivo?; ¿se aplica la intervención según lo previsto?; ¿es eficaz la intervención?» (p. 1).

Son varias las razones que justifican el llevar a cabo la evaluación de un proyecto preventivo que, para Muraskin (1993), serían cuatro: para determinar la efectividad de los programas en los participantes; para comprobar que los objetivos del programa se han cumplido; para proporcionar información sobre la prestación del servicio que será útil tanto para el staff del programa como para otras personas; y, para permitir al staff del programa hacer cambios que mejoren la efectividad del programa. Claramente si no sabemos lo que hacemos difícil va a ser mejorarlo, a menos que lo que estemos haciendo sea ya perfecto. Como sabemos que esto no es así, la necesidad de la evaluación es clara.

Dentro de lo que podemos evaluar hay múltiples posibilidades, que van a depender de los objetivos de la evaluación o de las demandas que tengamos acerca de qué debemos evaluar y hasta dónde debemos evaluar. Como un ejemplo, las distintas actividades que suelen incluirse en los programas preventivos y que pueden evaluarse son (Muraskin, 1993): a) concretar los servicios que se requieren. b) Establecer los objetivos del programa y decidir la evidencia particular (tal como el conocimiento, actitudes o conducta específica) que demuestre que se cumplirán esos objetivos. Una evaluación de programas exitosa la constituyen un conjunto de objetivos del programa claros, medibles y realistas. c) Desarrollar o seleccionar de entre los distintos programas alternativos existentes el que se utilizará. d) Poner en marcha un sistema de seguimiento para comprobar que se cumplen los objetivos del programa. Y, e) poner a prueba y evaluar nuevos diseños de programas. Lo anterior suele hacerse de distintos modos a lo largo del proceso de planificación, implantación y evaluación al final del programa y en el seguimiento. Es lo que se diferencia como evaluación del proceso (materiales y actividades del programa); evaluación del resultado (logros y efectos del programa); y, evaluación del impacto (resultados inmediatos y a largo plazo sobre política, educación o servicios, así como los efectos no deseados del programa).

Una cuestión de gran relevancia, que en ocasiones es la causa por la que tenemos que hacer la evaluación de nuestro trabajo, es para quién queremos la evaluación. Esto es de una gran relevancia porque antes de evaluar un programa es fundamental considerar qué precisamos evaluar,

cuál es el propósito de la evaluación y decidir, en función de ello, qué información vamos a recoger. El tipo de información que interesa recoger variará según vaya dirigida a, o sea solicitada, por alguna de las siguientes personas, instituciones o nosotros mismos:

- *Evaluación para la Administración.* Cuando la evaluación se realiza para la administración, especialmente para el organismo financiador o de quien depende funcionalmente la actividad o el programa preventivo, lo que más le interesa es la cantidad de actividades realizadas y la extensión de las mismas o las personas que han participado en ellas. Le interesa menos, o en muchos casos no le interesa, si con dichas actividades se ha conseguido el objetivo preventivo. Aquí la cantidad prima sobre la calidad.
- *Evaluación continua para el equipo del programa.* En este caso la evaluación sirve para comprobar si se van cumpliendo los objetivos, así como que haya una conexión entre metas, objetivos y servicios. Esto es, si tal como se ha planificado la actividad preventiva o el programa preventivo, a los resultados que se obtienen con el mismo, hay una adecuación o concordancia entre lo primero y lo segundo.
- *Evaluación de la eficiencia del programa.* Este tipo de evaluación se hace con el objetivo de proporcionar un mejor servicio o mejorar la coordinación entre varios componentes del programa, reduciendo el coste del servicio. En los últimos años este tipo de evaluación ha cobrado una gran relevancia en el campo de la salud y más y más va llegando al campo preventivo, tanto en drogodependencias como en otro tipo de actividades preventivas. Es de una gran relevancia cuando queremos generalizar el programa a grupos amplios de personas, ya que en este caso precisamos saber la relación coste-eficiencia para ver si es posible o no implantarlo a gran escala o a una escala importante, por los costes a corto plazo que va a tener y los resultados previsibles a corto, medio y largo plazo.
- *Evaluación para los responsables del programa.* Este tipo de evaluación es la que se hace desde fuera del programa por parte de grupos de padres, los organismos o asociaciones que lo financian, políticos, expertos, etc.
- *Evaluación para el desarrollo y diseminación de nuevos programas.* En estos casos es imprescindible la evaluación a largo plazo de los nuevos programas antes de pasar a la diseminación del mismo.

Lo cierto es que la evaluación de programas en drogodependencias ha ido más lento que en otras áreas del saber, en cierto modo motivado por ser un área nueva y, en ocasiones, con pies de barro. Esto hoy ya no ocurre, al menos de modo genérico. Algunas de las razones por las que los técnicos y profesionales no hacen la evaluación en drogodependencias se explica por distintos motivos. Uno es que los profesionales en ocasiones no quieren hacerla porque no saben hacerla o la ven poco útil. Esto era especialmente cierto cuando se aplicaban programas a veces inespecíficos (Becoña, 1995), lo que impedía un tipo de evaluación científica. En otros casos no se hace la evaluación porque no suele ser un elemento prioritario en la implantación de programas y el profesional tienen poco tiempo para hacer la misma. O, porque la evaluación suele posponerse y en muchos casos no hacerse. También, aunque en ocasiones se quiera hacer la evaluación suelen estar frecuentemente presentes dificultades reales para realizarla, por falta de preparación, carencia de medios técnicos o recursos económicos para ella. Por ello, hoy se considera que los profesionales que aplican el programa deben participar en el diseño de la evaluación y en la interpretación de los resultados del mismo. También suele aducirse que la evaluación puede interferir con las actividades del programa (por ej., la aplicación de cuestionarios). Esta es una excusa en unos casos, cuando es necesario hacer una evaluación para conocer si lo que aplicamos es útil o no, aunque no es necesario hacerla cuando ya tenemos confirmado que el programa preventivo que estamos utilizando funciona en condiciones semejantes a la actual. Pero quizás la razón que ha llevado a muchos profesionales a no preocuparse en su justa medida en hacer la evaluación de la prevención ha estado en que consideran que los resultados de la evaluación que se puedan obtener pueden ser utilizados inadecuadamente, especialmente en aspectos como la efectividad del mismo, presentaciones ambiguas, etc., incidiendo sobre la credibilidad del mismo. Esto ha sido cierto en algunos momentos y aún lo puede ser hoy en día. Pero una cosa no excluye la otra. Hay que evaluar para que, si mostramos que lo que hacemos funciona, entonces es claro que es útil. Y, a la inversa, si lo que hacemos no es útil, o no funciona, hay que cambiarlo, mejorarlo o sustituirlo por otro tipo de intervención. La evaluación ha sido el motor de la ciencia (Bordens y Abbott, 1999) y de igual modo así lo creemos que lo ha sido, lo es y lo será en el campo de la prevención de las drogodependencias.

Lo cierto es que la evaluación no es una labor sencilla. Exige conocimientos técnicos, tiempo, esfuerzos y en muchos casos personal y dinero. La evaluación es una labor intensiva, que implica al menos planificarla, recoger los datos (cuestionarios, entrevistas, pruebas fisiológicas, etc.), codificar los datos y luego analizarlos para sacar conclusiones a partir de

los mismos. Incluso a veces el problema es ponerse de acuerdo a nivel terminológico, como es bien claro el esfuerzo recogido por Springer y Uhl (1998) en el caso europeo.

Por suerte hoy sabemos qué hacer y cómo lo podemos hacer. Por ejemplo, Cazares (1994), en su monografía elaborada para el NIDA sobre qué hacer en la investigación de la prevención de las drogodependencias, considera que hay cinco áreas esenciales que hay que tener en cuenta. Estas son las de las bases teóricas para la intervención preventiva, la formulación y comprobación de hipótesis, el diseño de investigación y otras cuestiones metodológicas, la evaluación de la efectividad y las consideraciones especiales que hay que tener en cuenta cuando se trabaja con minorías étnicas o con grupos especiales. Y, los cinco objetivos para la investigación que se planteó la Prevention Research Branch (1993) del NIDA en 1993, y como amplía Cazares (1994), son: 1) realizar investigación controlada rigurosa de estrategias de prevención del abuso de drogas en jóvenes basadas en modelos teóricos bioconductuales para prevenir o aminorar el desarrollo de factores de riesgo o precursores del uso y abuso de drogas y mejorar los factores de resistencia que pueden proteger a los niños del posterior inicio del uso o abuso de drogas. 2) Impulsar la investigación controlada rigurosa de las estrategias para el abuso de drogas comprensivas, de componentes múltiples, desarrollar tecnologías e implementarlas a través de uno o más sistemas sociales (escuelas, lugar de trabajo y comunidades) para determinar su eficacia y prevenir el comienzo del uso de drogas y la progresión al abuso. La investigación incluirá una combinación de estrategias de prevención bioconductual tanto para la población general como para los subgrupos de alto riesgo. 3) Realizar investigación controlada aleatorizada de las intervenciones preventivas bioconductuales para los jóvenes de alto riesgo, jóvenes adultos y adultos. Las intervenciones preventivas deben estar basadas en la teoría, definir científicamente el concepto del estatus de alto riesgo y tener en cuenta las cuestiones culturales y de sexo. 4) Identificar y evaluar bajo investigación controlada aleatorizada aquellos modelos conductuales prometedores para prevenir la iniciación al uso de drogas, al abuso y a la dependencia entre diversas poblaciones culturales. Y, 5) seguir un programa de investigación que identifique los mecanismos de la difusión de la prevención efectivos y eficientes, incremente la capacidad del campo para diseminar los hallazgos de la investigación preventiva, y que sea capaz de facilitar la puesta en marcha de programas preventivos innovadores por parte de los profesionales, planificadores sociosanitarios y público en general. Esta investigación debe estudiar las etapas de la difusión del programa preventivo: concienciación, adopción/adaptación, implementación e institucionalización.

Nótese como en todos los objetivos anteriores se insiste en que se haga investigación bioconductual. Esto significa claramente unir lo que conocemos del peso biológico de las sustancias del conductual de las mismas. Tampoco podemos olvidar el contexto social en el que se produce el consumo de la sustancia por parte de una concreta persona.

Otro aspecto que destaca es que, para cada uno de estos cinco objetivos, plantean las estrategias para conseguirlos. Sus propuestas, extensas, han facilitado desde que fueron expuestas hasta el momento actual cambios en varios de los problemas metodológicos y de estructuración de la prevención que tenían en aquel entonces, aunque no se han solventado todos. Y, hablamos en el campo de la investigación, porque en el de la práctica no siempre se ha pasado adecuadamente de la investigación a la práctica.

Con el método científico lo que pretendemos es conocer, explicar, predecir y resolver los problemas de la conducta humana o de la mente humana. La ciencia se caracteriza (Mitchell y Jolley, 1992) por buscar reglas generales, recoger evidencia objetiva, plantear afirmaciones verificables, adoptar una actitud escéptica, estar abierta a nuevas ideas, creativa, explícita, pública y productiva, para hacer descubrimientos y progresos. La investigación, por tanto, permite contestar a las cuestiones que nos planteamos ante un hecho para el que no tenemos una explicación adecuada. La metodología de investigación nos guía en este objetivo.

En la tabla 51 indicamos los problemas prácticos que con más frecuencia nos encontramos en la planificación e implementación de la evaluación.

Tabla 51
PROBLEMAS PRÁCTICOS EN LA PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN
DE LA EVALUACIÓN

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> — Regulaciones para obtener la información (ej. confidencialidad, permiso de los padres). — Dificultad en determinar los grupos apropiados para comparar los resultados (grupo de control) en los grupos en los que se aplicó el programa. — Las fuentes de datos existentes pueden ser de baja calidad para ser utilizadas en la evaluación (ej. faltas de disciplina, inasistencia escolar, etc.). — Las tareas de evaluación suelen invariablemente llevar más tiempo del inicialmente previsto. — Los evaluadores deben estar preparados para la contingencia de que el modo de obtención de datos no pueda realizarse tal como se planificó. |
|---|

2. TIPOS DE INVESTIGACIÓN

Suelen diferenciarse varios tipos de investigación siendo la investigación experimental y cuasiexperimental la más reconocida y la que a veces pasa por ser el único tipo de investigación. Sin embargo existen otros modos de investigar, como puede ser la investigación por encuestas, la investigación de valoración, la investigación de necesidades, el estudio de casos, etc. (Polit y Hungler, 1985). Bravo (1989) llega a listar hasta 32 distintos tipos de investigación en función de variables como el fin (básica vs. aplicada), profundidad (descriptiva vs. explicativa), naturaleza (documentales, empíricas, experimentales, doctrinales), etc., etc. El tema central e importante es si la investigación que hacemos es científica o no y si sigue o no los pasos de la investigación científica, que es lo que analizamos en este capítulo.

En el campo preventivo los tipos de investigación que más se realizan son las referidas a la investigación experimental y cuasiexperimental, para la evaluación de los programas preventivos, la investigación descriptiva, cuando interesa tener datos objetivos, como si fuera una foto fija de lo que ocurre, y la investigación epidemiológica, por su relevancia en este tema. También es de gran relevancia la investigación con estudios de seguimiento, como vimos en capítulos previos, en donde se realizan diseños transversales y longitudinales, siguiendo a las personas durante mucho tiempo a las que se les evalúan características personales, biológicas y sociales, o alguna de ellas, relacionadas siempre con el consumo de drogas.

Muchas intervenciones preventivas se asume que funcionan a través de variables mediadoras (ej., expectativas normativas, habilidades de resistencia) (McKinon, 1994). Se asume que la intervención preventiva afecta a las variables mediadoras y éstas, a su vez, son las que afectarían al consumo o no de drogas (Collins, 1994). Dado que es difícil, o no ocurre, que entre el programa y la evaluación del consumo o no de drogas pase mucho tiempo, o un tiempo considerable, no se puede establecer esta relación causal que se asume, y menos saber si el cambio, si es que se produce, se debe a esas variables mediadoras o a otras. Estamos de nuevo con la dificultad de los métodos observacionales y la pobreza de generalización que podemos hacer a partir del mismo, al no ser posible establecer relaciones causales. Este es otro tema de gran relevancia que le afecta no solo a la prevención sino a la ciencia en general.

Dado que en un punto posterior analizamos los métodos experimentales y cuasiexperimentales con detenimiento, a continuación vamos a comentar brevemente algunos aspectos de la investigación epidemiológica.

Es indudable la relevancia que tiene para la prevención de las drogodependencias, para el conocimiento del problema de las drogas, y para la

evaluación tanto del tratamiento como de la prevención, el disponer de adecuados estudios epidemiológicos. La epidemiología se convierte así en uno de los métodos más relevantes de recogida de datos y de investigación con el que contamos. También es un elemento esencial para la elaboración de los programas preventivos basados en ella (Hansen, 1995).

En los últimos años se viene insistiendo en la utilización de distintos métodos epidemiológicos como base para las intervenciones preventivas (Hansen, 1995; Kellan, 1994). Así Kellan (1994), sugiere utilizar la *epidemiología del desarrollo* como un adecuado modelo teórico que puede permitir una adecuada evaluación de las intervenciones preventivas. Para él esta perspectiva integra tres componentes o perspectivas científicas. La primera es el desarrollo a lo largo de la vida. Esto significa que los individuos se pueden seguir a lo largo del tiempo (estudios longitudinales). Sabemos que los individuos pasan a lo largo de su vida por varias etapas, lo cual implica una perspectiva temporal. Con esta metodología podemos describir y saber los antecedentes de la conducta y, con ello, podemos predecir lo que puede ocurrir más adelante en la persona. Se centraría en los antecedentes y en los procesos que mejoran o empeoran el riesgo, como características individuales y del contexto como la familia, grupo, iguales, escuela, lugar de trabajo u otros elementos sociales que influyen el curso del desarrollo.

La segunda perspectiva que propone Kellan (1994) es la *epidemiología comunitaria*. Esta se centra en las variaciones en los resultados del desarrollo, los pasos y los procesos en una población específica dentro de su contexto ecológico. Por ejemplo, por qué, teniendo esas características más o menos fijas, en una comunidad pobre o con muchos problemas sociales, unos van a desarrollar unos problemas y otros no (ej., de consumo de drogas). Y, la tercera, las características particulares de los *ensayos de intervención preventiva*. Por ello se refiere a que la prevención es muy distinta a la intervención clínica. En ésta, el objetivo es mejorar un caso, o mejorar caso a caso a las personas que acuden en nuestra ayuda. En la intervención preventiva, no. El objetivo en ésta es intervenir en un grupo o en una población concreta. En una, la clínica, el objetivo es inmediato; en la otra, la preventiva, el objetivo es a más largo plazo, y por ello, más sometido a otras variables que pueden contaminar, en un sentido o en otro, lo que hemos hecho previamente. Esto que plantea es muy importante, aunque difícil de poder hacerselo ver a muchos otros profesionales y científicos, habituados a tratar con lo más inmediato y cercano. En lo inmediato y cercano tenemos resultados o no; en lo más lejano, tengamos o no resultados, es más difícil de poder achacarlo a nuestra intervención. Además, una intervención a largo plazo no tiene, o apenas tiene, o es difícil de evaluar a corto plazo, el resultado, o algún resultado de la inter-

cción. Por ello se convierte en más débil o en más acto de fe que si lo que podemos evaluar es inmediato, como ocurre en el campo clínico. Esto además se ve claramente reflejado en la consideración, más frecuente de lo que quisiéramos que fuese, de muchos profesionales del campo clínico de las drogodependencias que no creen que realmente la prevención de las drogodependencias sea efectiva. Ellos creen que su intervención terapéutica es no sólo efectiva, sino muy efectiva o, al menos, que es útil. En cambio, si analizamos objetivamente muchas de las intervenciones que hacen, y las consideramos desde una perspectiva clínica más amplia, el resultado es muy pobre, especialmente si introducimos el criterio que suele utilizarse habitualmente en la evaluación de los trastornos psicológicos o médicos donde el objetivo es la curación o la remisión de la enfermedad (esto es, cura vs. no cura) y no el de retención en tratamiento, que es el que más se ha extendido en el campo del tratamiento de las drogodependencias. Todo esto no significa ni una crítica al tratamiento de las drogodependencias ni a que lo que se hace no sea lo más adecuado. Sólo nos referimos a que, si vemos la evaluación de la prevención en drogodependencias, como la del tratamiento de las drogodependencias, desde una perspectiva distinta a la que tan acostumbrados estamos en drogodependencias, desde otros campos a nuestro trabajo, nuestra eficacia es más débil que en otros campos. Y, seguirá siendo débil o más débil que en otros campos por las especiales características de las drogodependencias, como hemos ya visto previamente (véase por ejemplo el capítulo introductorio y el de modelos teóricos). Todo ello no debe hacernos pensar que lo que hacemos no es eficaz ni es útil. Es tanto eficaz, dentro de los límites de lo que hoy conocemos de lo que podemos llegar a conseguir, como útil porque solucionamos del modo hasta hoy más razonables y empíricamente correcto un problema de una magnitud muy importante y de gran relevancia social.

En suma, Kellam (1994) apuesta por una evaluación longitudinal, basada ecológicamente y que tenga en cuenta la variación de los individuos más que el promedio de ellos o la tendencia central.

3. EVALUACIÓN DEL PROCESO Y DEL RESULTADO

En prevención una diferencia habitual es la que se hace entre evaluación del proceso y evaluación del resultado. En ocasiones a una y otra se le conoce también con los nombres de evaluación formativa y sumativa (Ferrer, 1985; Silva, 1994).

La evaluación del proceso describe lo que se ha hecho a lo largo del programa, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, por qué se ha hecho

lo que se ha hecho y durante cuánto tiempo se ha hecho eso (horas, días, semanas, meses). Igualmente, la evaluación del proceso nos indicaría los motivos por los que se ha hecho cada cosa, por qué se tomaron decisiones concretas a lo largo del proceso de implantación del programa. Suele incluir esta evaluación las características de los participantes, del personal que ha participado en el programa o quien ha aplicado el mismo, el nivel de asistencia que ha tenido, si se ha implementado el programa del modo en que se diseñó o hubo que hacer algún tipo de cambio sobre la marcha, las tareas realizadas, cómo se implementó el mismo, las dificultades que fueron surgiendo a lo largo del mismo, la satisfacción que se ha logrado con el programa en los participantes, los que lo han aplicado y los que lo han diseñado, qué cambios se han apreciado con la mera aplicación del mismo, etc. (CSAP, 2001).

La evaluación del proceso debe ir en paralelo a la evaluación del resultado o debe hacerse antes del mismo para conocer más sobre el programa preventivo, cómo se ha implantado, los resultados que hemos obtenido con el mismo, dificultades que un análisis de resultados no van a apreciar y que puede incidir en los resultados, etc. Si la evaluación queda sólo en la evaluación del proceso (Alvira, 1999), pudiéndose hacer una evaluación de resultados, la evaluación que hacemos es pobre. De ahí que haya que planificar desde el principio, cuando vamos a llevar a cabo una intervención preventiva, ya el proceso de evaluación (Muraskin, 1993). En las tablas 52 y 53 mostramos las preguntas esenciales que nos tenemos que hacer para la planificación de la evaluación del proceso y del resultado, tal como sugieren Kröger et al., (1998).

Tabla 52
PREGUNTAS ESENCIALES QUE HAY QUE HACERSE
EN LA EVALUACIÓN DEL PROCESO

- ¿Qué variables e indicadores proporcionarán información útil sobre el modo en que se ha llevado a cabo la intervención?, ¿qué tipo de información (cualitativa y cuantitativa) desea valorar al evaluar el proceso?
- ¿Qué métodos e instrumentos se utilizarán (entrevistas, cuestionarios, instrumentos de observación, etc.)?
- ¿Dónde, cuándo y con qué frecuencia se recogerán datos sobre el proceso? (diseño).
- ¿Quién suministrará la información necesaria para la evaluación del proceso?
- ¿Cómo se prevé analizar los datos?

FUENTE: Kröger et al. (1998).

Tabla 53
PREGUNTAS ESENCIALES EN LA PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL RESULTADO

1. ¿Qué indicadores se han elegido respecto a los resultados y cómo prevé medirlos?
2. ¿Se propone adoptar un planteamiento cuantitativo o cualitativo al recabar información sobre los resultados?, ¿qué indicadores e instrumentos pretende utilizar para recoger datos?. La clasificación siguiente puede resultar útil:
 - a) indicadores e instrumentos que midan la conducta de consumo de sustancias del grupo objetivo final,
 - b) indicadores e instrumentos que midan las variables mediadoras relacionadas con la conducta de consumo de sustancias en el grupo objetivo final,
 - c) indicadores e instrumentos que midan otras variables mediadoras del grupo objetivo final,
 - d) indicadores e instrumentos que midan objetivos respecto al grupo objetivo intermedio.
3. ¿Qué sabe de la calidad de los instrumentos (objetividad, fiabilidad, validez)?, ¿tiene previsto comprobar la aplicabilidad de los instrumentos?
4. ¿De qué fuentes, cuándo y con qué frecuencia prevé recoger información sobre los resultados? (diseño).
5. ¿Cómo prevé analizar la información que ha recogido?, ¿qué métodos estadísticos son adecuados para comprobar la calidad de los datos y el diseño?

FUENTE: Kröger et al. (1998).

A diferencia de la evaluación del proceso, en la evaluación de resultados lo que analizamos son los cambios que se han producido habitualmente desde antes y después de aplicar la intervención preventiva, en las actitudes, valores, conductas, características psicológicas o cualquier otro proceso o variable que se ha seleccionado como elemento de cambio que se produce con dicha intervención preventiva y que a su vez podemos evaluar cuantitativamente. Habitualmente esta evaluación continuará a más largo plazo, en los seguimientos, evaluando esos mismos elementos, para comprobar si los resultados positivos, si se han obtenido, con el programa después de aplicar el mismo, se mantienen a lo largo del tiempo. En el resto del capítulo la evaluación se dirige fundamentalmente a la eva-

luación del resultado, y más específicamente a los estudios experimentales y cuasiexperimentales.

La evaluación de los programas de prevención del abuso de drogas, referida a su funcionamiento, el cómo y el por qué, es una de las más importantes tareas de investigación que tenemos que acometer. En este marco, es de vital importancia utilizar unas elevadas exigencias metodológicas. Una de las posibles consecuencias de no hacerlo es concluir de forma errónea que un programa de prevención es efectivo y, de no serlo, malgastar recursos humanos, económicos, etc., que son limitados. El otro error al que nos podría llevar lo anterior es no detectar la efectividad de una intervención que podría prevenir o demorar el inicio del consumo de drogas en una determinada población diana.

Mantener en un nivel alto los estándares metodológicos en la investigación de las intervenciones preventivas es un reto por diferentes razones (Collins, 1994). Una razón es la naturaleza multinivel (nivel individual, de aula, de escuela, etc.) en la mayoría de las investigaciones en prevención y en concreto en aquellas de base escolar. Por ejemplo, en muchos estudios de prevención de base escolar, el programa se realiza a nivel del aula, pero nos interesa el resultado o el impacto a nivel del estudiante individual. Otra razón por la cual la investigación en prevención necesita el reto metodológico es porque con frecuencia es una investigación longitudinal. La naturaleza longitudinal introduce un grado de complejidad que no está presente en la mayoría de los estudios transversales.

La naturaleza longitudinal y de múltiples niveles obliga a considerar a las investigaciones en prevención de un modo muy especial. A menudo, el diseño, la medición de resultados y los análisis estadísticos que requiere la prevención difieren del de las investigaciones tradicionales (ver Bryant, Windle y West, 1997), generalmente debido a que las investigaciones tradicionales trabajan con cuestiones mucho más simples.

Tanto si el estudio de intervención tiene metas concretas o implica un conjunto complejo de cuestiones, se debería comenzar con la especificación de un modelo completo del fenómeno de interés. El modelo surgirá directamente de la teoría que motivó la investigación (Collins, 1994). El modelo debería especificar qué variables se van a utilizar para representar a los diversos componentes de la teoría y exactamente qué relaciones pueden presumirse que existen entre ellas.

Cuando se trabaja con niveles múltiples (como ocurre con los estudios de base escolar), el modelo debería abordar las siguientes cuestiones (Collins, 1994): ¿qué niveles están implicados?; ¿a qué niveles se espera que el tratamiento sea efectivo y por qué?; ¿en qué niveles se espera que tengan lugar las interacciones y, se puede predecir que existirán intervenciones cruzadas entre diferentes niveles?

Cuando el cambio ocurre a lo largo del tiempo, el modelo debería abordar las siguientes cuestiones (Collins, 1994): ¿se trata de una variable caracterizada por un crecimiento cuantitativo y continuo o por un movimiento a través de series de diferentes etapas de varias más o menos discretas y cualitativas?; ¿existe un continuo crecimiento del consumo o un continuo declive o se alterna el crecimiento con el declive?; ¿el proceso de crecimiento es el mismo en todos los sujetos o existen subgrupos con diferentes características con respecto al crecimiento?

También es aconsejable profundizar en la relación entre variables causales (Collins, 1994): ¿el consumo de sustancias está enlazado con una variable causal de tal forma que si la variable aumenta o disminuye, el consumo de sustancias sigue el mismo patrón? ¿es una relación causal instantánea o existe una diferencia temporal entre la causa y el efecto?; ¿el efecto se produce en un punto concreto del proceso u ocurre a lo largo de todo ese proceso?; ¿difieren las variables causales en diferentes subgrupos?; ¿de qué forma disminuye o detiene el proceso de cambio la intervención preventiva?

Existen ciertos aspectos del proceso de inicio al consumo y sus antecedentes causales que deben especificarse en el modelo. Una vez que éste se ha especificado completamente, el investigador debe considerar las implicaciones del modelo en el diseño, la medición y el análisis.

En tercer lugar, no está de más prever en la elaboración de un programa de prevención los factores que suelen influir en el impacto de los programas, que a juicio de Best et al. (1988) serían los siguientes: contenido del programa, participantes, aplicadores, medio en que se aplica el programa, calidad de la aplicación y el contexto. En cuarto lugar, existen una serie de factores que son básicos en los programas de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en la infancia. La importancia de conocer los mismos viene dada porque la mayoría de los programas de prevención de drogas están dirigidos a estas edades. En concreto, se han identificado ocho factores (Palomares, 1990): empleo de técnicas de modificación de conducta, consideración de la etapa de desarrollo, influencias paternas, influencias sociales, medios de comunicación, ámbito educativo, mantenimiento de los efectos del programa y perspectiva de la actuación. Y, en quinto lugar, otro hecho a considerar es el relacionado con la implementación del programa, si ha demostrado una eficacia adecuada en los distintos estudios piloto y en el ámbito de la investigación, es decir, una vez que dicho programa ha sido desarrollado, valorado, contrastado y preparado para ser aplicado al grupo específico de la población para el que se elaboró. El proceso de difusión del programa debe entenderse como un proceso secuencial de varias etapas: diseminación, adopción, implementación y mantenimiento (Becoña y cols., 1994).

Otro tipo de evaluación que sigue a la evaluación del proceso y del resultado es la evaluación del impacto (Muraskin, 1993). Mientras que la evaluación del proceso y del resultado se refiere a los efectos del programa, la evaluación del impacto se refiere a los efectos acumulados o agregados a nivel comunitario. En este caso lo que nos interesa es ver qué cambios se han producido en la prevalencia e incidencia en el consumo de drogas, la morbi-mortalidad relacionadas con las drogas, el cambio en las políticas y programas institucionales, el grado, o incremento del grado, de implicación de la comunidad, los padres y otras instituciones en la prevención de las drogodependencias, el número de accidentes de tráfico, las tasas de alcoholemia, etc. Es el mejor sistema de evaluación de la eficacia de la prevención en su más amplio sentido. Es el tipo de evaluación que hacen los Planes Autonómicos de Drogodependencias o el Plan Nacional sobre Drogas de un país, ya que utiliza datos epidemiológicos, estudios de incidencia y prevalencia, número de delitos relacionados con las drogas, personas encarceladas por tráfico de drogas, número de ingresos en urgencias por consumo de drogas, etc. En las publicaciones del Observatorio Español sobre Drogas pueden verse estos ejemplos (ej., Plan Nacional sobre Drogas, 2002).

4. LA FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La formulación de hipótesis es el *sine qua non* de toda ciencia (Hansen, 1994, McGuigan, 1983). Sin hipótesis difícil va a ser posible hacer observaciones y menos plantear experimentos. Además, las hipótesis se derivan de la investigación, planteándolas a partir de ella y con la idea de mejorar el conocimiento, siendo uno de los elementos más importantes para unir la investigación con la práctica. Las características que tiene que tener una buena hipótesis son las siguientes (McGuigan, 1983): deben ser comprobables; deben ser parsimoniosas; deben de responder, o ser aplicables al problema; deben de tener simplicidad lógica; deben expresarse en forma cuantitativa, o ser susceptibles de una cuantificación adecuada; y, deben tener un gran número de consecuencias.

En el campo preventivo hay tres fuentes de las que extraemos las hipótesis (Hansen, 1994): las que nos sugieren los datos, las que se derivan de las teorías y las que se derivan de la lógica. Aparte de ello, la investigación en una rama del saber suele seguir las tradiciones de su campo de investigación (como un ejemplo, en el campo preventivo se utilizan fundamentalmente los diseños cuasi-experimentales, no los experimentales, habiendo una clara razón para ello como veremos más adelante, a diferencia de lo que ocurre en el campo del tratamiento de las drogodependencias o de

otros trastornos). Mediante la misma comprobamos las hipótesis, comprobamos la teoría y los resultados nos permiten también reformar la teoría cuando no se adecua ésta a los datos o a los nuevos hallazgos de la investigación. Como algo que se viene repitiendo en los últimos años, Hansen (1994) insiste en la importancia que tiene disponer de teorías y formular teorías en el campo de la prevención de las drogodependencias, lo que puede ser una buena guía para la práctica, como muestra que así ha sido y es con las buenas teorías que se han formulado en el campo de la prevención de las drogodependencias (Becoña, 1999). Las teorías pueden formularse de forma estocástica (un modelo que encapsula las variables y las relaciones entre las variables de una forma matemática) o de forma explicativa (se basan en descripciones verbales axiomáticas de como es algo y de como funciona elaborado de forma lógica, basado en datos empíricos que lo sustenten, mostrando relaciones causales de forma racional). Ambos tipos de teorías son importantes y lo más adecuado es que haya una combinación de un tipo y de otro en una sola explicación de un fenómeno. En un caso como en otro, el objetivo de una teoría es explicar un fenómeno, generar hipótesis y poder seguir avanzando para conocer más sobre ese problema hasta conseguir una completa, adecuada o comprehensiva explicación del mismo. Con una buena explicación, con un buen conocimiento del problema, será más fácil la actuación.

Quizás la mayor limitación que ha tenido el campo de la prevención de las drogodependencias desde una perspectiva investigadora es que casi todos los estudios que se han hecho son de tipo correlacional (Hansen, 1994), lo cual limita de modo importante el poder llegar a obtener inferencias causales. El método ideal es el experimental en donde podemos manipular variables (Bordens y Abbott, 1999). La metodología observacional es limitada y no permite llegar a generalizaciones consistentes. En ciencia se considera que esta es una metodología limitada o muy limitada para poder obtener con ella generalizaciones. Esto es porque la metodología correlacional nunca permite llegar a la causación, a diferencia de la metodología experimental. Ni siquiera métodos denominados estadística o matemáticamente causales lo son realmente en sentido real, sino que es el nombre que reciben a nivel estadístico (ej., el análisis causal mediante *path analysis*) (Bryant et al., 1997). Un ejemplo claro de todo lo anterior está en los estudios realizados sobre factores de riesgo y protección. Todos se basan en una metodología correlacional, no experimental, de ahí la dificultad de poder encontrar una total consistencia en ellos, poder generalizarlos o tener una buena consistencia.

A partir de lo anterior, hay dos modos en que se puede mejorar la calidad de la ciencia en la investigación de la prevención del uso de sustancias: comprobar teorías y ampliar el nivel de las hipótesis (Hansen, 1994).

Sobre el primero es necesario simplificar e integrar las teorías que existen sobre la explicación del consumo de drogas y su prevención. Los datos empíricos pueden ayudar mucho a ello. El segundo, ampliar el nivel de las hipótesis, parte de que la investigación se ha centrado fundamentalmente en el individuo pero no en los grupos, o subgrupos de individuos. Como ello es difícil de hacer a nivel metodológico, se ha obviado, perdiendo con ello no solo una gran cantidad de información, sino de poder explicativo y de conocimiento del problema. De ahí la necesidad de considerar más que al individuo. La información cualitativa puede aquí ser de una gran importancia en las primeras fases. Por ejemplo, en el estudio de Calafat et al. (2001) sobre salir de marcha y consumo de drogas, la información cualitativa junto a la cuantitativa permite comprender más adecuadamente el fenómeno estudiado. En muchos casos es necesario diferenciar varios grupos de consumidores. Dado que el fenómeno del consumo de drogas es muy cambiante, identificar a los grupos diana específicos es muy relevante para conocer el problema, cómo varía en el tiempo, qué se puede hacer, cómo responden los individuos dentro de cada grupo concreto, etc., todo lo cual facilita mejorar nuestro conocimiento y actuación.

5. TIPOS DE VALIDEZ EXPERIMENTAL

El objetivo básico y último de una investigación es poder obtener conclusiones válidas acerca de una determinada intervención. Para conseguir este propósito es necesario separar las influencias de la variable que se manipula de otros factores desconocidos, que pueden interferir con la extracción de inferencias válidas. El investigador pretende atribuir los resultados conseguidos a los efectos de la intervención preventiva y, por tanto, minimizar las amenazas a la validez. La metodología, el diseño de investigación y el cálculo estadístico son las herramientas fundamentales con las que contamos para excluir o minimizar dichas amenazas. O dicho de otro modo, cuando nos referimos a los distintos factores, distintos de la variable independiente, que pueden entorpecer nuestras inferencias, estamos haciendo alusión a tipos de validez experimental, habiéndose identificado cuatro tipos: validez interna, validez externa, validez de constructo y validez estadística (Cook y Campbell, 1979; Kazdin, 1998; Messick, 1995). Pentz (1994), específicamente para la prevención de las drogodependencias indica tres: la interna, la de constructo y la ecológica.

La *validez interna* tiene que ver con aquellas amenazas que podrían explicar los resultados de la intervención. Se refiere a la medida en que una situación experimental concreta es capaz de descartar las explicacio-

nes alternativas a las diferencias obtenidas. Las amenazas a la validez interna son todas aquellas variables, distintas a la independiente, que puedan provocar cambios y, por tanto, confundir el proceso de inferencia (ej., historia, maduración, medición repetida). Esto es, se refiere hasta qué punto un experimento demuestra claramente que la intervención explica el cambio. Como sabemos, la variable independiente es la que se manipula y la dependiente es la que se evalúa (ej., tener un grupo de sujetos en el grupo experimental y el otro ser el grupo de control para comprobar la eficacia de un programa preventivo).

Aunque lo más importante y prioritario en investigación es demostrar las relaciones entre la variable(s) independiente(s) y la(s) dependiente(s), no debemos minusvalorar la generalización de la(s) relación(es) a otras personas, situaciones, tiempos, etc. Esto hace referencia a la *validez externa*, la cual aborda la cuestión del alcance al que se pueden generalizar o extender los resultados obtenidos en un estudio. Por tanto, cuando se finaliza una investigación también debe preocuparnos a qué sujetos, situaciones, tiempos, características de la situación experimental, etc., podemos generalizar los cambios que hemos constatado. En las tablas 54 y 55 aparecen los factores más importantes que afectan a la validez interna y externa.

Tabla 54
FACTORES QUE ATENTAN CONTRA LA VALIDEZ INTERNA

- 1) *Historia*: Los acontecimientos específicos ocurridos durante la investigación entre la medición pretratamiento y la postratamiento (ej., separación de sus padres).
- 2) *Maduración*: Procesos internos de los sujetos que se producen como consecuencia del paso del tiempo (ej., entrar en la pubertad).
- 3) *Medición*: Cualquier cambio que pueda ser atribuido a la administración de las pruebas de evaluación.
- 4) *Instrumentación*: Los cambios que se producen por los instrumentos de medida o en el procedimiento evaluativo.
- 5) *Regresión estadística*: Fenómeno que se produce como consecuencia de elegir sujetos para formar los grupos en base a puntuaciones extremas.
- 6) *Sesgos de selección*: Cualquier diferencia entre los grupos que sea debida a la selección diferencial en el proceso de asignación a los grupos.
- 7) *Atrición*: Pérdida de sujetos en el transcurso de la investigación.
- 8) *Difusión del tratamiento*: Ocurre cuando la intervención aplicada al grupo experimental es inadvertidamente también proporcionada al grupo control.

Adaptado a partir de Cook y Campbell (1979).

Tabla 55
FACTORES QUE ATENTAN CONTRA LA VALIDEZ EXTERNA

- 1) *Generalización a través de los sujetos*: El alcance con el que los resultados de nuestra investigación pueden generalizarse a otros sujetos.
- 2) *Generalización a través de las situaciones*: El alcance con el que los resultados obtenidos se pueden generalizar a otras situaciones.
- 3) *Generalización a través de las medidas de respuesta*: Hasta qué punto se pueden extender nuestros resultados a otras conductas distintas de las que hemos medido.
- 4) *Generalización a través del tiempo*: El alcance que pueden tener los efectos conseguidos más allá del período que hemos utilizado en una investigación dada.
- 5) *Generalización a través de los agentes de cambio de conducta*: Hasta qué punto pueden administrar el mismo programa otras personas diferentes a las que lo hicieron en una investigación particular.
- 6) *Reactividad a la situación experimental*: La posibilidad de que los sujetos puedan manifestar determinadas reacciones fruto del conocimiento de estar participando en una investigación.
- 7) *Evaluación reactiva*: Las influencias derivadas del conocimiento de los sujetos de que están siendo evaluados.
- 8) *Sensibilización pretest*: La posibilidad de que al evaluar los sujetos antes de la intervención, los sensibilice de cara a la intervención subsiguiente.
- 9) *Interferencia de múltiples intervenciones*: Cuando los sujetos se exponen a más de una intervención, las inferencias acerca de una intervención particular pueden estar limitadas por el hecho de que no sabemos con precisión si el cambio observado se debe a esa o a otra intervención.
- 10) *Novedad de la intervención*: Posibilidad de que los efectos de una intervención puedan en parte depender de la novedad de la misma, más que a la eficacia de la intervención en sí.

Adaptado a partir de Cook y Campbell (1979).

Tanto la validez de constructo como la validez de conclusión estadística se les ha prestado menos atención, puesto que se dirigen a cuestiones más sutiles. La validez de constructo surge una vez que se ha demostrado que un determinado tratamiento fue el responsable del cambio. En concreto, la *validez de constructo* se refiere a los factores relacionados con la base conceptual que subyace al efecto de la intervención. Una de las tantas cuestiones que podemos plantearnos es el alcance al que el cons-

tructo que subyace al efecto de la intervención sirve como base de interpretación a dicho efecto y no otros factores tales como la atención, el contacto con el sujeto, expectativas de los sujetos y/o experimentadores, etc. Por último, nos encontramos con la *validez estadística*, la cual está directamente relacionada con los aspectos de la valoración cuantitativa que podrían afectar a la interpretación de los hallazgos tales como una baja potencia estadística, variabilidad en los procedimientos, falta de fiabilidad en la medición y pruebas estadísticas inapropiadas. La cuestión de interés de la misma es hasta qué punto se ha logrado un resultado y cómo puede la investigación detectar los efectos si los hay.

Como bien podemos observar cada tipo de validez plantea determinadas cuestiones. Aunque no todas las amenazas a la validez pueden ser neutralizadas en un estudio dado, ello no nos exime de intentar buscar la metodología, el diseño y la prueba estadística más idónea para descartar el mayor número posible de amenazas.

6. DISEÑOS EXPERIMENTALES Y CUASIEXPERIMENTALES

Disponemos de varias alternativas para examinar la relación entre dos o más variables. Entre ellas contamos con los diseños de comparación de grupos. Éstos nos proporcionan un marco sistemático, al comparar grupos de sujetos que se exponen a las condiciones experimentales con grupos control, para obtener inferencias válidas. Cuando programamos una investigación de comparación de grupos lo hacemos con el propósito de cuantificar las diferencias entre dos o más grupos, con la finalidad última de encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ellas. El papel de la comparación también es cualitativamente distinto a otros métodos de diseñar experimentos. El contribuir a la búsqueda de un conocimiento científico a gran escala prima sobre cualquier otra cuestión (Beck, Andrasik y Arena, 1984).

Esta forma de proceder puede dar lugar a toda una diversidad de diseños de comparación de grupos, aunque todos ellos requieren de la asignación al azar de los sujetos a los grupos y algún tipo de condición control (Kazdin, 1998). La asignación aleatoria de los sujetos a los grupos está relacionada con el proceso de formación de los grupos, condición previa a la aplicación del diseño experimental programado. La asignación al azar no es sinónimo de una selección hecha de cualquier modo. Por el contrario, más bien significa un proceso de selección que da a todos los sujetos la misma oportunidad de ser asignados a los grupos que van a participar en la investigación, con lo que nos aseguramos que las variables perturbadoras se distribuyan de modo uniforme entre los grupos. Una tabla de números aleato-

rios nos puede servir perfectamente para garantizar un proceso de selección al azar (Fleiss, 1981). Los sujetos serán asignados a los grupos siguiendo el orden cuyo número venga dado por la tabla de números aleatorios. Esta forma de proceder nos puede llevar o no a obtener grupos del mismo tamaño. El formar grupos que contengan el mismo número de sujetos es deseable porque algunas pruebas estadísticas, o no se pueden aplicar, o pierden potencia (Norma y Streiner, 1996). La solución está en agrupar los sujetos en bloques. Cada bloque tiene que incluir tantos sujetos como el número de condiciones que haya. Una vez formados los bloques, se asignan los sujetos de los mismos a los grupos de modo aleatorio.

En los estudios de prevención de drogodependencias, con los programas preventivos, tenemos frecuentemente el problema de que la unidad de asignación tenga que ser la unidad de análisis (Collins, 1994) Esto es fuente frecuente de discusión (Dielman, 1994), dado que el aspecto más débil está en que si se asignan unidades de análisis, más que individuos, el problema es que los individuos no son homogéneos ni equivalentes en muchos casos o en muchas variables, muchas de las cuales ni evaluamos. Cuando así se hace se han propuesto distintos métodos de corrección (ver Dielman, 1994).

Hay que tener presente que la asignación aleatoria en determinadas condiciones, como cuando el tamaño de la muestra es pequeño (ver Strube, 1991) o cuando hay puntuaciones extremas en la muestra, puede no garantizarnos la equivalencia de los grupos en cuestión. Habrá que utilizar otros procedimientos alternativos para poder inferir que la presencia o no de cambios, que se han producido en la variable dependiente, se deben probablemente a la manipulación de la variable experimental y no a otros factores. Una de las estrategias alternativas a la asignación aleatoria que se utiliza con más frecuencia para formar grupos equivalentes es el *emparejamiento*. Ésta nos permite agrupar a los sujetos en función de la similitud de una dimensión o conjunto de dimensiones, que conocemos o sospechamos que se relacionan con la ejecución en la medida(s) dependiente(s), y posteriormente, procedemos a asignar aleatoriamente a los sujetos a los grupos. Si no se neutralizan las diferencias que pueda haber antes de la intervención entre los grupos, en una variable que influye en la ejecución de la medida dependiente, puede generar confusión en las conclusiones a las que se llegue al final del experimento. El emparejamiento se puede realizar de diferentes maneras. Por ejemplo, formamos bloques de sujetos con un tamaño igual al número de grupos que vamos a utilizar en el experimento, que posean idénticas puntuaciones en una característica o patrón de características pretratamiento. A continuación, asignamos al azar cada uno de los sujetos de cada bloque a los grupos, utilizando la tabla de números aleatorios o mediante una moneda lanzada al aire.

Normalmente una investigación, en la que se utilice alguna modalidad de diseños de comparación de grupos, comienza con la selección del número de sujetos objeto de estudio, le sigue la asignación aleatoria de los mismos a los grupos experimental y control y finaliza con la evaluación de las diferencias entre los grupos al final del tratamiento. A continuación vamos a exponer aquellos diseños que se utilizan con mayor frecuencia en la investigación. Para aportar una mayor claridad a la exposición de las características distintivas de los diseños nos remitiremos a la nomenclatura acuñada por Campbell y Stanley (1966). Con ella pretendemos presentar los diseños experimentales a través de un código y unos símbolos gráficos uniformes que nos ayuden a identificar el diseño en cuestión. Una *X* representará la exposición del grupo a la variable independiente que manipulamos (programa preventivo que vamos a evaluar), la *O* nos señalará que hay una evaluación de la ejecución o proceso de *observación* y la *R* indicará la *asignación aleatoria* de los sujetos a los diferentes grupos. Los símbolos *X* y *O* cuando aparecen de izquierda a derecha serán indicio de orden temporal y cuando lo hacen de forma vertical representarán simultaneidad.

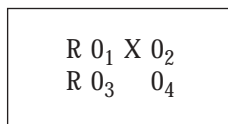
Tabla 56
SIGNIFICADO DE LOS SÍMBOLOS UTILIZADOS EN LOS DISEÑOS

<i>X</i> = es la exposición del grupo a la variable independiente que manipulamos (o programa preventivo que vamos a evaluar).
<i>O</i> = nos indica que hay una evaluación de la ejecución o proceso de <i>observación</i>
<i>R</i> = <i>asignación aleatoria</i> de los sujetos a los diferentes grupos.

6.1 DISEÑOS DE GRUPO CONTROL PRETEST-POSTEST

Este diseño, sin lugar a dudas, es el que más se utiliza en la investigación cuando utilizamos un diseño experimental de comparación de grupos. Incluye un mínimo de dos grupos, uno recibe la intervención y el otro no. Los sujetos se asignan aleatoriamente a las condiciones experimental y control, ya sea antes o después de la aplicación del pretest. Ahora bien, lo peculiar del mismo es la evaluación que se realiza antes y al final de la intervención a los grupos experimental y control. Esto nos permite averiguar el efecto de la intervención, que viene dado por la can-

tividad de cambio que se ha producido desde la evaluación pretratamiento a la postratamiento. Este tipo de diseño se representará gráficamente de la siguiente forma:



donde, como ya indicamos R = asignación aleatoria de los sujetos; O = observación o evaluación; y, X = intervención experimental (ej., tratamiento, programa preventivo, etc.).

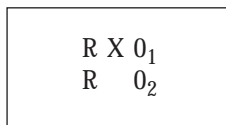
Además de excluir explicaciones alternativas de los resultados debido a la incorporación de grupos control, y siempre que el período de intervención entre la evaluación pre y postest sea el mismo para todos los grupos, con lo que nos permite un control de las amenazas a la validez interna (ej., historia, maduración, medición, instrumentación), la utilización de un pretest reporta varias ventajas. Posibilita evaluar la cantidad de cambio que se produjo con la intervención, cuántos sujetos han cambiado en una dimensión particular, la posibilidad de equiparar a los sujetos en base a alguna dimensión importante y asignar al azar a los grupos los sujetos emparejados, la valoración de los efectos de diferentes niveles de ejecución en el pretest, examinar los factores del pretest que predicen el abandono de la intervención, precisar pormenorizadamente en las explicaciones de los cambios observados a consecuencia de la manipulación experimental, la valoración de la atrición (o abandono) de un modo más riguroso y acarrea ventajas de orden estadístico a la hora de analizar los datos porque la utilización de un pretest reduce la variabilidad intragrupo.

Ahora bien, este diseño presenta algunos inconvenientes. Sin duda el más acusado es la imposibilidad de control sobre la sensibilización inherente a la utilización del pretest. Existe la posibilidad de que al evaluar a los sujetos antes de que reciban la intervención, les conduzca a responder de un modo específico a la intervención subsiguiente. O lo que es lo mismo, la posibilidad de que una intervención genere algún cambio cuya explicación puede residir en la susodicha sensibilización de los sujetos a la intervención. Esto no mengua la validez interna, pero sí supone coartar la validez externa. Los resultados del estudio sólo se pueden generalizar a aquellos sujetos que recibieron una evaluación pretest. Una solución «relativa» es espaciar la manipulación experimental en el tiempo y en el contexto en que se realiza. La solución es «relativa» porque cuanto más tiempo transcurra entre el pretest y la intervención, aumenta la probabilidad de que aparezcan nuevas amenazas a la validez interna (ej., histo-

ria, maduración). Por ejemplo, en la investigación de la eficacia de los tratamientos el fenómeno de la sensibilización es trivial, dada la importancia clínica que nos puede proporcionar el pretest, porque la sensibilización no siempre ocurre (no ha demostrado ser una influencia generalizada en los resultados) y su efecto es similar a través de las distintas condiciones de una investigación dada. La importancia de los datos del pretest hace referencia a que nos ayudan a comprender el funcionamiento de la persona, identificar los problemas en los que tenemos que intervenir y es un procedimiento útil para fijar los criterios de inclusión y exclusión para una determinada investigación o tratamiento (ver Kazdin, 1992, 1998).

6.2 DISEÑO DE GRUPO CONTROL CON SÓLO POSTEST

Este tipo de diseño se utiliza mucho menos en la investigación por no utilizar un pretest. Necesita un mínimo de dos grupos y es similar al diseño de grupo control pretest-postest; sólo se diferencia en que no incluye pretest. A un grupo sólo se le efectúa una medida después de la intervención y al otro también se le administra una medida al final, sin que haya sido expuesto a una intervención previa. Su representación gráfica es la siguiente:



en donde hay una asignación aleatoria para formar ambos grupos, se aplica la intervención al grupo experimental y se evalúa el resultado tanto para la condición experimental como para la control.

La ausencia de un pretest subsana los problemas de la sensibilización, que se puede presentar en el diseño de grupo control pretest-postest. Se gana en validez externa porque el resultado final de la intervención no se debería a que el pretest ha provocado una sensibilización en los sujetos, con lo que la generalización ya no estaría limitada sólo a sujetos que recibieron el pretest. Además, este diseño, permite controlar las amenazas a la validez interna, siempre y cuando hayamos contado con un número grande de sujetos que fueron asignados aleatoriamente a los distintos grupos de la investigación. Con estas dos medidas la probabilidad de equivalencia de los grupos es alta. Por tanto, minimizamos la posibilidad de que las diferencias de grupo después de la intervención se deban a las diferencias entre las condiciones antes de la intervención.

El diseño de grupo control con postest presenta varios problemas. En primer lugar, si la muestra es pequeña, aunque se asignaran los sujetos al azar, estamos ante la posibilidad de que los resultados obtenidos en la investigación se puedan achacar a las diferencias entre los grupos antes de la intervención. Es más, utilizando una muestra adecuada y la asignación aleatoria no podemos ni evaluar ni asegurar con total garantía la posibilidad de que las condiciones de partida sean homogéneas. En segundo lugar, la ausencia de un pretest nos impide conocer el nivel de funcionamiento de las personas antes de la intervención, lo cual muchas veces es determinante y necesario en algunos estudios, como ocurre frecuentemente en la prevención de las drogodependencias. Y, en tercer lugar, las ventajas enumeradas para el grupo control pretest-postest pasan a ser desventajas para el grupo control postest (Kazdin, 1998). Además de la incapacidad para asegurar la posibilidad de grupos equivalentes, no poder emparejar a los sujetos en el nivel de ejecución previamente al proceso de asignación al azar, también encontramos otras tales como la ausencia de información para valorar la atrición diferencial entre los grupos o una potencia estadística reducida.

6.3 DISEÑO DE CUATRO GRUPOS DE SOLOMON

Este diseño es una integración de los dos anteriores y la finalidad del mismo es evaluar los efectos del pretest sobre los resultados obtenidos en una investigación dada. Incorpora cuatro grupos, dos grupos con pretest y los otros dos sólo con postest. De esta forma se consigue evaluar directamente las influencias pretest, comparando los resultados de los grupos en los que se ha administrado el pretest con aquellos en los que no se ha utilizado. Este objetivo no está al alcance de los diseños que se han expuesto anteriormente, ya que el diseño de grupo control pretest-postest está expuesto a una posible sensibilización pretest que pone cortapisas a su validez externa, y en el diseño postest, se obvia esta amenaza a dicha validez a costa de eliminar el pretest. Este tipo de diseño se representa así:

R	O ₁	X	O ₂
R	O ₃		O ₄
R		X	O ₅
R			O ₆

Tal y como podemos intuir este diseño aúna las ventajas del diseño de grupo control pretest-postest y de grupo control con sólo postest.

Permite un control exhaustivo de las amenazas a la validez interna y subsana la amenaza a la validez externa derivada de la sensibilización pretest. Posibilita que se puedan evaluar los efectos derivados de la medición pretest y de la interacción pretest x intervención, a través de la comparación entre los grupos control con y sin pretest (O_4 vs. O_6) y las condiciones experimentales con y sin pretest (O_2 vs. O_5), respectivamente. Además, la utilización de este diseño conlleva una réplica de la intervención y de las condiciones de control en un único estudio.

Como inconveniente natural se ha argüido el coste, derivado de la necesidad de incluir el doble de sujetos que en otros diseños. No obstante, el coste que pueda acarrear el diseño de cuatro grupos de Solomon se ve compensado con creces en la robustez de las inferencias que se pueden extraer de una investigación particular.

6.4 DISEÑOS FACTORIALES

Al contrario que los diseños simples, los factoriales nos brindan la oportunidad de estudiar dos o más variables (factores) en una sola investigación (Kazdin, 1998; McGuigan, 1983). En cada variable se administran dos o más condiciones (niveles). El diseño factorial más simple incorpora dos variables, en que a su vez, cada una de ellas consta de dos niveles diferentes (diseño 2×2); dos variables A y B con dos niveles, A_1 y A_2 vs. B_1 y B_2 . Por tanto, tenemos cuatro grupos que representan las posibles combinaciones de los niveles de las dos variables. Gráficamente se representa del siguiente modo:

		Factor A	
		A_1	A_2
Factor B	B_1		
	B_2		

El diseño factorial se considera como una familia de diseños que varía en el número y tipo de variables, así como en el número de niveles para cada variable. La complejidad de los diseños están en función del número de variables y de niveles que incluyamos en un determinado estudio (ej., 2×3 ; $2 \times 3 \times 2$; $2 \times 5 \times 3 \times 6$). En algunas ocasiones, bajo determinadas condiciones, por ejemplo, cuando todos los sujetos reciben todas

las condiciones experimentales, se utiliza un enfoque de medidas repetidas. También podemos utilizar la evaluación como un factor, en concreto, cuando utilizamos un pretest, para evaluar las influencias de la medición repetida en una investigación particular. De tal forma que tenemos una variable independiente, la evaluación, con dos niveles, el pretest y el posttest. La ventaja principal que nos ofrecen estos diseños es la oportunidad de analizar los efectos individuales y combinados (interacción) de las variables incluídas en un único estudio. La interacción nos indica que el efecto de una variable depende de alguna de las otras condiciones bajo la cual es administrada. La variable produce unos determinados resultados sólo bajo ciertas condiciones. Ello significa que la generalización de dicho efecto queda restringido a esas situaciones concretas.

Los diseños factoriales no suponen un menoscabo de la utilidad de los diseños simples. Éstos últimos se deben utilizar cuando se plantean cuestiones relativamente simples acerca de una variable de interés, lo que normalmente sucede cuando se inician nuevas áreas de investigación, pues el estudio de las cuestiones más sencillas se hace imprescindible en esas primeras fases. A medida que vamos acumulando información a través de diseños simples, se pueden plantear cuestiones más complejas, pero echando mano de otras estrategias. Precisamente, los diseños factoriales nos permiten apresar estas cuestiones derivadas de la acumulación del conocimiento sobre un aspecto concreto. De hecho estos se han utilizado con una mayor asiduidad en la investigación clínica y psicológica en general. Además, posibilitan llegar a las mismas conclusiones que las aportadas por diseños más simples, utilizando un menor número de sujetos y observaciones, lo que se traduce en una mayor prestación en cuanto a los costes.

Los inconvenientes que pueda presentar este diseño se relacionan directamente con el número de factores y niveles que se incluyan en el estudio. Por ejemplo, un diseño factorial de $2 \times 3 \times 2$ implica doce grupos experimentales. Por tanto, a medida que incrementamos ambos se necesitan más sujetos y también se hace más difícil la interpretación de los resultados.

6.5 DISEÑOS CUASIEXPERIMENTALES

Los diseños que hemos visto constituyen los diseños experimentales entre grupos más básicos y más utilizados en la investigación. Constituyen los «verdaderos experimentos» porque el investigador ejerce un control sobre determinadas dimensiones del estudio. De este modo, logra con ello eliminar las distintas amenazas a la validez interna. Dichos diseños disponen de los mecanismos necesarios (ej., asignación aleatoria) para mantener

bajo control las variables que puedan confundir los resultados de una investigación particular, por tanto, presentan un control experimental «total».

A menudo, en nuestro ámbito profesional, clínico o investigador, priman las situaciones que distan mucho de ser las más idóneas para aplicar auténticos experimentos, que nos garanticen un control experimental adecuado sobre las amenazas potenciales a la validez interna. Una solución posible consiste en trabajar con diseños cuasiexperimentales. En éstos el investigador no puede ejercer el control de los verdaderos experimentos (ver Campbell y Stanley, 1966; Cook y Campbell, 1979). La utilización adecuada de los mismos supone conocer minuciosamente cuales son las variables específicas de cada diseño que están fuera de control. El conocer los puntos débiles del diseño que estamos manejando en un momento dado, nos ayudará a interpretar correctamente los datos que obtengamos.

La característica básica de estos diseños es la ausencia de la asignación al azar de los sujetos a los distintos grupos que conforman el estudio. Todas las demás características son equivalentes a las que aparecen en los diseños experimentales entre grupos. Precisamente, la denominación de cuasiexperimentales se debe a que se aproximan a las características de las que gozan los auténticos diseños experimentales.

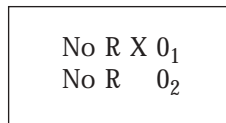
Cuando vamos a llevar a cabo una investigación, y las características inherentes a la misma no nos permite recurrir a los diseños experimentales, contamos con varias alternativas de diseños cuasiexperimentales. Sin embargo, las más utilizados son las formas paralelas de los diseños experimentales pretest-postest y sólo postest (Carmona et al., 1998; Kazdin, 1992), denominados por Campbell y Stanley (1966) diseños de grupo control no equivalentes. El origen de tal denominación se debe a que estos diseños cuentan con grupos control que obviamente no son equivalentes a sus homólogos experimentales. La ausencia de la asignación al azar de los sujetos a los grupos del experimento es la causa de que no ocurra tal equivalencia. Esto puede repercutir en que las condiciones experimental y control difieran de antemano a la intervención, y a la postre, sea esto lo que realmente produzca o no resultados significativos y no el tratamiento que se administró al grupo experimental.

El *diseño cuasiexperimental de grupo control pretest-postest* ha sido el más utilizado de los diseños de grupos de control no equivalentes. Básicamente se forman dos grupos, uno recibe la intervención y otro no, sin una asignación aleatoria previa de los sujetos (*No R*). Esto se representa del siguiente modo:

No R	0 ₁	X	0 ₂
No R	0 ₃		0 ₄

La utilización del pretest nos permite averiguar hasta qué punto se parecen o difieren ambos grupos. La similitud pretest en una dimensión dada no nos garantiza la equivalencia de los grupos antes de la intervención, en el resto de las dimensiones relevantes, aunque si bien es cierto que a mayor semejanza más se incrementará nuestra confianza en que lo sean. Esto es, la fuerza del diseño depende directamente de la similitud de los grupos experimental y control (Kazdin, 1998). A medida que se incrementa el grado de equivalencia entre ambas condiciones, se hace más difícil atribuir los resultados obtenidos en el experimento a la historia, la maduración, la medición, la regresión, la mortalidad y otros factores similares, que pueden surgir como amenazas a la validez interna y externa, fruto de la disparidad entre las características de los sujetos del grupo experimental y del grupo control.

Otra versión muy utilizada de diseños de grupos control no equivalentes es la de *grupo control con sólo postest*. La filosofía de este diseño cuasiexperimental es la misma que la del grupo control con pretest y postest. Al igual que en éste, la asignación de los sujetos a las condiciones experimental y control no es aleatoria. A uno de los grupos se le aplica la intervención, mientras que el otro nos sirve de control, pero a diferencia del diseño anterior no se administra un pretest. Esquemáticamente se representa del siguiente modo:



El principal problema de este diseño es la equivalencia preintervención de los grupos. Al no haber sido asignados los sujetos al azar y/o no contar con un pretest no podemos evaluar la misma. La ausencia de información acerca de la similitud de las dimensiones de ambas condiciones antes de la intervención, pone en entredicho los resultados que logremos en una investigación dada. Difícilmente se pueden atribuir las diferencias obtenidas a una determinada variable, cuando en realidad no podemos descartar otros factores por el desconocimiento de los mismos.

Aunque existen otros diseño cuasiexperimentales (ver Campbell y Stanley, 1966) son menos utilizados que los anteriores.

7. EL GRUPO DE CONTROL

Las dos características fundamentales de los diseños experimentales, respecto de los preexperimentales y cuasiexperimentales, estriba en que

incorporan la asignación al azar de los sujetos a los grupos y una o varias condiciones control (Campbell y Stanley, 1966). La condición mínima en un diseño de comparación de grupos es la inclusión de un grupo experimental que recibe la intervención y un grupo control que no la recibe.

La utilización de la condición control obedece al intento de evitar las amenazas a la validez interna (ej., la historia pasada, la maduración) que pueden interferir a la hora de obtener inferencias válidas. Los grupos control que se utilizan más en la investigación de la eficacia de cualquier intervención, sea un tratamiento o un programa preventivo, son el grupo control de no intervención, el grupo control de lista de espera y el grupo control no asignado aleatoriamente (Kazdin, 1992, 1998).

7.1 GRUPO CONTROL DE NO INTERVENCIÓN

Esta condición es la más básica y utilizada en los diseños experimentales. La característica definitoria del mismo es que los sujetos asignados a este grupo no reciben intervención. La inclusión de un grupo de no intervención nos permite controlar los efectos de la historia y la maduración, así como otras amenazas a la validez interna. Su utilización está indicada cuando queremos evaluar un programa preventivo concreto y queremos dar respuesta a la cuestión *¿qué alcance tendría la mejora de la persona sin la aplicación del programa preventivo?*, o lo que es lo mismo, evaluar el impacto de una intervención. Por tanto, nos permite ejercer un relativo control sobre la remisión espontánea, esto es, la mejora del problema sin un programa preventivo formal.

Ahora bien, esta modalidad de control cuenta con distintas limitaciones debido a las múltiples influencias que pueden incidir en las personas de los grupos de no intervención. En primer lugar, los sujetos que no reciben intervención pueden demandar, o les pueden proporcionar, otras formas de ayuda fuera del estudio en el cual participan. También pueden mejorar como resultado de recurrir algunos a otras intervenciones preventivas existentes (ej., hablar con un amigo, leer un manual de autoayuda, asistir a un programa comunitario). En segundo lugar, hay otros factores que pueden propiciar mejoras en los sujetos. Entre ellos cabe destacar los cambios en la situación que precipita el problema (ej., empezar a trabajar), el paso del tiempo (ej., después de la muerte de un ser querido) u otro tipo de eventos similares que experimentamos en nuestra vida, que nos pueden afectar a nivel cognitivo, afectivo, motivacional o conductual. Por tanto, el paso del tiempo, competidor serio de muchas intervenciones, es la variable que presenta una menor susceptibilidad de control para esta

condición. Esto es, desde un punto de vista metodológico, la cuestión principal radica en la dificultad de control de las mejoras que ocurren en función de múltiples influencias a las que están expuestos los sujetos (Kazdin, 1998).

En tercer lugar, existen claros problemas de orden práctico en la utilización de grupos control de no intervención. La dificultad fundamental reside en explicarle a las personas o a los Centros de esta condición que no es posible administrarles una intervención preventiva. Esto puede llevar a los sujetos o Centros a buscar otras intervenciones, dejar de cooperar y/o abandonar el estudio. Por ello, la utilización de una condición con estas características puede ser sólo factible para un período de tiempo relativamente corto (ej., el intervalo entre la evaluación pre y postratamiento o, como mucho, hasta 12 meses después de la intervención). Muchas de las diferencias entre grupos de intervención y no intervención, sobre todo a largo plazo, pueden ser más bien una función de la atrición y de la selección diferencial de los sujetos que de la intervención. Por último, nos encontramos con problemas éticos derivados de la negación de la intervención a esas personas, por parte de ellas o de sus padres. A primera vista parece difícil de justificar el no administrar una intervención preventiva, igual que ocurre en el caso del tratamiento, a una persona que lo demanda, que otros lo han demandado por él o que lo precisa. Es una cuestión ética que tenemos que tener en cuenta y al tiempo conocer las normas administrativas y legales al respecto (Carmona et al., 1998).

7.2 GRUPO CONTROL DE LISTA DE ESPERA

El grupo control de lista de espera surge como una opción para paliar las dificultades inherentes al grupo control de no intervención. Aunque desde un punto de vista metodológico puede que no haya sustituto para un grupo que no recibe intervención, en concreto, si el objetivo de la investigación es evaluar los efectos a largo plazo de un programa preventivo. La característica fundamental de esta condición es que los sujetos no reciben el programa durante un período determinado, que no debe ser demasiado largo, doce meses como máximo habitualmente, pero inmediatamente después de ese intervalo se les aplica el mismo. Por tanto, se retrasa la intervención un período de tiempo especificado.

Dicha condición tiene que cumplir dos requisitos básicos (Kazdin, 1998): 1) si incluimos un diseño de grupo control pretest-postest no se le puede proporcionar ninguna intervención a los sujetos del grupo control de lista de espera entre el período de evaluación pretest y el postest;

durante ese intervalo el grupo es funcionalmente equivalente a un grupo control de no tratamiento; 2) el período de evaluación entre el pretest y el postest debe ser equivalente al de la evaluación pre y postintervención del grupo experimental. Es importante mantener constante el intervalo de tiempo para controlar la historia y la maduración de los sujetos a lo largo del proceso de evaluación.

La utilización de esta modalidad de comparación conlleva varias ventajas. Desde un punto de vista práctico, es más fácil conseguir sujetos o Centros para participar en esta condición, aunque ello depende del tiempo que tengan que esperar para recibir la intervención, la severidad del problema, la necesidad subjetiva de ayuda y la disponibilidad de fuentes alternativas para solucionar el problema. Desde un punto de vista metodológico, minimiza los problemas que surgen con un grupo control de no intervención, lo que posibilita evaluar adecuadamente los distintos efectos de la misma. Asimismo, los problemas éticos quedan reducidos a aquellos sujetos que sienten una necesidad inmediata de la intervención y a los que la demora del mismo les pueda acarrear consecuencias claramente negativas (ej., los alumnos que hay tienen un consumo ocasional de distintas drogas).

7.3 GRUPO CONTROL NO ASIGNADO ALEATORIAMENTE

El grupo control no asignado aleatoriamente es una condición que se añade al diseño de la investigación, que utiliza sujetos que no forman parte de la muestra original y no son asignados al azar a los grupos. Esta modalidad de control se utiliza para reducir la plausibilidad de algunas amenazas específicas a la validez interna (ej., historia, maduración, medición). En la investigación se suele incorporar al diseño experimental para proporcionar información adicional que pueda ser útil a las conclusiones y a la validez del resultado de un estudio dado. En concreto, es de gran utilidad cuando se compararan los resultados logrados por los sujetos en la intervención con sus iguales que no han llevado a cabo la misma, que aparentemente tienen un funcionamiento normal en la dimensión que se compara (desempeñan la función de datos normativos) (Kazdin, 1998).

La limitación fundamental de los grupos de comparación no asignados al azar radica en su propia naturaleza. Aunque la finalidad de esta condición control es la misma que la del grupo control de no intervención, pueden surgir problemas en la interpretación de los resultados como consecuencia de la forma en que se constituyen los grupos control.

8. LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS: ALGUNAS CUESTIONES A LAS QUE HAY QUE PRESTAR ATENCIÓN

No es difícil encontrar programas preventivos que han sido aplicados y que no fueron evaluados, partiendo del supuesto de que la intervención de las actividades preventivas cambiarán, reducirán o eliminarán las conductas relacionadas con el consumo de drogas. La consecuencia de ello es que se está aplicando algo de lo que no se conoce su real funcionamiento. Por suerte, con la mejora del conocimiento y del enorme avance en el campo en la prevención de las drogodependencias esto cada vez es menos frecuente. Aún así, hoy conocemos relativamente bien toda una serie de problemas relacionados con la metodología de investigación sobre los programas preventivos (ej., Botvin y Botvin, 1992; Botvin y Wills, 1985; Flay, 1985), como son la validez de los datos autoinformados, lo apropiado de los diseños de investigación, la unidad de asignación y análisis, la comparación inicial de los grupos experimentales y el potencial impacto de la atrición sobre la validez interna y externa que debemos tener siempre en cuenta.

8.1 LA VALIDEZ DE LOS DATOS AUTOINFORMADOS

Casi toda la investigación que se ha realizado sobre la etiología del consumo de drogas, los informes de evaluación de las tendencias de prevalencia del consumo de sustancias, y la evaluación de los programas preventivos se han basado en datos de autoinforme (Springer y Uho, 1998), aunque cada vez hay más excepciones a ello (Becoña et al., 1994). El problema radica en la veracidad de los datos autoinformados que da una persona sobre su conducta de consumo de drogas. No parece descabellado asumir que muchas personas pueden indicar consumos menores a los que realmente hacen puesto que el consumo de sustancias se percibe como indeseable (lo que puede repercutir en una infravaloración del consumo) o deseable (supravalorado el consumo). De ahí, el incremento en la insistencia en que se utilicen medidas objetivas para determinar dicho consumo de drogas, como ya se hace en la evaluación de muchos programas preventivos (ej., CSAP, 2001).

Hay que indicar que la limitación que tiene la evaluación objetiva del consumo de drogas es que no es posible generalizarla siempre. En un programa escolar puede ser posible. En un programa comunitario o en toda una población no es posible. Pero aún así pueden hacerse muestreos aleatorios, para conocer la adecuación entre los datos autoinformados y los realmente validados objetivamente con medidas fisiológicas. En un caso o

en el otro las medidas deben recogerse anónimamente y debe insistirse especialmente en ello. Esto facilita el que las personas digan la verdad y se incremente la fiabilidad de los datos recogidos.

8.2 DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN

Es claro que si queremos hacer una investigación con un adecuado nivel de calidad sobre un programa preventivo tenemos que evaluarlo utilizando un diseño de investigación (Carmona et al., 1998; Meltzoff, 1998). Esto exige la utilización de un grupo de control, alguno de los que hemos visto mas atrás. Sin dicho grupo de comparación solo podremos saber la eficacia del programa pre-post pero sin saber con qué compararlo, y sin poder solventar muchos de los problemas relacionados con la validez interna y externa, así como tampoco poder generalizar los resultados obtenidos al resto de las posibles personas a las que se le puede aplicar.

Otra cuestión no siempre fácil de solventar, es que aunque consigamos un grupo de control, en ocasiones este grupo está contaminado por otro tipo de intervenciones preventivas que están recibiendo (ej., educación para la salud a nivel transversal en las distintas asignaturas de su ciclo escolar relacionada con la prevención de drogas). Esto ocurre tanto para la evaluación de los programas preventivos, como especialmente cuando se hacen estudios de seguimiento a largo plazo (ver Kandel, 2002). Por ello, y relacionado con esto, es importante evitar la contaminación entre las condiciones. De ahí el que se haya propuesto como aconsejable asignar unidades enteras (ej., escuelas) a los distintos grupos que estamos comparando (experimental vs. control). Igualmente, relacionado con ello, hoy hay que tener muy en cuenta el tamaño de la muestra, ya que si la muestra es pequeña es más difícil obtener diferencias significativas. O, si en los análisis estadísticos comparamos el número de unidades (más que de personas) asignadas a cada condición, tenemos que tener un número suficiente de ellas en cada condición por el efecto de los grados de libertad (ver Collins y Seitz, 1994).

Otra cuestión que siempre se debe tener en cuenta es que en toda investigación experimental hay que utilizar procedimientos estandarizados para así poder controlar la varianza extraña. Las intervenciones preventivas y los procedimientos de recolección de datos se deberían protocolizar de forma escrita y las personas que vayan a recoger los datos y llevar a cabo la intervención se les debería proporcionar entrenamiento para asegurar la estandarización (Carmona et al., 1998).

Y, una cuestión que no siempre tiene una adecuada solución en la evaluación experimental preventiva, es que en muchos casos no nos que-

da más remedio que utilizar un diseño cuasi-experimental, como ocurre en muchos casos cuando las unidades experimentales no pueden ser asignadas aleatoriamente a las distintas condiciones. La estrategia experimental es la mejor y la preferible, pero en ocasiones, no siempre puede ser así. Aunque es menos potente que la experimental la estrategia cuasiexperimental no es desechable y con ella podemos seguir haciendo avanzar el conocimiento tanto para la evaluación de las intervenciones preventivas como en otros campos de la ciencia.

8.3 COMPARABILIDAD DE LOS GRUPOS

Hay un grupo de factores que pueden afectar a la comparabilidad de los grupos experimentales en los estudios de investigación de prevención. Diferencias preexistentes (basadas en una comparación de los grupos en el pretest inicial o durante una serie de pretests/evaluaciones de línea base) pueden enmascarar efectos de prevención significativos o conducir a conclusiones erróneas de que una aproximación preventiva particular reduce la incidencia/prevalencia del consumo de sustancias.

Aunque es posible en la mayoría de los estudios controlar la ausencia de comparabilidad de grupos, como por ejemplo, utilizando test de puntuaciones de diferencia o análisis de covarianza (Collins y Seitz, 1994; Norma y Streiner, 1996), diferencias importantes en los porcentajes de consumo de la sustancia en el pretest pueden llevar a conclusiones erróneas. Por lo general, los grupos con porcentajes iniciales elevados de consumo de drogas no sólo continuarán siendo elevadas respecto a otros grupos, sino que realmente también pueden aumentar en un porcentaje muy diferente con el tiempo.

La asignación aleatoria elimina la mayoría de las amenazas a la validez interna y externa (Kazdin, 1992), pero puede no necesariamente traducirse en grupos muy comparables (Strube, 1991). Si se asigna un número pequeño de unidades (ej., escuelas, clases o sujetos) a las condiciones experimentales, es preferible utilizar la estrategia de emparejamiento. Ésta nos permite agrupar a los sujetos en función de la similitud de una dimensión o conjunto de dimensiones, que conocemos o sospechamos que se relacionan con la ejecución en la medida(s) dependiente(s). Esta estrategia proporcionaría en la mayoría de las circunstancias una mayor comparabilidad de los grupos. También podemos utilizar en la asignación aleatoria la estrategia de bloques, en la cual dividimos todas las unidades en bloques homogéneos, utilizando una o más variables, y luego se asignan estas unidades aleatoriamente a las condiciones de programa preventivo y control (Dielman, 1994). Indiferente al método usado, el primer paso para

demostrar la presencia de efectos de prevención es demostrar que los grupos control y experimentales son comparables antes de aplicar la intervención preventiva. Por tanto, es aconsejable que se haga un esfuerzo en este punto y nos aseguremos de que el grupo experimental que vamos a utilizar es comparable al control.

8.4 LA MORTALIDAD EXPERIMENTAL

Otro de los problemas que pueden ocurrir en los estudios de investigación de prevención, y que afecta a la comparabilidad de los grupos experimentales, es la mortalidad experimental. Al igual que la ausencia de comparabilidad entre los grupos a causa de la existencia de diferencias antes de la intervención, la imposibilidad de comparar los grupos por la pérdida de sujetos experimentales, también puede llevarnos a conclusiones erróneas en el estudio. En este caso, los grupos en el pretest pueden ser muy comparables, pero las diferencias en el número de sujetos perdidos entre las condiciones experimentales en el curso del estudio puede producir grupos no comparables (Kazdin, 1992). Grupos que al principio de la investigación se podían comparar en todas las variables, puede que al final sean bastante diferentes, como consecuencia de este fenómeno.

Dependiendo de la dirección de la atrición diferencial (ej., la manera por la cual los grupos llegan a ser diferentes), los efectos de la prevención pueden parecer más fuertes o más débiles, que lo que realmente son. Por ejemplo, si en el grupo de prevención se produce una pérdida elevada de sujetos y no en el control, y las personas que se pierden fueron fundamentalmente aquellas que consumían drogas o estaban en riesgo para ser consumidores, los efectos que obtengamos derivados de la intervención de prevención pueden ser consecuencia de la atrición y no de la intervención. A la inversa, la atrición diferencial que tiene como consecuencia la pérdida de usuarios de la sustancia o que están en riesgo de ser consumidores en el grupo control, pueden enmascarar la presencia de los efectos de la intervención preventiva. Prácticamente todos los estudios de prevención que se llevan a cabo con los estudiantes de la escuela primaria o de bachillerato tienen al menos un tipo de atrición diferencial, ya que se pierden más usuarios de sustancias durante el seguimiento (Botvin y Botvin, 1992). Esto es el resultado de que este tipo de sujetos presenta un mayor absentismo, más abandonos en los estudios o no están de acuerdo en completar los cuestionarios. Aunque este tipo de atrición afecta a la validez externa (generabilidad) de los estudios de prevención no socava la validez interna, que es la amenaza más seria a la integridad de un estudio de prevención. La validez interna se

vería afectada si hubiese una pérdida diferencial de usuarios de sustancias entre los grupos de prevención y control.

Dado que la atrición supone un serio problema en este tipo de estudios, se deberían utilizar distintos procedimientos para minimizarla. Más aún un importante paso en el análisis y la presentación de los hallazgos del estudio de prevención, es determinar si hubo atrición, cuán extensa fué y el grado en el que puede afectar a las diferencias entre grupos. Si se demuestra que no hubo atrición diferencial o que no fue lo suficientemente importante como para influir en los resultados del estudio, ello realza claramente las conclusiones de la eficacia de la condición preventiva sobre la de control.

9. PASOS DE UNA INVESTIGACIÓN EN LA EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA PREVENTIVO

La investigación que podemos realizar sobre la evaluación de la eficacia de un programa preventivo sigue los mismos pasos que la investigación en general. Únicamente tenemos que adaptarla a las características propias del objeto de la investigación, tipo de muestra que seleccionaremos, problemas inherentes al estudio y su puesta en práctica, tipo de lugar donde se lleva a cabo (habitualmente en la escuela, o en toda la comunidad), etc. A continuación, exponemos los pasos que tenemos que seguir en una investigación sobre ello, indicando en la tabla 57 los puntos resumidos de la misma.

9.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y EVALUACIÓN DE NECESIDADES

Cuando un investigador se plantea hacer una investigación el motivo esencial es que tiene un problema para el que no tiene solución. Esto suele ser debido a que hay una laguna en nuestro conocimiento acerca del mismo, resultados contradictorios o el hecho requiere explicación en este momento (McGuigan, 1983). Una investigación controlada probablemente pueda dar solución al mismo.

En el caso concreto de la prevención en drogodependencias, cuando decidimos hacer una investigación con un programa preventivo ésta puede dirigirse a comprobar el funcionamiento de un programa que ya ha funcionado en otro contexto o país distinto, mejorar un programa que ya veníamos aplicando o evaluar un nuevo programa del que no tenemos datos sobre su eficacia. Para ello ponemos en marcha la investigación. En cualquier caso de los anteriores, la utilización de la metodología científica per-

Tabla 57
PASOS DE UNA INVESTIGACIÓN EN LA EVALUACIÓN
DE UN PROGRAMA PREVENTIVO

1. Planteamiento del problema y evaluación de necesidades
2. Revisión de la literatura científica sobre el tema en cuestión
3. Modelo teórico del que partimos
4. Formulación de las hipótesis
5. Definición de las variables
 - variables dependientes e independientes
 - variables de evaluación
 - variables del programa
 - variables de los sujetos
 - variables de los aplicadores del programa
6. Control de las variables extrañas
 - validez interna
 - validez externa
7. Selección del diseño de investigación
8. Muestra: selección y asignación de los sujetos a los grupos de intervención y de control
9. El procedimiento experimental
 - Evaluación preintervención
 - Aplicación de la intervención preventiva
 - Evaluación postintervención
 - Evaluación de seguimiento
10. Resultados: tratamiento estadístico de los datos
11. Elaboración de inferencias desde las hipótesis en función de los resultados
12. La generalización de los resultados
13. Elaboración del informe de la investigación

mite poder contestar a las preguntas que subyacen a nuestro problema. De ahí que para ese problema buscamos una adecuada solución y con la investigación que ponemos en marcha esperamos darle respuesta o avanzar un poco más en la línea de darle una adecuada respuesta al mismo.

En muchos casos el planteamiento del problema viene dado después de la evaluación de necesidades. La evaluación de necesidades es el proceso por el cual llegaremos a conocer sobre qué tenemos que intervenir

una vez que tenemos claramente definido el problema. Por ello hoy es relevante definir la población o grupo problema, lo que se conoce también con el nombre de *grupo o población diana*, junto a los factores de riesgo que se relacionan con el consumo de drogas en esas personas o en una población concreta. En muchos casos, el análisis de necesidades puede llevar también a concluir que es útil y necesario potenciar los factores de protección.

En la evaluación de necesidades el primer paso es definir claramente la población sobre la que vamos a intervenir o sobre la que nos piden que intervengamos. Conocer la prevalencia e incidencia del consumo de drogas en la misma es lo primero. Pero no debe olvidarse que cuando hablamos de prevención es precisamente porque muchas de las personas aún no han consumido drogas y nuestro objetivo es que no las consuman (Arthur y Blitz, 2000). Por suerte, hoy conocemos relativamente bien los factores de riesgo y protección, lo que nos ayuda en esta tarea. Si disponemos de estudios sobre los mismos en una población determinada, lo más cercana a la que vamos a intervenir, esto nos allana el camino (ej., Graña et al., 2000). Todo ello lleva a identificar y definir la población sobre la que vamos a intervenir, tanto referido a las personas sobre las que vamos a realizar la intervención preventiva como sobre las características de esa población a nivel social (ej., paro), económico, de servicios, etc. (CSAP, 2001). Uno de los aspectos más relevantes de todo ello será conocer la edad de comienzo del consumo de las distintas drogas para poder intervenir en la población diana antes de que esto ocurra; o, si ya consumen esporádicamente o con cierto grado, habrá que implantar medidas de reducción de riesgos. En suma, definir claramente la población sobre la que vamos a actuar es clave para poder delimitar las metas y los objetivos de la intervención; esto es, si va a ser la prevención del consumo de drogas o la reducción del mismo. Hoy también se sugiere que a lo anterior se añada una teoría de cambio, junto a las metas y objetivos (CSAP, 2001) que nos permita guiar nuestro trabajo y explicar los resultados que podamos obtener. Esto significa organizar, o comenzar a organizar, toda la información de un modo lógico, nada más comenzar a plantearnos el problema, para que, como veremos en los siguientes puntos, podamos tener un nivel teórico, aplicado y un adecuado conocimiento sobre la población diana a la que vamos a aplicar la intervención preventiva.

Lo cierto es que un análisis de necesidades bien realizado implica, en muchos casos, si el problema no está bien definido, o es muy ambicioso su objetivo general, un estudio previo y a veces amplio, antes de poner en marcha el programa preventivo. En la práctica, en nuestro medio, solemos actuar del modo que hemos visto en el capítulo anterior, lo que nos facilita adecuar el problema que nos planteamos y el análisis de necesi-

dades en términos objetivos y realistas y, a partir de ello, pasar a las siguientes fases para la realización de una investigación.

9.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE EL TEMA EN CUESTIÓN

Actualmente es difícil tener una idea original sentado detrás de una mesa pensando días y días. Dado que vivimos en una comunidad científica, con miles de investigadores en los distintos campos del saber investigando y dando a conocer lo que obtienen en sus investigaciones, aunque tener ideas originales (intuiciones) es sumamente importante, éstas se ven favorecidas por el análisis de la literatura científica sobre nuestro campo de investigación. Esto facilita no caer en la creencia de que hemos tenido una idea original cuando ya otros la han dado a conocer hace tiempo. No es extraño que distintas personas lleguen a las mismas conclusiones sobre un mismo problema en el mismo momento temporal cuando ambos tienen la información suficiente para llegar a ellas.

La revisión de la literatura científica sobre un problema se suele abordar utilizando las bases de datos informatizadas, básicamente el *psyclist*, que cubre las revistas más importantes de psicología, y el *medline*, que cubre las revistas más importantes del campo médico. Pero existen muchas otras bases de datos para temas específicos que se pueden consultar. La utilización de descriptores, palabras clave y autores permite de modo rápido conocer qué existe publicado sobre un problema concreto y el resumen de los artículos. También utilizar los libros de nuestra biblioteca o de las bibliotecas especializadas (ej., la del Plan Nacional sobre Drogas, la de diversos centros de documentación sobre Drogas, las de las Universidades, la de Idea-Prevención, etc.), ayudan a completar nuestra búsqueda. Una buena biblioteca especializada permitirá obtener los artículos de las revistas científicas que son relevantes para nuestra investigación.

9.3 MODELO TEÓRICO DEL QUE PARTIMOS

Un hecho que ha cobrado una gran relevancia en los últimos años, referido al campo de la prevención de las drogodependencias, es partir de un modelo teórico concreto, como ya hemos revisado en un capítulo anterior o se puede ver más extensamente en una monografía dedicada a esta cuestión (Becoña, 1999). Aunque no siempre se indica, cualquier investigador, como cualquier investigación, parte de un modelo teórico implícito o explícito. En nuestro campo se asume que partir de un modelo teó-

rico consistente permite avanzar el conocimiento. Esto es lo que realmente se hace en todas las ramas del saber. La investigación, después de la observación y la formulación de hipótesis, permite elaborar modelos y teorías para explicar el funcionamiento de la realidad en ese concreto aspecto. Y, si a su vez, partimos de un modelo que tiene una buena fundamentación podremos avanzar más y mejor en la investigación y con los resultados que obtengamos no sólo incrementar el conocimiento sino también confirmar o cambiar el modelo del que hemos partido. Si esto, además, es realizado por muchos otros investigadores, es claro que el conocimiento avanza y avanza mucho en poco tiempo.

9.4 FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Las intuiciones ayudan a desarrollar a la ciencia pero éstas probablemente se hacen más fluidas si al tiempo conocemos mucho sobre eso de lo que queremos tener intuiciones. Al principio podemos plantear tantas intuiciones como creamos necesarias, pero a continuación hay que plantearse si podemos comprobarlas, si son relevantes o simples, si son originales, etc. (Mitchell y Jolley, 1992). Estamos en el proceso de crear hipótesis intuitivas, o simplemente formular hipótesis, que serán más o menos potentes si se basan en la literatura científica ya publicada, en modelos teóricos consistentes, en nuestra experiencia, en una adecuada formulación, en su armonía con otras hipótesis del campo de investigación, lógicamente simple, racional, cuantificable, que sea relevante y que tenga consecuencias en caso de confirmarse (McGuigan, 1983). Nuestro objetivo es convertir nuestras ideas e intuiciones en hipótesis de investigación (Mitchell y Jolley, 1992). Una hipótesis siempre tiene que ser resoluble, formular una proposición comprobable y dar solución a nuestro problema. En función de nuestros resultados podremos decir si nuestra hipótesis es cierta o es falsa.

9.5 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Cuando ya hemos hecho la primera formulación de las hipótesis, o paralelamente a la formulación de las mismas, hay que definir las variables que vamos a utilizar en el estudio. En éste primeramente hay que delimitar cuál va a ser la variable dependiente que se va a evaluar y cuál la independiente que se va a manipular, habitualmente el programa preventivo en dos niveles (grupo experimental y control) o más (varios grupos experimentales y un grupo control), o seleccionamos los valores de-

seados de la variable de entre un número de valores que ya existen. Junto al caso más simple de una variable podemos utilizar varias, tanto dependientes como independientes, aunque con ello se complejifica más la investigación, las hipótesis, el diseño de investigación, etc.

En la evaluación de los programas preventivos es fundamental la selección adecuada de la variable(s) dependiente(s), de tal modo que se puedan evaluar fiablemente los cambios que esperamos se produzcan con la aplicación del mismo (Carmona et al., 1998). A nivel operativo éstas constituyen las variables de evaluación que suelen utilizarse antes de la intervención, al final y en los seguimientos. Suelen utilizarse las relacionadas con el consumo de drogas, tanto de las legales (alcohol y tabaco), como ilegales (ej., cannabis, cocaína, estimulantes, alucinógenos, heroína, etc.). Lo ideal, como ya hemos comentado, es que estas medidas, cuando se recogen en formato de autoinforme puedan verificarse a nivel biológico. Con ello se incrementa de modo importante la confiabilidad de la medida (Collins y Seitz, 1994).

Igualmente relevantes son las variables relacionadas con el tipo de programa preventivo, de los sujetos, de las personas que van a aplicar el programa y del lugar donde se realiza el mismo (tipo de escuela, tipo de comunidad, tipo de barrio, etc.). Dependiendo del tipo de investigación, del diseño y de la muestra es o no posible tenerlas en cuenta, a todas ellas o a una parte de las mismas.

9.6 CONTROL DE LAS VARIABLES EXTRAÑAS

Uno de los aspectos esenciales de cualquier experimento o de una investigación es controlar las variables extrañas que pueden invalidar los resultados obtenidos. Las variables más importantes que influyen en los resultados y que hay que controlar son las que afectan a la validez interna y externa del experimento. La validez interna es «la mínima imprescindible sin la cual es imposible interpretar el modelo» y la externa se refiere a la «posibilidad de generalización» (Campbell y Stanley, 1966). Una investigación tiene validez interna cuando queda claramente demostrado sin dejar lugar a interpretaciones alternativas que determinados cambios que se observan en una variable obedecen a cambios en otra variable. Por su parte, una investigación tiene una validez externa alta cuando sus resultados siguen teniendo vigencia en poblaciones de sujetos y en situaciones distintas a la de la investigación original.

Dentro de los factores que afectan a la validez interna, en su clásico libro Campbell y Stanley (1966), como amplían en Cook y Campbell (1979), se consideran los expuestos ya en las tablas 54 y 55.

Para el experimentador el control de la validez interna es esencial y es sobre la que puede ejercer un control adecuado. El control de la validez externa puede ser ya más compleja y no siempre es posible, de ahí la importancia de la replicación de los estudios cara a la generalización de los mismos.

Un buen estudio exige controlar el máximo posible de variables extrañas que puedan incidir en los resultados. Conociendo las posibles fuentes de error es posible hacerle frente mediante el adecuado diseño para eliminar el mayor número de ellas, seleccionar una muestra y unos instrumentos de evaluación adecuados, junto a otras características de la aplicación del programa, como por ejemplo quien lo aplica.

9.7 SELECCIÓN DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La selección del diseño de investigación viene motivada por cuestiones metodológicas y por cuestiones pragmáticas. Entre las metodológicas están las anteriormente vistas para controlar la validez interna y externa, a las que hay que añadir la muestra de que disponemos (N), si podemos o no aleatorizar a los sujetos en función de la muestra a la que tenemos acceso, colegios en los que aplicamos el programa preventivo, si es un programa escolar, pretensiones del estudio (ej., piloto, exploratorio o confirmatorio), número de personas que aplican el programa, nivel de entrenamiento de los que lo aplican, etc. Las cuestiones pragmáticas atañen al tiempo que exige el estudio, disponibilidad humana, material y económica, tamaño de la muestra, seguimiento, etc.

En función de los anteriores criterios el investigador seleccionará el diseño de investigación más adecuado, dentro de los existentes, como ya hemos analizado previamente.

9.8 MUESTRA: SELECCIÓN Y ASIGNACIÓN DE LOS SUJETOS A LOS GRUPOS DE INTERVENCIÓN Y DE CONTROL

Uno de los puntos cruciales de cualquier investigación es disponer de un número adecuado de sujetos que cumplan los requisitos para nuestra investigación. Como ya apuntamos, esto no siempre es posible a pesar de que sea uno de los objetivos siempre más deseados. Cuando no es posible conseguir una muestra lo suficientemente grande es necesario adecuar nuestras pretensiones a la realidad. Por suerte, los distintos diseños nos permiten seleccionar para la muestra disponible el mejor diseño de investigación dentro de los parámetros que manejamos. Lo idóneo es disponer

de una muestra suficientemente grande (o suficiente número de escuelas) para hacer una asignación aleatoria de los sujetos a un grupo experimental y otro control. Cuando no es posible la asignación aleatoria tenemos que acudir a uno de los diseños cuasiexperimentales existentes.

Por lo ya expuesto anteriormente sobre la validez interna, es esencial la inclusión de un grupo de control para de este modo poder superar varios de los factores que afectan a la validez interna.

9.9 EL PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL

Una vez que tenemos un adecuado número de sujetos, de clases, o de colegios donde a unos les vamos a aplicar un programa preventivo y otros van a servir de grupo de control, los cuales vamos a asignar aleatoriamente (las clases, colegios o bloques) a un grupo experimental y a uno de control, seguiremos los siguientes pasos:

- a) *Evaluación preintervención.* En los programas preventivos de tipo universal cuando se aplican en la escuela asignamos clases o colegios al grupo experimental o control. La evaluación que realizamos antes de aplicar el mismo se hace a unos y a otros. Suele hacerse con cuestionarios de autoinforme sobre el consumo de drogas. Sería idóneo hacer evaluación fisiológica para validar dichos consumos, pero no suele hacerse en este tipo de evaluación. Con esta información disponemos de datos mínimos para saber si los grupos que constituyen el experimental y el de control son equivalentes. A diferencia de lo que ocurre en otros experimentos, en el campo preventivo, y específicamente en el escolar, se incluyen a todos los alumnos de una clase en el programa preventivo. En programas selectivos e indicados podemos seleccionar a los chicos que se adecuan a los mismos, siendo en este caso posible una asignación completamente aleatoria a un grupo experimental y control para ese tipo de programas preventivos selectivos e indicados.
- b) *Aplicación del programa preventivo.* Una vez seleccionados los sujetos y asignados ellos, o su clase en conjunto, al azar a un grupo experimental y otro de control, se pasa a aplicar el programa preventivo. Es deseable, conveniente, necesario y casi siempre imprescindible, que el programa preventivo que se administra esté claramente descrito en lo que atañe a sus componentes, por escrito, en versión para el profesor que lo aplica y para el alumno. Ello facilita saber lo que se ha aplicado cuando analizamos los resultados del mismo. No menos importante es conocer el tipo de

formación y la intensidad de la misma que han recibido las personas que van a aplicar el programa, tipo de formación que tienen en drogas, formación en otras áreas relevantes (ej., didáctica, manejo de grupos, salud mental, etc.).

- c) *Evaluación postintervención.* Finalizada la intervención, que puede estar comprendida entre 8 y 15 sesiones, en varios meses o todo un curso académico, pasaremos a evaluar de nuevo el consumo de drogas, del mismo modo que hemos hecho en la preintervención, para conocer si el programa preventivo ha producido algún efecto o no en los mismos, al poder comparar tales resultados con la evolución que ha tenido respecto al grupo de control. Como sabemos, lo habitual es que se mantengan los resultados o que se incrementen algo en el grupo experimental y que suban significativamente más en los del grupo de control. Si este es el caso se ha conseguido el resultado que se pretendía con el programa preventivo.
- d) *Evaluación de seguimiento.* En el campo del tratamiento es habitual la realización de seguimientos. En el campo preventivo esto es aún más importante para comprobar si los efectos conseguidos con el programa preventivo se mantienen a corto, medio y largo plazo. La evaluación en el seguimiento la haremos habitualmente a los 6 y 12 meses. Cuando disponemos de más medios o posibilidades el seguimiento se puede prolongar a los 2, 3 o hasta cinco años (ej., Botvin, 1995). La evaluación en cada seguimiento se hará como la de antes de la intervención y al final de la misma, para mantener el mismo tipo de medidas, aunque conforme es más largo el seguimiento cobra más relevancia la introducción de medidas biológicas dado que conforme se incrementa la edad (ej., de 12 a 15 años), se incrementa la probabilidad de consumir drogas y de ahí la necesidad de tener una información lo más fiable posible. Lo que esperamos es encontrar que haya diferencias entre el grupo experimental y control a medio y largo plazo, al no incrementarse o mantenerse los consumos en el grupo experimental e incrementarse el consumo en el grupo de control. Un factor que incide negativamente a veces en los resultados que obtenemos es la pérdida de sujetos, o atrición, que en algunos casos suele ser más frecuente en el grupo de control o ocurre en aquellas personas que están en más riesgo de consumir (Collins y Seitz, 1994) o han dejado la escuela por ser los que tienen mayor fracaso escolar, mayores factores de riesgo y mayores riesgos de consumo de drogas (Hawkins et al., 1992). De ahí la relevancia de controlar al máximo todo tipo de variables y de disponer de una muestra lo suficientemente amplia para evitar este tipo de problemas.

9.10 RESULTADOS: TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Finalizada la etapa de obtención de datos del estudio hay que proceder al análisis estadístico de los mismos. Lo que pretendemos con el análisis estadístico es conocer si la diferencia entre los grupos se debe o no al azar. A veces podemos apreciar revisando las medias que éstas son mejores en el grupo experimental que en el control, pero al aplicar una prueba estadística nos indica que no hay diferencias entre ambos grupos. De este modo, la estadística (Carmona et al., 1998; Norma y Streiner, 1996), utilizando la prueba adecuada según el diseño de investigación y el tipo de datos obtenido, nos permite conocer si los resultados se deben o no al azar.

El tipo de análisis va a depender del diseño de investigación y de las variables que hayamos incluido en nuestro análisis. Es muy importante que se utilicen adecuadamente las técnicas de análisis de datos, lo que no siempre ocurre (Judd, McClelland y Culhane, 1995). Diferentes tipos de datos necesitan de diferentes pruebas estadísticas (Greenhalgh, 1997). Si los grupos son equivalentes antes del tratamiento, mediante una asignación aleatoria, y tenemos un grupo experimental y otro control, y la medida de evaluación utiliza una escala de intervalo, realizaremos un análisis de varianza que será de medidas repetidas si tenemos, por ejemplo, evaluaciones en la misma variable en el pre y postratamiento y en los seguimientos de 6 y 12 meses (Rosnow y Rosenthal, 1996). Cuando manejamos porcentajes solemos acudir a pruebas como la de ji cuadrado (Fleiss, 1981). Con frecuencia se acude a técnicas multivariadas cuando utilizamos varias variables dependientes (ej., varias drogas como variables dependientes al mismo tiempo) y otras varias variables independientes (Bryant et al., 1997; Guardia, 1994).

El análisis estadístico de los datos nos permitirá aceptar la hipótesis experimental (la que predice que el programa preventivo causará un efecto) o la hipótesis nula (la que afirma que el programa preventivo no tendrá ningún efecto) y, consiguientemente, aceptar o rechazar la hipótesis que hemos propuesto en función del problema que nos planteamos al principio. Es importante para el análisis estadístico de los datos tener en cuenta el tamaño de la muestra (N) y de cada grupo, el nivel de alfa, la fiabilidad de las medidas utilizadas, la potencia etc. Especialmente, se le debe prestar una especial atención a la potencia (Hallahan y Rosenthal, 1996), la cual hasta hace pocos años se obviaba en muchas investigaciones. Ésta se define como la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando de hecho es falsa. Esto es, es la probabilidad de hallazgo de diferencias entre el programa preventivo y el de control cuando en realidad éstos son verdaderamente diferentes en sus resultados. La potencia ($1-\beta$)

es una función del criterio del nivel de significación alfa, el tamaño de la muestra y la diferencia que exista entre los grupos (tamaño del efecto). Cohen (1977) recomendó la adopción de la convención de $\beta = .20$, por tanto, una potencia de .80.

9.11 ELABORACIÓN DE INFERENCIAS DESDE LAS HIPÓTESIS EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS

Cuando la hipótesis que hemos planteado a nuestro problema se cumple con los resultados que hemos obtenido en el estudio, nuestro esfuerzo ha valido la pena. Significa que hemos ido por el camino correcto y que nuestro esfuerzo ha sido recompensado. Al mismo tiempo es un claro *refuerzo* para la persona o grupo de investigación que ha llevado a cabo el estudio.

Habitualmente un estudio en el campo preventivo se hace dentro de un modelo teórico concreto, con un buen conocimiento de lo publicado sobre el tema, con adecuada experiencia sobre el problema que se ha estudiado y siendo consciente de las limitaciones y aspectos relevantes a solventar con el objetivo central de mejorar los programas preventivos o hacer avanzar el conocimiento en esa línea. Por ello, cada nuevo resultado que obtenemos, en función de nuestras hipótesis, ayudan no solo a incrementar el conocimiento sobre la cuestión planteada sino a elaborar inferencias según los resultados que mejoran los posteriores programas preventivos e incrementan no sólo el conocimiento sino que permiten elaborar modelos teóricos más adecuados a la realidad.

9.12 LA GENERALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

El objetivo que pretende todo investigador es que aquello que ha obtenido en un estudio se pueda generalizar. Esto no siempre es posible en la investigación. En el campo preventivo, como también ocurre en otros campos del saber, por desgracia, no siempre hay un trasvase lineal de lo obtenido en la investigación a lo que hay que hacer en la práctica (CSAP, 2001). Lo que sí es cierto es que el conocimiento es acumulativo. Por ello, el proceso de replicación es imprescindible para confirmar hallazgos previos, para hacer el conocimiento acumulativo y para, finalmente, poder *realmente* generalizar los resultados. Cuando tenemos replicaciones de un mismo estudio ganamos robustez y generalizabilidad de los resultados. Si el estudio es realizado por investigadores distintos y en contextos diferentes y se obtienen los mismos resul-

tados, entonces si que podemos generalizar los resultados. Un modo de solventar la repetición exacta del estudio es refinar las hipótesis o ampliar el estudio inicial con lo que podemos replicar el estudio inicial y ampliarlo. A este último caso se le denomina *replicación sistemática*, mientras que cuando replicamos el estudio exactamente hablamos de *replicación directa* (Kazdin, 1992).

9.13 ELABORACIÓN DEL INFORME DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez que hemos finalizado el estudio sólo nos falta redactar por escrito el informe de la investigación. Aunque pueda parecer que el informe no se elabora hasta este punto, en realidad éste se va elaborando a lo largo del proceso de la investigación, que en muchos casos ha comenzado año y medio o dos antes del informe definitivo de la investigación. En éste recogemos las anotaciones y decisiones tomadas en cada momento y las agrupamos de un modo racional, para presentar como tal informe, sin límite de páginas, como una comunicación para un congreso o en forma de artículo para una revista. Para elaborar este informe recomendamos seguir las normas que exponemos a continuación, que se han elaborado a partir del manual de publicación de la American Psychological Association (2001) en su quinta edición. Los aspectos esenciales que éste debe cubrir los mostramos en la tabla 58.

10. EL PASO DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA DE LA EVALUACIÓN

Una cuestión de gran relevancia en el campo preventivo como en otras áreas del saber es que lo que conocemos a nivel científico se aplique realmente en la práctica. Esto no siempre es así. En la evaluación de los programas preventivos esto también ocurre. Específicamente sobre la evaluación de la prevención hay varias cuestiones que dificultan en algunos casos el que no se haya expandido más la misma. La primera está en que no siempre hay un interés profesional por evaluar. Se asume que eso es labor de otros. Además se parte del hecho de que el programa preventivo que apliquemos tiene que ser efectivo por sí mismo. Esto puede ser cierto o no. Ejemplos que ya hemos visto, como el del programa norteamericano DARE (ej., Lyman et al., 1999) deben hacernos reflexionar, o los muchos programas que se han aplicado en décadas pasadas en España y que no se ha sabido si realmente funcionaban. Por suerte esto ha ido cambiando y tenemos pruebas de que esto hoy no suele ser así.

Tabla 58
PUNTOS QUE DEBE ABARCAR EL INFORME DE INVESTIGACIÓN
O UN ARTÍCULO CON EL RESUMEN DE LA MISMA

1. Título, nombre del autor o autores, institución donde se ha llevado a cabo el estudio y agradecimientos
2. Resumen del estudio
3. Introducción
 - Introducción
 - Desarrollo de los antecedentes existentes en la literatura
 - Marco teórico del que partimos
 - Propósito y racionalidad del estudio que se va a realizar
 - Hipótesis
4. Método
 - Sujetos
 - Materiales e instrumentos de evaluación
 - Procedimiento
 - Diseño experimental
 - Programa (s) preventivo (s) utilizados
 - Análisis estadístico
5. Resultados
 - Resumen de los datos obtenidos
 - Tratamiento estadístico de los datos
 - Tablas y figuras
6. Discusión
 - Evaluar e interpretar los resultados en función de las hipótesis de que se ha partido
 - Plantear las siguientes cuestiones:
 - ¿En que he contribuido con este estudio?
 - ¿Este estudio ayuda a resolver el problema original?
 - ¿Qué conclusiones e implicaciones teóricas puedo extraer del estudio?
7. Referencias bibliográficas
8. Apéndice

NOTA: Elaborado a partir de la quinta edición del Manual de Publicación de la American Psychological Association (2001).

Otra limitación que impide en ocasiones la evaluación es que la misma es costosa y no se asigna un presupuesto para hacerla. En la práctica hay que dedicar del 5 al 10% del coste del programa a la evaluación del mismo. Este coste lo recogemos con creces si con la misma podemos mejorar nuestro programa. Sea una evaluación del proceso, sea una evaluación del resultado o una evaluación del proceso y del resultado, con la misma obtendremos una valiosa información que nos permitirá conocer mejor lo que hemos hecho y cómo podemos mejorar nuestro trabajo en el inmediato futuro. La intervención y la evaluación deben ir unidas, al nivel que podamos, pero nunca separadas ni independientes. Tal unión ha posibilitado que hoy podamos hablar de una ciencia de la prevención en drogodependencias, como no podíamos decir hace unas décadas, precisamente porque hemos sido capaces de aplicar programas efectivos, demostrar que funcionaban, y mejorarlos hasta el punto en el que se encuentran actualmente. Con todo, no hay que olvidar que una evaluación bien realizada es una labor intensiva y especializada. Por ello hay que saber qué tipo de evaluación podemos hacer, o hasta donde nos es posible evaluar en función de los medios disponibles (económicos, humanos, técnicos, etc.), como ya hemos visto ejemplificado en el ejemplo del capítulo anterior.

Dentro ya de la evaluación hay distintos problemas prácticos que hay que tener en cuenta cuando se realiza si queremos conseguir un buen nivel de calidad con la misma. Algunos de estos son la necesidad de asignar los sujetos, las clases o los colegios al azar, a un grupo experimental y a otro de control, lo que no siempre se puede hacer; realización de medidas fisiológicas junto a los autoinformes, lo que en muchos casos está limitado por el coste; personal especializado si el tipo de programa, diseño o cantidad de sujetos a los que le aplicamos el programa preventivo es muy amplio; etc. Lo que sí es cierto es que tenemos que ser realistas y hacer nuestro trabajo del mejor modo posible. Lo que puede ser una buena alternativa es pedir ayuda a otros profesionales, o a gente de la Universidad o centros de investigación especializados en drogodependencias para que nos puedan ayudar en la evaluación que queremos realizar, o en la que podemos realmente hacer.

Todo lo dicho hasta aquí se relaciona con la necesidad de disponer de tiempo. El tiempo es un bien muy preciado, que se asocia con la disponibilidad de personal y del dinero que tenemos para el programa preventivo. Hacer un cronograma de actividades realistas es clave para conseguir tener claros unos objetivos concretos y que sean plausibles. Esto significa adecuarnos a la realidad y poder conseguir las metas que nos proponemos desde el principio. Esto es especialmente importante cuando la idea es hacer una evaluación a largo plazo, como es necesario en muchos programas pre-

ventivos, especialmente cuando se está evaluando un programa preventivo para conocer si funciona adecuadamente, y tenemos que hacer un seguimiento de 3 a 5 años. Este caso suele ser el típico de la evaluación preventiva en su más amplio sentido, como cuando es realizada por un equipo de personas altamente cualificadas a nivel preventivo y metodológico. Pero en ocasiones también el profesional tiene que hacer este tipo de seguimientos y tiene que tener siempre en la cabeza la posibilidad de hacerlos porque es un modo idóneo de conseguir conocer con total seguridad que el trabajo que estamos realizando cumple realmente los objetivos, como es conseguir la reducción del consumo de drogas o el retraso en la edad de inicio, junto a otros aspectos de la reducción de riesgos, como se incluye muchas veces como uno de los objetivos de los programas preventivos.

Lo que queda claro de todo lo dicho es que la evaluación es una labor que tiene que realizar el profesional junto con el científico cuando le encomiendan evaluar dicho programa. A un nivel o a otro la evaluación es necesaria con un mayor o menor nivel de intensidad. De este modo se une la teoría con la práctica. De poco sirve decir que hay que evaluar si luego no se evalúa nada. Lo que sí hay que hacer es una evaluación realista. Es mejor utilizar tres indicadores fiables y mantenerlos en el tiempo, que manejar 40 que no somos capaces de manejar por su complejidad o por falta de tiempo. Adecuar las necesidades, al tiempo y a los medios de que disponemos, es quizás la clave de poder funcionar con los pies en la tierra.

11. CONCLUSIÓN

Pasaron los tiempos en que lo que se hacía en prevención no se evaluaba o se evaluaba escasamente. Hoy disponemos de suficientes recursos técnicos y conocimientos para hacer una adecuada evaluación de la prevención en drogodependencias. En las últimas décadas el avance ha sido enorme y hoy disponemos de un gran número de programas preventivos evaluados, tanto en otros países como en el nuestro. Hacer la evaluación, sea del proceso o del resultado, es un aspecto más que hay que tener en cuenta en nuestro trabajo cotidiano. Esto se ha favorecido de modo importante por disponer de un conjunto amplio de recursos metodológicos y técnicos, como hemos ido viendo a lo largo de este capítulo, que lo hacen hoy posible y nos permite, además, hacer una evaluación de calidad. Saber el tipo de evaluación que podemos hacer, partiendo de un nivel realista, nos permitirá evaluar aquello que nos es viable evaluar e ir mejorando el trabajo preventivo tanto para nosotros como para el conjunto más amplio de todas las personas que nos dedicamos al campo de la prevención de las drogodependencias.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, M. J. y ANDER-EGG, E. (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- 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., AVIA, M. D., CALVO, R. y MORALES, J. F. (1979). *Los dos métodos de las ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- American Psychological Association (2001). *Publication manual of the American Psychological Association, 5th edition*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- ARTHUR, M. W. y BLITZ, C. (2000). «Bridging the gap between science and practice in drug abuse prevention through needs assessment and strategic community planning». *Journal of Community Psychology, 28*, 237-255.
- BECOÑA, E. (1995). «La prevención de las drogodependencias. Introducción a algunas cuestiones actuales». En E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (Coords.), *Drogodependencias IV. Prevención*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- BECOÑA, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas
- BECOÑA, E., PALOMARES, A. y GARCÍA, M. P. (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- BEST, J. A., THOMSON, S. J., SANTI, S. M., SMITH, E. A. y BROWN, K.S. (1988). «Preventing cigarette smoking among school children». *Annual Review of Public Health, 9*, 161-201.
- BORDENS, K. S. y ABBOTT, B. B. (1999). *Research design and methods. A process approach (4th ed.)*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- BOTVIN, G. J. (1995). «Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes. Consideraciones teóricas y hallazgos empíricos». *Psicología Conductual, 3*, 333-355.
- BOTVIN, G. J., BAKER, E., DUSENBURY, L., BOTVIN, E. M. y DÍAZ, T. (1995). «Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle class population». *Journal of the American Medical Association, 273*, 1106-1112.
- BOTVIN, G. y BOTVIN, E. (1992). «Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues». *Developmental and Behavioral Pediatrics, 13*, 290-301.
- BOTVIN, G. J. y WILLS, T. A. (1985). «Personal and social skills training: Cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention». En C. Bell y R. Battjes (Eds.), *Prevention research: Detering drug abuse among children and adolescents*. Washington, DC: NIDA Research Monograph.
- BRYANT, K. J., WINDLE, M. y WEST, S. G. (Eds.) (1997). *The science of prevention. Methodological advances from alcohol and substance abuse research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- CAMPBELL, D. T. y STANLEY, J. C. (1966). *Experimental and quasi-experimental design for research*. Nueva York: Rand McNally & Cia (trad. Cast.: Buenos Aires, Amorrortu, 1978).

- CARMONA, M. G., STEWART, K., GOTTFREDSON, D. C. y GOTTFREDSON, G. D. (1998). *A guide for evaluating prevention effectiveness. Technical Report*. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- CAZARES, A. (1994). «Prevention interventions research: Focus and perspective». En A. Cazares y L.A. Beatty (Eds.). *Scientific methods for prevention intervention research* (pp. 5-35). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- CAZARES, A. y L. A. BEATTY (Eds.) (1994). *Scientific methods for prevention intervention research*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- COHEN, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (3ª ed.)*. Nueva York: Academic Press.
- COHEN, J. (1994). «The earth is round». *American Psychologist*, 49, 997-1003
- COLLINS, L. M. y SEITZ, L. A. (Eds.) (1994). *Advances in data analysis for prevention intervention research. Nida Research Monograph 142*. Rockville, MD: U.S. Department of Health Human Services, National Institute on Drug Abuse.
- COOK, T. D. y CAMPBELL, D. T. (Eds.). (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis for field settings*. Chicago: Rand McNally.
- COLLINS, L. M. (1994). «Some design, measurement, and analysis pitfalls in drug abuse prevention research and how to avoid them: Let your model be your guide». En A. Cazares y L. A. Beatty (Eds.). *Scientific methods for prevention intervention research* (pp. 95-114). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- CSAP (2001). *Prevention works! A practitioner's guide to achieving outcomes*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention.
- DIELMAN, T. E. (1994). «Correction for the design effect in school-based substance use and abuse prevention research: Sample size requirements and analysis considerations». En A. Cazares y L. A. Beatty (Eds.). *Scientific methods for prevention intervention research* (pp. 115-125). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- FERRER, X. (1985). «La evaluación de la prevención del abuso de drogas». *XII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Actas del Congreso* (pp. 119-143). Palma de Mallorca: Sociodrogalcohol.
- FLAY, B. R. (1985). «Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings». *Health Psychology*, 4, 449-488.
- FLEISS, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions (2nd ed.)*. Nueva York: Wiley.
- GARCÍA-RODRÍGUEZ, J. A. y RUIZ, J. (Comp.) (1994). *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Bilbao: Edex.
- 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*. Majadahonda/Madrid: Ayuntamiento de Majadahonda/Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- GREENHALGH, T. (1997). «Statistics for non-statistician. I. Different types of data need different statistical tests». *British Medical Journal*, 315, 364-367.
- GUARDIA, J. (1994). «Análisis de datos en la investigación en drogodependencias». En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Coord.), *Drogodependencias. I. Introducción* (pp. 289-351). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

- HALLAHAN, M. y ROSENTHAL, R. (1996). «Statistical power: Concepts, procedures, and applications». *Behavior Research and Therapy*, 34, 489-499.
- HANSEN, W. B. (1994). «Hypothesis formulation and testing in substance use prevention research». En A. Cazares y L. A. Beatty (Eds.). *Scientific methods for prevention intervention research* (pp. 59-74). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- HANSEN, W. B. (1995). «Aproximaciones psicosociales a la prevención: el uso de las investigaciones epidemiológicas y etiológicas para el desarrollo de intervenciones efectivas». *Psicología Conductual*, 3, 357-378.
- 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.
- HAYS, C. E., HAYS, S. P., DEVILLE, J. O. y MULHALL, P. F. (2000). «Capacity for effectiveness: The relationship between coalition structure and community impact». *Evaluation and Program Planning*, 23, 373-379.
- JUDD, C. M., MCCLELLAND, G. H. y CULHANE, S. E. (1995). «Data analysis: Continuing issues in the everyday analysis of psychological data». *Annual Review of Psychology*, 46, 433-465.
- KANDEL, D. B. (2002). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- KAZDIN, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology (2nd ed.)*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- KAZDIN, A. E. (1998). *Research design in clinical psychology (3rd ed.)*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- KELLAM, S. K. (1994). «Testing theory through developmental epidemiologically based prevention research». En A. Cazares y L. A. Beatty (Eds.). *Scientific methods for prevention intervention research* (pp. 37-57). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- KRÖGER, C., WINTER, H. y SHAW, R. (1998). *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias. Manual para responsables de planificación y evaluación de programas*. Lisboa: Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.
- LEUKEFELD, C. G. y BUKOSKI, W. J. (1991). *Drug abuse prevention intervention research. Methodological issues. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 107*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (trad. cast. en Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (1995). *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- LYMAN, D. R., ZIMMERMAN, R., NOVAK, S. P., LOGAN, T. K., MARTIN, C., LEUKEFELD, C. y CLAYTON, R. (1999). «Project DARE: No effects at 10-year followw-up». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 590-593.
- MCGUIGAN, F. J. (1983). *Psicología experimental (3ª ed.)*. México: Trillas
- MCKINNON, D. P. (1994). «Analysis of mediating variables in prevention and intervention research». En A. Cazares y L. A. Beatty (Eds.). *Scientific methods for prevention intervention research* (pp. 127-153). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- MELTZOFF, J. (1998). *Critical thinking about research. Psychology and related field*. Washington, DC: American Psychological Association.
- MESSICK, S. (1995). «Validity of psychological assessment». *American Psychologist*, 50, 741-749.
- MITCHELL, M. y JOLLEY, J. (1992). *Research design explained (2nd ed.)*. Forth Worth, TX: Holt, Rinehart and Winston.
- MURASKIN, L. D. (1993). *Understanding evaluation: The way to better prevention programs*. Washington, D.C.: U. S. Department of Education.
- NORMA, G. R. y STREINER, D. L. (1996). *Bioestadística*. Madrid: Mosby/Doyma, Libros.
- ORLANDI, M. O. (1992). *Cultural competence for evaluators. A guide for alcohol and other drug abuse prevention practitioners working with ethnic/race communities*. Rockville, M. D.: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office for Substance Abuse Prevention.
- PALOMARES, A. (1990). La promoción de la salud en la infancia: Factores en el diseño de programas. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 277-295.
- PENTZ, M. A. (1994). «Target populations and interventions in prevention research: What is high risk?». En A. Cazares y L. A. Beatty (Eds.). *Scientific methods for prevention intervention research* (pp. 75-93). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- PENTZ, M. A. (1994). «Target populations and interventions in prevention research: What is high risk». En A. Cazares y L. A. Beatty (Eds.). *Scientific methods for prevention intervention research* (pp. 75-93). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Observatorio español sobre drogas. Informe n° 5*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- POLIT, D. y HUNGLER, B. (1985). *Investigación científica en ciencias de la salud, 2ª edición*. Madrid: Interamericana.
- Prevention Research Branch (1993). *Five-year strategic plan for drug abuse prevention research*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- ROSNOW, R. L. y ROSENTHAL, R. (1996). *Beginning behavioral research. A conceptual primer, 2nd ed.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- SIERRA, R. (1989). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- SILVA, A. (1994). *La evaluación de programas en drogodependencias. Volumen II: Manual de evaluación*. Madrid: Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.
- SPRINGER, A. y UHL, A. (1998). *Evaluation research in regard to primary prevention of drug abuse*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- STEL, J. VAN DER y VOORDEWIND, D. (2000). *Manual Prevençao. Alcool, drogas e tabaco. Como facilitar o trabalho diário dos profissionais de prevenção*. Lisboa: Instituto Português da Droga e da Toxicodependencia.
- STRUBE, M. J. (1991). «Small sample failure of random assignment: A further examination». *Journal of Consulting and Clinical Psychological*, 59, 346-350.
- STUEVE, A. y O'DONNELL, L. (2000). «Inconsistencies over time in young adolescent self-reports of substance use and sexual intercourse». *Substance Use & Misuse*, 35, 1015-1034.