





FUNDAMENTOS DE PREVENCIÓN  
DE ADICCIONES



FUNDAMENTOS DE  
PREVENCIÓN  
DE  
ADICCIONES

JOSÉ A. GARCÍA DEL CASTILLO  
JOSÉ PEDRO ESPADA  
M<sup>a</sup> CARMEN SEGURA  
CARMEN LÓPEZ-SÁNCHEZ  
ÁLVARO GARCÍA DEL CASTILLO-LÓPEZ



[www.edaf.net](http://www.edaf.net)

MADRID - MÉXICO - BUENOS AIRES - SAN JUAN - SANTIAGO  
2014

© 2014. INID Universidad Miguel Hernández  
© 2014. De esta edición, Editorial EDAF, S. L. U., Jorge Juan 68 -28009 Madrid (España)  
© 2014. Diseño de la cubierta: Álvaro García del Castillo-López

EDITORIAL EDAF, S. L. U.  
Jorge Juan, 68. 28009 Madrid  
Tel. (34) 91 435 82 60 - Fax (34) 91 431 52 81  
www.edaf.net  
edaf@edaf.net

ALGABA EDICIONES, S. A. DE C.V.  
Calle 21, Poniente 3223, entre la 33 sur y la 35 sur  
Colonia Belisario Domínguez  
Puebla 72180, México  
Teléfono: 52 22 22 11 13 87  
edafmexicoclien@yahoo.com.mx

EDAF DEL PLATA, S. A.  
Chile, 2222  
1227 - Buenos Aires (Argentina)  
edafdelplata@edaf.net

EDAF CHILE, S. A.  
Coyancura, 2270 Oficina 914. Providencia  
Santiago, Chile  
edafchile@edaf.net

EDAF ANTILLAS/FORSA  
Local 30 A-2  
Zona Portuaria Puerto Nuevo  
San Juan PR00920  
(787) 707-1792

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal). El centro Español de Derechos Reprográficos (CEDRO) vela por el respeto de los citados derechos.

1.ª edición: noviembre de 2014  
ISBN: 978-84-414-3523-0  
Depósito legal: M-35220-2014

Un buen conocimiento del problema  
es lo que te capacita  
para adelantarte a los acontecimientos.  
Para todos aquellos que alguna vez  
creyeron en la prevención.



## Índice

Prólogo.....	11
BLOQUE I. Adicciones.....	13
Capítulo 1. Introducción.....	15
Capítulo 2. Diversos usos de las drogas a lo largo de la historia.....	21
Capítulo 3. Algunos conceptos clave: Uso, Abuso y Dependencia .....	53
Capítulo 4. Categorización de las drogas y sus efectos en la salud física y mental .....	63
Capítulo 5. Consecuencias psicosociales del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.....	95
BLOQUE II. Fundamentos teórico-prácticos de la prevención.....	105
Capítulo 6. Los modelos teóricos en prevención: Factores de riesgo y factores de protección .....	107
Capítulo 7. ¿Cómo podemos hacer prevención?: estrategias y objetivos .....	125
BLOQUE III. Estrategias preventivas .....	141
Capítulo 8. Prevención desde el ámbito familiar .....	143
Capítulo 9. Prevenir desde las instituciones educativas .....	173
Capítulo 10. Intervención preventiva en el trabajo .....	211
Capítulo 11. Prevención del consumo de drogas desde el ámbito comunitario .....	237
Referencias bibliográficas.....	261



## Prólogo

A lo largo de este volumen hemos intentado abordar de una forma objetiva y con una extensión breve, el conjunto de drogas más representativas de la sociedad actual, incidiendo en los aspectos más característicos de las mismas e intentando dar un tratamiento informativo acorde con un contexto preventivo. Para conseguir encuadrar cada una de ellas en sus respectivos marcos de referencia, en el Bloque I (Adicciones) hacemos alusión a una breve historia basándonos y recogiendo múltiples contenidos de otro de nuestros textos anteriores de gran interés y difusión (López-Sánchez et al., 2001). Asimismo conceptualizamos todos los contenidos que son primordiales para un buen entendimiento del problema global de las drogas y las drogodependencias, además de categorizar cada una de las sustancias de forma objetiva y concreta en cuanto a la repercusión física y psicológica de su uso y/o abuso. Finalizamos este módulo centrándonos en aquellos aspectos de corte psicosocial que fundamentan el consumo de sustancias, con el fin de delimitar muchos de los problemas que son motores del comportamiento de consumo, dando pie a la teorización y planteamientos aplicados de la prevención en su estado puro.

En el Bloque II (Fundamentos teórico-prácticos de la prevención) se plantean más en profundidad los marcos teóricos donde se asientan las bases de trabajo de la prevención de drogas. En la actualidad contamos con varios modelos teóricos que se pueden ajustar a las características del trabajo que se pretenda llevar a cabo y del contexto social en el que vayan a ser implementados. Por ello es obligado analizar los factores precipitantes al consumo, los que ayudan a frenar su uso, así como las estrategias y los objetivos que debemos utilizar para una óptima aplicación de los mismos.

Finalmente, en el Bloque III exponemos las estrategias preventivas desde sus pilares fundamentales de aplicación. Contemplamos las posibilidades y los recursos con los que cuenta la prevención familiar, como una de las más sólidas, pero con múltiples problemas por solucionar; las estrategias escolares, desde las que se ha llevado a cabo más volumen de investigación aplicada y que aglutina más potencial preventivo por las características propias de las instituciones educativas. El ámbito comunitario que se activa como recurso preventivo hacia los años ochenta en

España y que se desarrolla desde distintas vertientes sociales, señalando como muy positivas las acciones coordinadas de líderes naturales y de mediadores sociales. Finalmente, la que hasta el momento ha sido menos estudiada, la prevención laboral, haciendo una aproximación a los programas que en la actualidad se ejecutan.

Los fundamentos que exponemos en este libro persiguen dar una visión totalizadora y global de las bases en las que se apoya la prevención de las drogodependencias, con el objeto de que pueda resultar una herramienta útil para la formación, la investigación y la aplicación de programas.

**BLOQUE I**  
**Adicciones**



## Capítulo 1

# Introducción

En los últimos cuarenta años, la evolución que ha experimentado el problema de las drogas y lo que gira a su alrededor lo podemos calificar, sin falsas modestias, como espectacular, dado que hemos conseguido en un periodo de tiempo realmente corto que la sociedad en su conjunto vaya reconsiderando cuestiones de primer orden ante este tema de salud. Las muestras más representativas las podemos encontrar en la asunción social de enfermedad de muchos de los problemas que tradicionalmente han estado totalmente estancados en lo que se consideraban comportamientos desviados y por ello conseguían fácilmente un apelativo o una connotación social en consonancia con la forma de pensar y las creencias que venían arrastradas por la tradición. Por ello no es nada extraño encontrar en los libros y artículos médicos de los años treinta y cuarenta del pasado siglo, menciones directas al consumo de alcohol como un vicio destructor de la salud e intentos de promocionar sistemas educativos para luchar contra éste.

Pascual (2004, 151), señala como Salustino Alvarado en su Tratado de Anatomía y Fisiología humana con nociones de higiene de 1934, hace referencia a esta particular forma de entender la enfermedad alcohólica: «... Se puede decir, en vista de esto, que el alcoholismo es una verdadera plaga social, que en algunos países preocupa tan seriamente a los gobiernos, que ha determinado medidas prohibitivas del uso de toda clase de bebidas alcohólicas, como la ley seca, en los Estados Unidos, hoy abolida... Por lo que toca a España, el vicio del alcoholismo está muy poco extendido, a pesar de la abundancia del vino, y no es necesario, ni mucho menos, atajarlo con medidas prohibitivas, que en nuestro país habrían de servir para extenderlo. Conviene realizar la lucha contra el alcoholismo por medio de la razón, es decir, educando a la gente, haciendo ver al pueblo los peligros de semejante vicio».

Como acertadamente señala este autor, hasta la segunda mitad del siglo XX no se empezará a entender el alcoholismo como una enfermedad con todas las características que este hecho conlleva en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención. Habría que subrayar, no obstante, que la asociación alcoholismo-enfermedad la encontramos únicamente en el ámbito sanitario, porque la población general tardará muchos años más en encajar y aceptar al alcohólico como un enfermo y no como un vicioso

depravado. Todavía hoy en día podemos hallar, sin escarbar mucho, algunos estratos sociales que siguen manteniendo la creencia firme de que el alcohólico más que un enfermo es un vicioso y un crápula, sin derecho a la asistencia. En esta línea se encontraría lo que los teóricos de la psicología social llaman representación social (Jodelet, 1988; Moscovici, 1961, 1981, 1998) que se traduce en una forma de interpretar la realidad, de pensarla y como afirma Jodelet, en una forma de conocimiento social, o también lo que serían nuestras creencias compartidas (Gallego et al., 2001). La realidad es una construcción en la que todos y cada uno de nosotros intervenimos en primera persona para configurar la visión colectiva (García del Castillo et al., 2009). De todo ello se desprende que, en ocasiones, la configuración de un concepto arrastrado históricamente sea tan resistente al cambio en la percepción social general, y sigamos encontrando todavía un pequeño porcentaje de la población que continúa manteniendo la creencia de que los drogodependientes son viciosos, delincuentes o desalmados, pero en ningún caso enfermos a tratar por el sistema sanitario.

La sociedad en su conjunto ha sabido evolucionar acompañada por los acontecimientos y las evidencias en materia de drogas. En los angustiantes años setenta y ochenta sobresalen, saltando a la luz pública, sustancias crípticas por aquel entonces como la heroína, que llegó a acampar a sus anchas entre la población más joven y consiguió generar situaciones críticas en la preocupación de los españoles, como reflejaban los barómetros de opinión del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de aquellos años, donde el problema de las drogas se encontraba entre los tres o cuatro primeros puestos, en contraste con la actualidad que ocupa el último lugar de 50 (CIS, 2014) compartiendo preocupación con los problemas de la agricultura, pesca y ganadería o los problemas relacionados con la mujer, por lo que entendemos que hoy no se tiene una especial inquietud por el problema de las drogas.

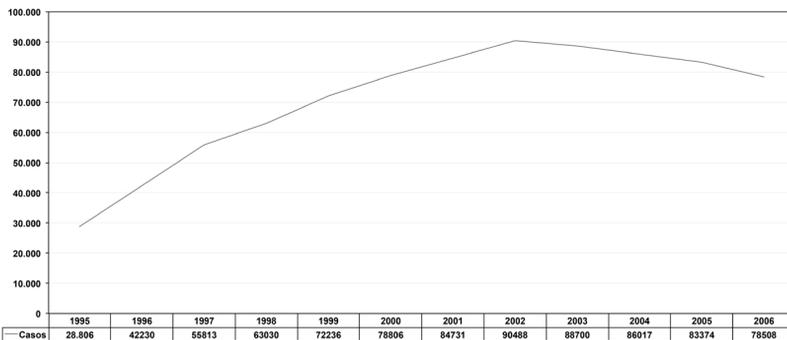
Las explicaciones a este fenómeno social podrían ser muchas y variadas, pero nos inclinamos a pensar que tiene mucho que decir el hecho de haberse abordado de forma contundente y eficaz el consumo de sustancias a nivel de todo el Estado y desde muy diversas vertientes, cuestión que abordaremos más adelante. La rápida ascensión del consumo de heroína en los años ochenta dio como resultado una respuesta gubernamental creándose el Plan Nacional sobre Drogas en 1985, como medida de choque ante la magnitud que iba tomando el problema. La opinión pública asistió temerosa y expectante a la generación y gradual ascensión de una inseguridad ciudadana que se sentía como expresión directa del consumo de drogas en aquellos años, por lo que ayudó a deteriorar la percepción

social del drogodependiente manteniéndolo y/o llevándolo de nuevo al etiquetaje de delincuente. Evidentemente los resortes institucionales se pusieron en marcha en todas las comunidades autónomas para atajar dos cuestiones fundamentales, de una parte la relacionada con los asaltos y robos con el objetivo de reducir la alarma social, y por otra poner a disposición de la población una serie de recursos apropiados para llevar a cabo acciones de tratamiento y prevención, en una primera etapa y de reinserción social en una segunda.

La tendencia del consumo de sustancias en España y la puesta en marcha de mecanismos para su abordaje, fue capitalizada por la heroína desde el comienzo de las acciones coordinadas en las distintas zonas del país por los sistemas públicos, y en concomitancia con algunos dispositivos que trataban el alcoholismo, normalmente ubicados y regidos por Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), también con ayudas públicas. Esta situación se extendió hasta principios de los años dos mil y se fue frenando por varios motivos:

- Medidas preventivas cada vez más eficaces.
- Miedo a la infección por VIH.
- Mayor y mejor control policial del tráfico.

De esta forma y según datos de la memoria del PNsD (2006) podemos observar que la sustancia mayoritaria continua siendo la heroína que tiene su punto de inflexión en el año 2002, que es cuando alcanza su mayor pico de asistencias en los programas de mantenimiento con metadona (Fig. 1.1). Es a partir de estos años cuando se va dando un giro importante a los recursos de drogodependencias, dado que va aflorando poco a



**Figura 1.1** Evolución de los programas de mantenimiento con metadona (Modificado de PNsD, 2006).

poco, como si de una punta de iceberg se tratara, el consumo de cocaína. Los profesionales se reciclan en las técnicas de diagnóstico y tratamiento, haciéndose más hincapié en sustancias distintas a la heroína, configurándose una estrategia de afrontamiento a las drogodependencias más amplia y dirigida a todas las drogas ilegales. El tratamiento del alcohol sigue su trayectoria como una sustancia tratada independientemente de las ilegales y en centros usualmente diferentes al resto de sustancias, dependiendo de las infraestructuras de cada comunidad.

La vertiente preventiva sigue un curso paralelo al del tratamiento y la reinserción, pero padeciendo los vaivenes de los presupuestos, la indefinición y la falta de programas eficaces y eficientes para ser incorporados a la estructura preventiva.

Añadidos a estos vaivenes, durante la década de los años ochenta se estuvo polemizando entre dos formas de hacer prevención, la que se desprendía de la corriente norteamericana centrada en programas específicos y la que emanaba de Europa mucho más centrada en la educación para la salud y donde se introducían aspectos relativos a la prevención de drogas. Se comenzaron a dar los primeros pasos para encontrar una salida positiva, operativa y que permitiera articular las dos opciones sin necesidad de generar nuevos conflictos teóricos y/o prácticos en torno a la prevención de drogas. En aquellos años Calafat (1987, 14), afirmaba que: "... un compromiso entre ambas posturas es seguramente la opción más realista, ya que no son excluyentes entre sí». Por su parte Fernández (1989, 127) opinaba que: «La mayor o menor especificidad de un programa de prevención debe darse en función de las características y necesidades de la población a la cual nos dirigimos». Fue interesante la aportación que presentó la ONU mediante la Declaración de la Conferencia Internacional sobre el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas (ONU, 1988, 20), sobre todo por su gran imprecisión en la resolución del problema. Así en su Cláusula 59 afirmaba: «Conviene velar por que la educación preventiva, tanto en la escuela como fuera de ella, no se transforme en una asignatura más del programa, y se eviten los gastos suplementarios. Cuando sea conveniente, se debe prestar atención a la integración progresiva, en los programas escolares y las actividades extracurriculares, y en el marco de actividades relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida, de una nueva dimensión relativa a la prevención del uso indebido de drogas, la cual podría incluirse en las asignaturas y los programas existentes. De esta forma se asegurará la continuidad e intensificación de la prevención del uso indebido de drogas sin ampliar los ya recargados programas y sin ocasionar gastos adicionales al sistema educativo». Como podemos

comprobar en su extensa redacción, no se decantan por ninguna de las opciones preventivas que se barajaban, manteniéndose en una prudente postura indefinida donde cabía cualquier cosa. En una línea similar encontramos a otros autores como Vega (1987), que abogaba por una y otra opción, sin ubicarse en ninguna de ellas.

Abundando en la controversia y siempre buscándose una salida García-Rodríguez (1989, 125) analizaba cada uno de los bloques (específico e inespecífico), llegando a deslindar una serie de ventajas y desventajas en la implantación de uno u otro, para pasar a desarrollar un modelo integrador.

- a) Prevención Específica.
  - Ventajas:
    - Proceso operativo y concreto.
    - Se centra óptimamente en el problema objeto de prevención.
    - Es evaluable.
    - Se construye para una población concreta y es susceptible de generalización.
  - Desventajas:
    - Llega a sectores poblacionales más pequeños.
    - Acarrea un mayor riesgo en la aparición de elementos contra-preventivos.
    - Acarrea un mayor riesgo de difusión de objetivos globales.
- b) Prevención Inespecífica.
  - Ventajas:
    - Proceso continuo, globalizador e integrador.
    - Abarca un mayor número poblacional.
    - Abarca un mayor número de conductas de salud.
  - Desventajas:
    - No evaluables.
    - Menor contenido específico.
    - Riesgo de difusión de objetivos específicos.

En los años setenta y ochenta, además, se carecía de material específico para desarrollar la prevención y se recurrió a programas de importación intentando adaptarlos a la realidad española, mientras se comenzaban a incorporar los programas propios, fruto de la investigación y/o la experiencia.

En el año 1990 fueron invitados a la 1ª Reunión Internacional de Prevención de las Drogodependencias celebrada en Santa Pola (Alicante),

investigadores de la talla de Gilbert Botvin de la Cornell Univerty, Carl Leukefeld de la University of Kentucky o Mary Ann Penz de la University of Southern de California (García-Rodríguez y Ruiz, 1993), que por aquellos años comenzaban con sus programas de prevención, algunos de los que posteriormente llegaron a nuestro país y fueron adaptados a nuestra realidad social, como es el caso del programa «Habilidades para la vida» de Botvin adaptado por el equipo de Luengo (2002), del que hablaremos más adelante.

Como veremos en capítulos posteriores, en la actualidad podemos observar que en todo el territorio español se implementan programas de prevención de elaboración propia, compaginados con los que se importaron en su momento. Las bases fundamentales donde se apoya la prevención hoy, siguen siendo los que comenzaron a estudiarse hace tres décadas: el ámbito escolar, el familiar y el comunitario. Con posterioridad se fue ampliando al ámbito laboral, pero con pocos estudios, que hasta la fecha siguen siendo minoritarios. El más desarrollado es el escolar, donde se han llevado a cabo multitud de estudios que han desembocado en los programas que se realizan en los colegios de nuestro país.

## Capítulo 2

# Diversos usos de las drogas a lo largo de la historia

La historia es uno de los componentes de nuestra propia esencia que ayuda a enmarcar y poner en su lugar los elementos que han ido construyéndose y evolucionando desde la noche de los tiempos. La búsqueda incesante de nuevos remedios para mejorar la salud, rejuvenecer, o simplemente para sentirse más ajustados a los diferentes contextos, han sido una constante en la historia de la humanidad. Las sustancias han estado entre nosotros desde antiguo y continuamos investigando sus propiedades, tanto sus beneficios como sus maleficios, para poner cada cosa en su sitio, con ese afán de orden que caracteriza al ser humano.

Otra característica propia de las especies es el afán de protección, y en éste nos incardinamos cuando planteamos todos los principios preventivos posibles para evitar efectos perniciosos. Para un buen entendimiento del funcionamiento de las sustancias y de su repercusión en la salud y el comportamiento hay que profundizar en sus orígenes y en sus consecuentes, además de sus formas de uso, su abuso y su futuro. El planteamiento que formulamos a continuación es muy sucinto, pero intentamos que, en la medida de lo posible, consiga un nivel de conocimiento mínimo que permita entender cómo hemos llegado al estado actual del problema.

### 2.1. Alcohol

La obtención de alcohol se produce por fermentación de forma espontánea cuando las levaduras transportadas por el aire entran en contacto con el zumo de alguna fruta o planta. Por tanto es posible, que el hombre conociera el alcohol de forma accidental. El origen del vino que consumimos habitualmente procede de una variedad de viña (*vitis vinífera*). Las evidencias de su cultivo se remontan al año 4000 a. C. en Mesopotamia. Con posterioridad se menciona esta sustancia en el texto babilónico del Código de Hammurabi, en algunos de sus artículos se hacía referencia a diferentes penas por la manipulación del vino. También encontramos múltiples menciones a esta sustancia en la Biblia. En Grecia aparece relacionado con el dios Dionisio, dios griego del vino y la vegetación, celebrándose grandes fiestas en su honor. Su culto pasó a la civilización

romana con el nombre de otro dios, Baco, dios del vino y del delirio místico; las fiestas celebradas en su honor, las bacanales, llegaron a alcanzar tal proporción popular que el Senado romano las prohibió en el 186 a.C. aunque continuó su culto.

Tras la caída del Imperio Romano, la producción de vino disminuyó de forma importante y quedó recluida tras los muros de los monasterios, que fueron poco a poco perfeccionando el proceso y en algunos casos continuaron esa labor hasta nuestros días. Durante el medievo y el renacimiento, se ensalza el culto al vino, dado que en esta época el cultivo de la vid era el complemento de una economía agraria propiamente feudal. España fue la encargada de iniciar el cultivo de la vid en América, por ejemplo, la viticultura chilena se remonta ya al siglo XVI. Esto tuvo tanta aceptación que Felipe III se vio obligado a dictar medidas represoras para frenar su expansión. Durante los siglos XVI, XVII y XVIII se extiende y perfecciona la industria del vino, con la mejora de las cepas, el desarrollo de la botella y la utilización del corcho, que ya comenzaron a emplear los romanos para facilitar su almacenamiento. En el siglo XVIII, se inicia la moderna comercialización del vino español. Esta floreciente industria, se vio afectada en la segunda mitad del siglo XIX por la plaga de filoxera (enfermedad que mata las raíces de la viña), que devastó todos los cultivos europeos. Curiosamente el remedio a esta epidemia llegó de América, el mismo lugar donde comenzó.

En el siglo XX la producción de bebidas alcohólicas se vio perturbada de forma significativa por varios motivos importantes: las guerras, las adulteraciones y la superproducción. No obstante será en Estados Unidos donde se producirán una serie de acontecimientos históricos que intentarán acabar definitivamente con el consumo de bebidas alcohólicas utilizando para ello todos los medios materiales y humanos con los que cuenta un gobierno. En el Reino Unido aparece a principios de siglo el llamado Movimiento por la Templanza que planta cara al consumo de alcohol apoyándose en preceptos basados en Dios y la familia, aduciendo que si se sale a beber supone una ruptura de la convivencia familiar y de las obligaciones hacia ella (Walton, 2003). Al mismo tiempo, en 1920 se promulga en Estados Unidos la Ley Volstead, más conocida por el sobrenombre de la «Ley Seca», que prohíbe la fabricación, distribución y consumo de bebidas alcohólicas. Durante los trece años que estuvo vigente esta ley se dejó constancia de las dificultades que conlleva erradicar el consumo de alcohol y las consecuencias que puede llegar a provocar, desencadenando un aumento de la delincuencia, la introducción de bandas criminales organizadas en el proceso de fabricación de alcohol, la corrupción adminis-

trativa y policial, los muertos y heridos por consumo de alcohol metílico, entre otras muchas. Consecuencias que parecen demostrar que es mucho mejor la prevención, aunque tarde más tiempo en conseguir resultados, que la persecución y/o la prohibición de sustancias sociales.

### 2.1.1. Cerveza

Según la mitología egipcia la cerveza era un regalo de los dioses. El propio Osiris se encargó de enseñar a los hombres el proceso de fabricación y se han encontrado tablillas egipcias del año 2200 a. C. donde ya se hacía referencia a su consumo y a los efectos perniciosos que conllevaba. Hay que tener en cuenta que la cerveza que se consumía entonces no era como la que conocemos. Se trataba de un pan bebible o torta de cebada, un líquido muy espeso que casi se podía masticar. La fabricación de cerveza parecida a la actual, se inicia en el siglo XIII cuando los monjes introducen en su composición el lúpulo como conservante.

En el siglo XIX, los estudios de Pasteur sobre la fermentación de las levaduras introdujeron mejoras en la producción y conservación de la cerveza y asistimos también a la creación de la primera cerveza sin alcohol que no es difundida ampliamente hasta la segunda mitad del siglo XX.

### 2.1.2. Patrones de consumo de alcohol

A lo largo de la historia, la variabilidad en las pautas de consumo de alcohol ha sido una constante. Los cambios han ido en función de las culturas y en base a las diferentes modas que a través del tiempo han marcado los ritmos y los rituales de uso de las bebidas alcohólicas. En la actualidad la rápida sucesión de acontecimientos y la inmediatez con la que todo llega a cualquier rincón del mundo, marca una diferencia significativa en comparación con cualquier otra época del pasado. La comunicación, vía telefonía móvil, SMS, Internet, consigue que grupos de jóvenes puedan ponerse de acuerdo en cuestión de poco tiempo para concentrarse en un lugar de nuestra geografía y «hacer botellón». Estos hechos eran impensables hace dos décadas, pero hoy son una realidad tangible.

En las culturas donde el alcohol es parte integrante de muchas acciones cotidianas, las formas de consumo se van ajustando a la moda del momento. Los medios de comunicación y la publicidad hacen de correa de transmisión para universalizar muchos de los comportamientos de consumo entre los más jóvenes, además de contribuir a extender otros patrones

culturales de uso de alcohol a distintos lugares. Algunos ejemplos de la evolución del consumo los encontramos en el comportamiento de uso de vino en la población española, donde hace cincuenta años se asociaba casi exclusivamente al divertimento y hoy está unido a la gastronomía. Los licores dulces después de las comidas se exportan de costumbres germanas. El aumento del consumo de cerveza se le puede atribuir a la publicidad, con asociaciones entre la sed y la cerveza bien fría. Y las más firmes tradiciones continúan en nuestra sociedad reproduciéndose fielmente como antaño, cuando cualquier celebración es acompañada por abundante cantidad de alcohol.

El patrón de consumo de alcohol entre los jóvenes se perfila como una concentración en los fines de semana siguiendo el modelo vanguardista de consumo recreativo. Las bebidas alcohólicas más consumidas son los combinados (cubatas en todas sus variaciones), la cerveza y los licores. En los últimos lugares se encontraría el vino y el cava (PNsD, 2007).

## 2.2. Opio

El cultivo del opio con fines medicinales era conocido desde la Antigüedad; aparece mencionado en textos médicos de los asirios y era muy utilizado en la civilización griega como analgésico para aliviar el dolor, la tos y la diarrea. Escritores griegos y romanos (Homero, Virgilio, Ovidio) ya mencionaron sus propiedades inductoras del sueño (Julien, 1981) y en Grecia, la adormidera era considerada un símbolo de Demeter, diosa de la fecundidad. También era ampliamente empleado en la composición de antídotos, el miedo a ser envenenado estaba muy extendido en aquella época, llegando a alcanzar hasta un cuarenta por ciento del total de las *triacas* (Escohotado, 1989). Estas eran consideradas como medicamentos o remedios universales. Su composición cambiaba según las épocas y lugares donde se empleaba y llegaba a contener hasta treinta ingredientes distintos. La difusión de su uso es comprensible, si pensamos que el opio era el único medio para calmar el dolor y, por tanto, era empleado y considerado como una panacea.

Paracelso fue el creador, a principios del siglo XVI del láudano, una disolución formada, básicamente por opio puro en polvo que era administrada para el tratamiento de la diarrea y las molestias intestinales. El éxito fue tal que rápidamente le siguieron otras composiciones semejantes como pueden ser el láudano del abate de Rousseau, médico de Luis XI y el *Vinum opii* de Sydenham con ingredientes muy variopintos y de alto

coste (llegó a contener polvo de oro). El primer compuesto opiado, potente y barato, fueron «Los polvos de Dover», que con un diez por ciento de contenido en opio se podía emplear para paliar una amplia serie de síntomas (Escohotado, 1989).

A pesar de que en la actualidad asociemos el consumo del opio a los países asiáticos, especialmente a China, gracias a la literatura e incluso a películas que nos presentaban esos humeantes locales conocidos como fumaderos de opio, repletos de adictos que dormían o se movían torpemente amodorrados por los efectos de la droga, parece ser que los responsables de la difusión del cultivo de la adormidera fueron los pueblos árabes, que extendieron su cultivo mientras se expandían por los diversos países.

Tanto en China como en la India, el opio era desconocido en la Antigüedad y su cultivo se desarrolló en fechas relativamente tardías; en China e India en el siglo XIII, en Japón en el siglo XV, por ejemplo. El caso es que debido a su eficacia en el tratamiento del dolor, el opio se fue extendiendo por toda Europa y provocó un importante comercio con Oriente, sobre todo con India y China, que desembocó en las conocidas como Guerras del Opio que tuvieron lugar en el siglo XIX. China, cuyos cultivos de opio estaban dirigidos por las potencias extranjeras, alcanza una grave situación: gran número de adictos al opio, contrabando, corrupción administrativa, etc., que le lleva desde prohibir el comercio con los países extranjeros hasta imponer penas capitales para los consumidores. Como estas acciones se revelaron ineficaces y, de hecho, el comercio a través del contrabando se mantenía, en 1838, el mandarín Lin Tse-Hsü ordena lanzar al mar mil cuatrocientas toneladas de opio almacenadas en Cantón. Esta acción provoca la reacción militar de Gran Bretaña y Francia —en defensa de sus «legítimos» intereses comerciales— en lo que constituyó la Primera Guerra del Opio. La victoria occidental se concreta en el Tratado de Nanking (1842) mediante el que obtienen la soberanía de varios puertos chinos, entre ellos Hong-Kong, y la obligación de la apertura de nuevas rutas comerciales.

En la Segunda Guerra del Opio, motivada por el impago de los aranceles comerciales impuestos a consecuencia de la Primera, China también resultó vencida y tuvo que soportar más exigencias económicas. Esta situación de explotación se da por finalizada cuando en 1912, China declaró ilegal la producción, exportación y consumo del opio y la convención Internacional sobre el opio celebrada en La Haya, recomendó controlar el comercio y empleo del opio y sus derivados, así como, limitar la distribución de opiáceos con fines médicos y científicos. En 1953, la ONU

recomendó limitar las zonas de cultivo de la *Papaver somniferum*. La expansión del consumo del opio se limitó de una forma natural con la síntesis en laboratorio de sus alcaloides más importantes.

### 2.2.1. Patrones de consumo de opio

Tradicionalmente su consumo en los países asiáticos se concentraba en los afamados «fumaderos de opio» que tras la Convención de La Haya de 1912 fueron prohibidos. Aparecieron fumaderos clandestinos durante muchos años y en la actualidad, tras la apertura de China en los años noventa, vuelven los consumos de opio fumado entre los jóvenes asiáticos. En países como la India, donde en algunas regiones fumar el opio es un auténtico tabú, se come o se bebe.

### 2.3. Morfina

El descubrimiento de la morfina se sitúa a principios del siglo XIX y aunque es atribuido por igual a médicos franceses y alemanes, parece que el honor le corresponde a Friedrich Wilhelma Sertürner, mancebo de una farmacia en Hannover, que publicó en 1806 la obra «Análisis del opio» y que descubrió sus sales. Sertürner se basó en los trabajos de Derosne, químico francés que sintetizó una sal, la sal narcótica de Derosne, la cual contenía, entre otras sustancias, morfina. Sertürner aisló una sustancia a partir de la sal de Derosne que, debido a sus cualidades narcóticas y sedantes, denominó *morphium* en honor a Morfeo, dios del sueño.

La investigación de Sertürner tuvo su origen en el problema que acuciaba a las boticas de la época. Muchos de sus preparados se basaban en la utilización de plantas en sus fórmulas. El problema del uso de plantas es que no mantienen la misma cantidad de principio activo por lo que la eficacia de los preparados dependía de diversos factores externos: tipo de suelo y cuidados recibidos, tipo de recolección, tipo de almacenamiento, etc., que no podían controlar los médicos ni los boticarios. Sertürner quiso conseguir una sustancia que produjera, con su cantidad exacta, los efectos que se pretendían, sin causar más ni causar menos de lo esperado, lo que solía pasar con los productos vegetales.

Cuando se dan a conocer los efectos de esta nueva droga, rápidamente es considerada como una nueva panacea que podrá ser aplicada en cualquier circunstancia y a cualquier persona, pero será la invención de

la jeringa y la aguja hipodérmica lo que catapultará definitivamente esta droga y conseguirá que alcance el mayor número de consumidores. La aguja hipodérmica fue inventada por el médico inglés A. Wood con el fin de intentar aliviar los dolores que le producía a su esposa un cáncer; ella fue la primera adicta a la morfina y seguramente la primera víctima por sobredosis. El uso de la aguja hipodérmica extenderá el empleo de la morfina como analgésico. Esta tendencia a la expansión de la droga se verá favorecida por dos guerras que supondrán el espaldarazo definitivo para su empleo.

En la Guerra de Secesión americana (1861-1866), el empleo generalizado de la morfina originó un problema de adicción en muchos soldados que recibían jeringas y morfina para su autoadministración. Este problema de adicción fue descrito, en primer lugar, por Robert Bartholow en 1869, que lo consideraba como la «enfermedad del soldado» o el «mal militar». En 1875, ya se emplea la expresión «adicto a la morfina». Estudios posteriores estimaron el número de soldados adictos, después de acabar la guerra, en unos cuatrocientos mil.

En la Guerra Franco-Prusiana (1870-1871) la morfina no solo se administraba para paliar los intensos dolores producidos por las heridas de guerra, sino que también, era administrada en exceso para que los soldados pudieran resistir y superar las incomodidades y la angustia propias del combate. Esta liberalidad y la promoción de su uso auspiciado por los altos mandos militares, dieron lugar a las primeras toxicomanías iatrogénicas — que son las producidas por la consciente administración a un paciente de cantidades superiores a las propias de los fines médicos de un estupefaciente — y la extensión del término «morfinómano» como adicto a la morfina (Freixa, 1984). Se pensaba, equivocadamente en la época, que si los opiáceos eran administrados mediante inyección, no causaban adicción.

La fiebre de la morfina se extendía por la sociedad, que consideraba de buen gusto el inyectarse públicamente en las reuniones sociales, y por este motivo las clases altas poseían distintos estuches de metales preciosos, con jeringas preparadas para su dosis correspondiente. Sin embargo, nada se pudo hacer para evitar que la morfina se extendiera entre las clases sociales más bajas, cuya única posibilidad de evasión radicaba en el consumo de alcohol. Una vez que se asoció la morfina con las clases peor consideradas y los sectores más bajos de la sociedad del momento: criminales, jugadores, prostitutas..., la droga pierde su carácter médico y se convierte en un asunto meramente policial para pasar a ser, con la aparición de los adictos, un tema de salud pública.

### 2.3.1. Patrones de consumo de morfina

El consumo de morfina ha perdido hoy el potencial recreativo, utilizándose casi exclusivamente para usos médicos, fundamentalmente como paliativo potente del dolor. No obstante los exiguos casos de uso de morfina siguen siendo entre los que tienen acceso más fácil a la sustancia, fundamentalmente entre los profesionales de la salud.

## 2.4. Heroína

Una vez que la morfina mostró su verdadero poder adictivo y que la sociedad la consideró como una droga peligrosa, los esfuerzos de algunos científicos se encaminaron en la búsqueda de alguna sustancia capaz de eliminar la adicción a la morfina. En esta línea, comenzó su trabajo una de las industrias farmacéuticas más importantes del mundo, Bayer, que encargó a su departamento de investigación de opiáceos el descubrimiento de una nueva droga con los mismos efectos que la morfina pero sin que causase adicción.

En 1874, H. Dreser, uno de los técnicos de Bayer, descubre por procedimientos químicos una nueva sustancia que en sus primeras pruebas obtuvo resultados espectaculares en el tratamiento de morfinómanos y en la curación de la tuberculosis. Debido a la fuerza y el poder de la nueva sustancia descubierta, fue bautizada con el nombre de «Heroisch» que significa heroico, poderoso, enérgico. De esta forma, en 1898, la heroína fue puesta a la venta libremente en las boticas promocionándola como el método más seguro y eficaz para curar ciertas enfermedades e incluso, para calmar la inquietud de los niños.

Dreser de forma simultánea en sus investigaciones también había descubierto otra sustancia, el ácido acetilsalicílico, conocido universalmente con el nombre de «aspirina». La aspirina, fue promocionada en un envase doble junto a la heroína por los cinco continentes (Escotado, 1989) como el método sanador más revolucionario del momento; el prospecto de este envase informaba sobre los efectos de la heroína que podemos resumir en:

- Aumento de la actividad.
- Adormece el sentimiento de temor.
- Hace desaparecer la tos, incluso en los enfermos de tuberculosis.
- Desintoxica a los morfinómanos.

Pero el verdadero efecto de la heroína ya estaba a punto de explotar; se había sustituido la morfina por otra droga, mucho más potente, tóxica y adictiva que aquélla que venía a erradicar. A los pocos años de su aparición, comienzan las denuncias y las llamadas de atención de diversos estudiosos y científicos acerca de la peligrosidad de la heroína, pero hicieron falta diez años para que se aceptara el tremendo error y se suspendiera la fabricación masiva de la droga más potente conocida hasta el momento. F. Bayer se ve obligado a reconocer su error, sin embargo su descubridor, Dreser, nunca aceptó la peligrosidad de la heroína ya que pensaba que dos moléculas tan distintas como las de la morfina y la heroína no podían tener efectos tan similares. En este momento la Bayer Farbenwerke ya había distribuido enormes cantidades de heroína en el mundo occidental (solo Nueva York consumió diez toneladas de heroína en un año), Asia y norte de África (Escohotado, 1989).

En 1925, la heroína ya era considerada droga peligrosa y es fiscalizada internacionalmente. La heroína consiguió que disminuyera el comercio de morfina y las grandes productoras de ésta, China por ejemplo, inundaron, de 1910 a 1930, el mercado de píldoras de heroína conocidas por sus exóticos nombres: *Dragón de oro*, *Tigre mágico*, *Caballo veloz* (Freixa, 1984). Con el paso del tiempo, el consumo de heroína se estabiliza hasta que la Guerra del Vietnam la vuelve a poner de actualidad. Se calcula que el veinte por ciento de los soldados que combatieron en Vietnam eran adictos a la heroína, hasta tal punto llegaba la adicción a esta droga, y a otras, en el ejército norteamericano, que las compañías de soldados se ponían en cuarentena antes de licenciarse con el fin de que pudieran ser desintoxicadas. El comercio era tan intenso que se utilizaban los cadáveres de los soldados repatriados como medio de transporte (Escohotado, 1989).

La enorme influencia que esta guerra tuvo en toda la juventud europea hizo surgir de nuevo el consumo de heroína que alcanzó en la década de los ochenta sus más altos índices, convirtiéndose en un problema nacional al que los diferentes estados se enfrentaban de diversa forma y con diversa suerte. Además, el alto poder adictivo de esta droga supone también un problema de orden público, porque el heroinómano necesita obtener grandes cantidades de dinero para poder pagar sus dosis. En 1994, el consejo Económico y Social de las Naciones Unidas aconsejó a todos los países que prohibieran la obtención, exportación e importación de la heroína.

### **2.4.1. Patrones de consumo de heroína**

Después del desafortunado apogeo del consumo de heroína en España durante la década de los ochenta, pasamos a un modelo de uso diferente propiciado fundamentalmente por la aparición de VIH/SIDA. Del consumo de heroína inyectado de los ochenta pasamos a la heroína fumada y/o esnifada para sortear el problema de infecciones vía intravenosa. La tasa de consumo entre la población joven española ha descendido significativamente y no alcanza el 1%. No obstante se observa un incremento lento pero progresivo del consumo de esta sustancia desde el año 2004, en la población de 14-18 años, rompiéndose el patrón de marginalidad entre sus consumidores (PNsD, 2007).

### **2.5. Barbitúricos y tranquilizantes**

El uso de sustancias naturales para tranquilizar está documentado desde antiguo. Una de las plantas más empleadas era la *Rauwolfia Serpentina*, un arbusto que crece principalmente en China e India, cuyas raíces eran utilizadas en el tratamiento de la hipertensión, los desórdenes nerviosos y el insomnio. Las raíces contienen varios alcaloides, uno de los más importantes, la reserpina, fue aislado y empleado como tranquilizante. Sin embargo se abandonó su empleo debido a los efectos desagradables que causaba en sus consumidores.

El ácido barbitúrico, que no posee propiedades hipnóticas en sí mismo pero sí sus derivados, fue sintetizado en 1864 por Adolf von Baeyer, químico alemán que recibió el Premio Nobel en 1905 y que realizó múltiples estudios sobre el ácido úrico en colaboración con otro químico alemán, Emil Fischer. El ácido úrico es un componente nitrogenado que se forma en nuestro cuerpo como resultado del metabolismo de las proteínas (conjunto de reacciones químicas que ocurren en las células de los seres vivos). El descubrimiento del ácido barbitúrico fue el paso previo para que Fischer, también galardonado con el Premio Nobel en 1902, sintetizara el Veronal, barbitúrico hipnótico de acción prolongada considerado como el primer compuesto hipnótico y el más antiguo de los barbitúricos empleados en terapéutica (Freixa, 1984). Unos años más tarde, en 1912, se presenta comercialmente el fenobarbital, uno de los barbitúricos más conocidos. A partir de este momento, se llegan a sintetizar más de dos mil quinientas variedades pero solo han sido comercializadas menos de cien.

Los barbitúricos y tranquilizantes han sido una de las drogas que más difusión han tenido en la época moderna, se recetaban libremente en las décadas de los cincuenta y sesenta, cuando aparecía una nueva variedad y era alabada como el analgésico ideal, potente y no adictivo, poco tiempo después comenzaban a aparecer los primeros casos de enfermos con síndrome de abstinencia. Con la aparición de la primera benzodiazepina en 1960, el clodiazepóxido Librium, se desató un consumo que, en ciertos momentos, alcanzaría cotas espectaculares. Así el diazepam, sustancia que fue comparada en su aparición, con el soma de la novela *Un mundo feliz de Aldous Huxley*, fue una de las drogas más recetadas en la década de los sesenta, y el diazepam y treinta y tres benzodiazepinas más que se vendieron bajo más de ochocientas denominaciones fueron consumidas por cerca de seiscientos millones de personas en 1972 (Escohotado, 1989).

### 2.5.1. Patrones de consumo de barbitúricos y tranquilizantes

El consumo de este tipo de sustancias es bastante estable en cuanto a su patrón comportamental. En la población española se consume primordialmente bajo prescripción médica para el tratamiento de distintas patologías. No obstante en los últimos años se detectan consumos más altos entre la población joven sin receta médica. Algunos estudios realizados (Secades et al., 2003), concluyen que muchos adolescentes consumen tranquilizantes buscando sensaciones de sosiego o bien como enmascaramiento del consumo de otras sustancias adictivas. Las tasas están aumentando alcanzándose proporciones que rondan el 6% de la población.

## 2.6. Anfetaminas

La anfetamina es un compuesto sintético derivado químicamente de la efedrina, alcaloide natural que se encuentra en las plantas del género *Ephedra* y que ya era empleado en China unos tres mil años antes de Cristo, en el tratamiento de los procesos asmáticos por sus cualidades estimulantes y broncodilatadoras. La efedrina fue aislada por Hagai en 1885 y cristalizada por K. Chen en 1923, quien descubrió que el legendario nombre *Ma huang* designaba, en las antiguas clasificaciones chinas de sustancias medicinales a la planta *efedra vulgaris*. Años más tarde, Schimdt inició su aplicación terapéutica en el tratamiento de la narcolepsia, enfermedad de origen desconocido consistente en la imprevista aparición de breves espacios de sueño profundo.

La anfetamina como tal sustancia fue sintetizada a principios del siglo XX, a pesar de que no fue empleada médicamente hasta la década de los años treinta. Una vez aislada la efedrina, y cuando ya era empleada terapéuticamente se reveló como una sustancia eficaz por vía oral, se planteó el primer problema para su difusión que no era otro sino la imposibilidad de cultivar la planta en grandes extensiones con el objeto de poseer grandes cantidades de la sustancia. Aunque en 1887, ya fuera sintetizada por primera vez por Edelano y sus efectos biológicos fueran estudiados por Bergen y Dale en 1910, no se llegaron a descubrir los efectos psicoestimulantes que tenía la anfetamina ya que se experimentaba con animales anes-tesiados. Gordon Alles, en 1927, sí que descubrió estos efectos que fueron sistematizados en 1930 por Piness, Miller y Allen en 1930 (Camí, 1996).

El uso de la anfetamina se generalizó gracias a un inhalador nasal de sulfato de anfetamina conocido con el nombre de Bencedrina y algunos años más tarde se comenzó a emplear la anfetamina con fines terapéuticos en ciertas enfermedades neumológicas y en el tratamiento de la obesidad. La síntesis de la anfetamina continuó con su desarrollo; los científicos querían obtener sustancias que no tuvieran efectos no deseados y de este modo experimentaron con animales los nuevos productos conseguidos. En ocasiones, las investigaciones las realizaban los científicos sobre ellos mismos; tal es el caso de Alles, descubridor de la primera anfetamina comercializada, que experimentó con la metileno-dioxianfetamina, la MDA también conocida como píldora del amor (Camí, 1996). Todos estos ensayos abrieron la puerta a las combinaciones químicas que actualmente conocemos como drogas de síntesis.

La aparición de la anfetamina y sus derivados provocó, inicialmente, un uso desmesurado en el campo médico, siendo empleada para paliar gran cantidad de síntomas; sin embargo, con el paso del tiempo, solo ha quedado demostrada su utilidad en el tratamiento de:

- La narcolepsia.
- El síndrome por déficit de atención en la infancia, una enfermedad caracterizada por la hiperactividad infantil.
- La obesidad, aunque su uso ya haya quedado desplazado por otras sustancias menos nocivas para el organismo sin efectos psicoestimulantes.

Las propiedades estimulantes de la anfetamina no pasaron desapercibidas en los momentos históricos que va a vivir la humanidad. Su primer empleo con fines militares se produce en la Guerra Civil Española,

extendiéndose a todos los bandos en conflicto de la II Guerra Mundial. Las anfetaminas fueron empleadas fundamentalmente para aumentar la vigilancia, evitar el sueño y hacer desaparecer los síntomas de cansancio y hambre de los ejércitos; también se administraba a los soldados con el fin de estimular su valor al inicio de las batallas. Solamente el gobierno inglés distribuyó entre sus tropas más de setenta millones de comprimidos. A pesar de algunos efectos no deseados: bajas por fuego amigo, esto es, entre soldados del mismo ejército, y pérdidas en las fuerzas aéreas, las anfetaminas se mantenían como un armamento más de los soldados (Alfonso e Ibáñez, 1987).

Este exceso de anfetaminas (los gobiernos permitían o favorecían grandes producciones con el fin de mantener el suministro del frente) recayó, al finalizar la guerra, sobre la población civil, ayudada, además, por la experiencia de los veteranos que regresaban a la vida civil. Ejemplos de esta problemática son las epidemias de consumo de metanfetamina que sufrió Japón desde el final de II Guerra Mundial hasta 1955, y la sufrida en Suecia, donde la anfetamina fue sustituida por uno de sus análogos: la fenmetrazina, comercializada sin ningún tipo de restricciones con el nombre de Preludín. Simultáneamente, la producción farmacéutica de anfetaminas iba creciendo y solamente remitían los brotes de consumo excesivo cuando eran retiradas las especialidades que los provocaban (Camí, 1996).

El consumo también se había convertido en esporádico; las anfetaminas eran consumidas en casos concretos para aumentar el rendimiento. El ejemplo más paradigmático de ello era el de los estudiantes que las consumían a la hora de preparar exámenes. En una encuesta realizada entre 1973 y 1975 a los estudiantes de Medicina de Barcelona, se descubrió que cerca del veinte por ciento las empleaban regularmente. La retirada paulatina de las anfetaminas del mercado se produce a partir de 1971 con las recomendaciones de la Convención Única de Psicotrópicos de Viena y su inclusión en la lista de psicotrópicos peligrosos. La desaparición de la sustancia repercutió en la aparición de laboratorios clandestinos de síntesis química de droga y en la aparición de variantes de la anfetamina: entramos en la época de las drogas de síntesis (Camí, 1996).

La permanente actualidad que ha mantenido la anfetamina se ha debido a dos factores; su fama como medicamento que el tiempo ha limitado a casos muy concretos y su empleo en la competición deportiva: el dopaje. Por dopaje, palabra procedente de la voz inglesa doping, podemos entender la administración de sustancias a dosis anormales para aumentar el rendimiento físico. Esta práctica tiene raíces antiquísimas, pues ya en la Antigüedad los atletas de salto comían carne de cabra y los luchadores

carne con mucha grasa en la creencia de que así participaban de las características de los animales (Alfonso e Ibáñez, 1987).

En el caso del deporte no solo se dopan los atletas sino también los animales, tal es el caso de los caballos de carreras. Los casos de dopaje en el deporte son muy peligrosos puesto que ocultan los síntomas de la fatiga y el sobreesfuerzo puede causar lesiones graves o incluso la muerte. Uno de los ejemplos más conocidos en el mundo del deporte, es el caso de la muerte del campeón del mundo de ciclismo T. Simpson en 1967 mientras participaba en una carrera. Al año siguiente se realizaron los primeros controles antidopaje en unos Juegos Olímpicos y se elaboró una lista con las sustancias prohibidas en competición, lista que se va actualizando cada año.

### **2.6.1. Patrones de consumo de anfetaminas**

Las anfetaminas tienen una acción terapéutica reconocida en la actualidad para el tratamiento de enfermedades como la obesidad, aunque no como primera opción, dado que existen otros tratamientos menos agresivos y más eficaces; la depresión, sobre todo para aquellos casos donde los tratamientos más usuales fracasan y, fundamentalmente, para el tratamiento de los trastornos por déficit de atención asociados a la hiperactividad en niños y adultos.

En cuanto al uso recreativo la tasa de consumo no alcanza el 6% (OED, 2007) y va asociado normalmente a la búsqueda de estados euforizantes y de bienestar, así como a potenciar la actividad sexual. Aún existen consumos en busca de un mayor rendimiento en el ámbito estudiantil y en el deportivo cuando no se trata de alta competición donde los controles antidopaje frenan esta actividad.

## **2.7. Coca (Eritroxilon Coca). Cocaína (Clorhidrato de cocaína)**

Parece ser que esta planta ya era empleada en las culturas preincaicas, especialmente en la cultura Chibcha (extendida por la actual Colombia) y que su cultivo se remonta al año 5000 antes de Cristo, mientras que la costumbre de mascarla al año 800 antes de Cristo, según se deduce de los vestigios arqueológicos y del análisis de las momias encontrados en las excavaciones. Distintos pueblos anteriores a la constitución del Imperio

Inca ya utilizaban la coca pero fueron los incas el pueblo que institucionalizó su uso. La coca era un símbolo sagrado entregado por el dios del Sol a su hijo, Manco Cápac, el fundador del Imperio Inca. Manco Cápac fue el legendario emperador que, a finales del siglo XII, sentó las bases de lo que sería una de las grandes civilizaciones americanas. A pesar de que el conocimiento que de él se tiene viene condicionado por la visión legendaria de las crónicas de los conquistadores españoles, se cree que existió en realidad, si bien, desde el punto de vista histórico se considera fundador del Imperio Inca a Sinchi Roca, hijo de Manco Cápac y de su esposa y hermana Mama Ocllo.

La coca era empleada por los incas en ceremonias religiosas y estaba considerada como una sustancia sacralizada cuyo consumo se limitaba a los sacerdotes y poderosos; ocasionalmente se utilizaba como la recompensa a servicios de especial relevancia. Su importancia queda patente en las guerras que tuvieron lugar entre los años 1230 y 1325 por la posesión de las tierras más apropiadas para su cultivo (Freixa, 1984). Con la llegada de los españoles la situación cambió; tras una primera reacción prohibiendo el consumo de hojas de coca por sus implicaciones religiosas y supersticiosas, los propietarios españoles se dieron cuenta de que era la solución ideal para disminuir el cansancio de los trabajadores en situaciones laborales especialmente duras (trabajos a gran altitud) y en las que hubiera un suministro inadecuado de comida (Camí, 1996).

Sus efectos ya aparecen descritos en 1555 por el doctor A. de Zárate:

“Hace desaparecer la sensación de fatiga, hambre y sed (...) mantiene el cuerpo caliente (...) se trabajan largas horas sin indicios de fatiga.» (Alfonso e Ibáñez, 1987).

Consecuentemente se originó un verdadero comercio de hojas de coca que tuvo que ser regulado mediante diversas ordenanzas.

A mediados del siglo XVI, se prohibió su uso gracias a la intervención de la Iglesia que pensaba que la coca favorecía las supersticiones de los indígenas y los apartaba del cristianismo. Los propietarios no atendieron esa prohibición pues incluso solían pagar parte del salario en hojas de coca; posteriormente se prohibió el trabajo forzado de los indígenas para así disminuir el consumo, pero la idea no tuvo mucho éxito. Una obra de Nicolás Hernández, *Historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales que sirven en medicina*, constituye la primera publicación técnica sobre la coca y fue publicada en tres volúmenes entre 1565 y 1574. Este libro que sirvió de referencia durante muchos años y fue traducido a

varias lenguas, describe la planta de coca, su cultivo y uso por los indígenas basándose en referencias (el autor nunca estuvo en el Nuevo Mundo) y en el estudio de la planta que él mismo cultivaba en su jardín (Camí, 1996).

Durante tres siglos, la coca no despertó intereses importantes en la sociedad europea, pero en el siglo XIX, lo vuelve a recobrar gracias a las crónicas de viajeros, médicos, arqueólogos, etc., que destacaban de ella su capacidad vigorizante. En 1859, Paolo Mantegazza, médico y antropólogo italiano, describe los efectos de la coca y la define como uno de los tónicos del sistema nervioso más potente. Sus afirmaciones pusieron de moda, otra vez, la planta de la coca y se iniciaron importantes estudios para analizarla. Con el nacimiento de la química orgánica comenzó la labor de aislar los alcaloides de la planta de coca. Los primeros intentos, previos a la obra de Mantegazza, fueron los de Weddell quien sugirió que la theine, un alcaloide, era el causante de los efectos aunque no se llegó a demostrar y los intentos de Gaedcken, quien en 1855 había obtenido cristales de un alcaloide que él denominó eritroxilina.

En 1860 se produce, gracias al trabajo desarrollado por Albert Niemann, el descubrimiento del principal alcaloide de la hoja de coca que recibió el nombre de cocaína. En 1858 K. Anrep, experimentó con la nueva sustancia para buscarle algún uso médico pero, no fue hasta 1884, cuando el oftalmólogo Carl Koller comenzó a emplearlo como anestésico en las operaciones oftalmológicas y como remedio para la «enfermedad del soldado» o morfinomanía iatrogénica. Los efectos atribuidos a la cocaína se correspondían con las de la coca por lo que se la consideró como la causante de los mismos. El descubrimiento de la cocaína coincide con un periodo de difusión de todo tipo de productos, medicinales o de alimentación, basados en la coca. Dos de ellos merece la pena destacar: el Vin Mariani y la Coca-cola.

Angelo Mariani fue un médico y empresario que logró grandes éxitos con varios productos basados en la coca. El más famoso de ellos fue el Vin Mariani, un extracto de coca diluido en vino con propiedades tónicas. El acierto de Mariani fue conseguir que los médicos le promocionaran el producto, ensalzando sus cualidades y recomendándolo para diversas dolencias. El Vin Mariani era el elixir de la vida y la juventud, el vino de los atletas y otras variadas consideraciones. Grandes personajes de la época, Edison, Zola, la reina Victoria..., alabaron el producto e hicieron de su inventor uno de los ciudadanos más relevantes de Europa.

La historia de la conocida mundialmente Coca-cola se inicia en 1885, cuando John S. Pemberton farmacéutico de Georgia (EE.UU.), fabrica una bebida alcohólica tónica con extractos de hoja de coca que deno-

minó Vino francés de coca del doctor Pemberton, tónico y estimulante ideal para los nervios. Poco después, se suprimirá el vino de la fórmula y será sustituido por azúcar y extracto de nuez de cola —que posee gran cantidad de caféina— que junto a las hojas de coca y el agua para su disolución pasó a llamarse Coca-cola. En 1888, se sustituye el agua corriente por agua carbonatada. En 1891, Asa Candler compra los derechos de la Coca-cola y establece la compañía en Atlanta donde permanece en la actualidad. Desde entonces hasta nuestros días la Coca-cola se ha convertido en un símbolo cultural de nuestra sociedad.

Si bien es cierto que la cocaína desaparece como ingrediente de la bebida en 1903, durante muchos años se siguen empleando hojas de coca «descocainizadas» gracias a la riqueza de sustancias aromatizantes que contienen (Camí, 1996). Mientras tanto el estudio de la cocaína sigue avanzando. Sigmund Freud fue uno de los primeros investigadores que la aplicaron, en principio, como un antidepresivo inocuo; publicó una serie de trabajos entre los que destaca «Sobre la coca» (1884) donde reconoce que la cocaína es la causante de los efectos de la coca.

Sin embargo, pronto se demostró el poder adictivo de la cocaína por lo que comenzó a ser denunciada como inadecuada en el tratamiento antidepresivo y en la curación de las toxicomanías. La facilidad de síntesis de la cocaína y su forma de administración hicieron que se extendiera por toda Europa, sobre todo en determinados ambientes culturales e intelectuales. Esta expansión provocó que las plantaciones aumentaran (en diez años se multiplicó por diez la cantidad de kilos exportados) y que el cultivo de la planta fuera promovido en otras zonas geográficas: Ceilán, Java, Australia. Esta expansión coincidió con las primeras manifestaciones sobre su adicción y peligrosidad, que finalizan con la prohibición total de la importación de las hojas de coca y cocaína y la penalización de la venta y posesión ilícita de productos que la contengan en 1914 con la ley Harrison.

### 2.7.1. Patrones de consumo de la cocaína

En base a lo que hemos expuesto, la cocaína es una de las sustancias más controvertidas, además de peligrosa, por su alto poder adictivo silencioso. Posiblemente también se refleje una asimetría entre las tasas de consumo medidas y las tasas de consumo real. Podríamos aventurar que el consumo de cocaína se podría representar como un iceberg, donde la parte visible es la medida y la invisible la posible o real. Esta hipótesis la

basamos en la cantidad de tiempo que se tarda en desarrollar adicción invalidante o aparición de signos reveladores de su consumo.

Los patrones de uso conocidos se basan en una secuencia de consumo muy esporádico (fines de semana), pasando a coquetear algún día entre semana y finalizando por un consumo regular. El factor determinante de su consumo es netamente recreativo, buscando diversiones prolongadas y exitosas.

## 2.8. Nicotina

La planta del tabaco es originaria del continente americano donde ya era empleada en la época precolombina en rituales religiosos y de iniciación; además de tener constancia de su uso cotidiano por ejemplo, en la civilización maya, de hecho la palabra cigarro deriva del vocablo maya *siyar*. Cristóbal Colón fue el primero en dejar reflejado en su diario la costumbre de los indígenas, tanto hombres como mujeres, de inhalar el humo producido por unos rollos de hojas que ellos denominaban cohivá; en ocasiones se ayudaban de una caña en forma de pipa que llamaban tobago. La costumbre de fumar tabaco se extiende rápidamente entre los españoles; el padre Fray Bartolomé de Las Casas explica en su obra, *Historia General de las Indias*, que ya había españoles que sabían dejar este vicio; se sabe que Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre fueron los primeros españoles en sufrir un proceso inquisitorial por fumar ya que, solamente Satanás, tenía la facultad de expulsar humo por la boca y, por tanto, estos fumadores debían estar poseídos (Escohotado, 1989).

El tabaco invade toda Europa durante el siglo XVI; la generalización de su uso estuvo acompañada de grandes polémicas acerca de sus supuestas propiedades curativas. En la famosa obra de Nicolás Hernández, *Historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales* que sirven en medicina, se alaban las virtudes del tabaco en el tratamiento de la artritis, la jaqueca, el dolor de muelas y ¡el mal aliento! En Francia el tabaco fue introducido por el diplomático Jean Nicot (de donde deriva el nombre común del género *Nicotiana*) quien lo llevó en forma de rapé para aspirar a la reina regente María de Médicis, con el fin de aliviarle su dolor de cabeza. Parece ser que fue efectivo y la reina alababa continuamente las virtudes del nuevo producto por lo que, de cierta manera, se puso de moda en la corte.

En Gran Bretaña fue el explorador sir Walter Raleigh quien introdujo la costumbre de fumar en pipa, parece probable que ya muchos marine-

ros consumían el tabaco para mascar. El tabaco llegó a Rusia, a China y a Japón donde fue introducido desde las colonias españolas situadas en Filipinas. Simultáneamente a la extensión del consumo de tabaco y a la creencia de que era una sustancia mágica capaz de curar o aliviar muchas enfermedades, también aparecen las primeras prohibiciones y la persecución de sus consumidores. A finales del siglo XVI, es prohibido el consumo de tabaco en España bajo pena de excomunión y en el siglo XVII, el zar Miguel Fedorovich dispone cortar la nariz a los fumadores; el sultán Murad IV mutilaba o decapitaba a los fumadores; el último emperador de la dinastía Ming decreta la ejecución para los comerciantes y consumidores de tabaco, el papa Urbano VIII prohibió su uso en las iglesias y las prohibiciones van ganando adeptos entre los gobernantes de esa época (Escohotado, 1989). Fue paradigmático, tal y como nos retrata Walton (2003), el rey Jacobo I de Inglaterra, que en 1604 publicó «Refutación del tabaco», donde arremete contra la moda de fumar de una manera contundente asegurando que se trata de: «... una costumbre desagradable para la vista, odiosa para el olfato, perjudicial para el cerebro, peligrosa para los pulmones, y cuyas negras y malolientes fumaradas se asemejan al horrible humo estigio del pozo sin fondo» (Rudgley, 1998, 248).

Sin embargo, el tabaco en el siglo XVI ya era un producto importantísimo en la economía colonial y España tuvo que decretar el monopolio de su comercio; así, en 1634, se estableció el estanco del tabaco prohibiendo su cultivo en la península y para facilitar su control, la fábrica de Sevilla, fundada en 1620, monopolizó su elaboración. Esta decisión provocó muchas protestas en los territorios americanos y tras algunas revueltas España cedió los derechos de monopolio y comercio a Cuba, Venezuela, Santo Domingo y Filipinas en 1735. Con anterioridad, en 1620, los colonos de Virginia, las dos Carolinas y Maryland deciden cultivar tabaco en régimen de monocultivo. La planta de tabaco se convirtió en el producto agrícola básico y en el principal medio de cambio en las colonias anglofonas. Pocas décadas después, el estado de Virginia producía 35 millones de kilogramos de tabaco para mascar y fumar.

En el siglo XIX, Cuba era el productor más importante y en España se inicia la expansión de las grandes fábricas de tabaco, concediéndose el monopolio de su manipulación y comercio en 1887 a Tabacalera S.A. La irrupción del cigarrillo se produce a principios del siglo XX y terminó desbancando en el consumo a las otras formas de tabaco; en esa época todavía se creía que el tabaco no producía efectos nocivos sobre el organismo y los médicos recomendaban enviar cigarrillos a los soldados de las dos guerras mundiales porque ayudaba a aliviar la tensión propia del

combate. Sin embargo, los científicos detectaron un aumento inusitado del cáncer de pulmón, poco frecuente antes del siglo XX, que asociaron con el consumo de tabaco; experimentos posteriores con animales demostraron la peligrosidad de muchas de las sustancias contenidas en el humo del cigarrillo y su incidencia directa en el aumento de diversos tipos de enfermedades, el cáncer especialmente.

Otros estudios científicos, han demostrado la peligrosidad de fumar tabaco y los gobiernos han ido adoptando diversas medidas administrativas como el aviso en los paquetes de cigarrillos, el ya conocido «Las Autoridades Sanitarias advierten que el tabaco perjudica seriamente la salud»; la prohibición de la publicidad directa de tabaco; la prohibición de fumar en determinados espacios o medios de transporte, etc., medidas tendentes, en gran parte, a la protección del llamado «fumador pasivo», la persona que inhala el humo de los fumadores en espacios o recintos cerrados.

En la actualidad el coste social del consumo de tabaco (tratamientos sanitarios, absentismo laboral, etc.) supone un gasto considerable para las economías de los países occidentales. Por ejemplo, el informe del Plan Nacional sobre Drogas (2007) estimaba que fumaba diariamente un 32,8% de la población española mayor de quince años. Los más jóvenes se inician en el consumo por motivos sociales fundamentalmente, deseos de independencia, identificación con el grupo, rebeldía ante actitudes de los padres, seguimiento de modelos adultos y/o publicitarios... La adicción que provoca esta droga se encarga de mantener el hábito con la edad, de esta forma siempre existirá un grupo de nuevos fumadores si no tomamos conciencia de la peligrosidad del tabaco. Aunque lo realmente cierto es que el consumo de tabaco es la causa aislada más importante de cáncer y donde se encuentran antecedentes de fumadores en más del 80% de los cánceres de pulmón, uno de los más mortíferos.

### **2.8.1. Patrones de consumo de nicotina**

Como droga legal y socialmente permitida, al igual que el alcohol, ha campado a sus anchas durante muchas décadas, siendo promocionada por todo tipo de soportes publicitarios sin ninguna restricción. Desde los años ochenta y siguiendo las tendencias restrictivas de los Estados Unidos, se aprecia un giro significativo del comportamiento de consumo de tabaco, obligado por las férreas y estrictas normativas de los diferentes gobiernos. Este hecho genera un cambio social, tanto en los fumadores como en los no fumadores que desemboca en un patrón de consumo

distinto. Pasamos de la permisividad a la prohibición de fumar en lugares públicos, y paulatinamente los fumadores están siendo arrinconados para que su consumo se vea cortapisado por la presión legal y social en pro de su beneficio personal que redundará en toda la comunidad.

## **2.9. Cafeína, teofilina y teobromina (Xantinas)**

El cafeto o árbol del café se cultiva en terrenos húmedos, ricos en materia orgánica con buena fertilización; la planta comienza a dar frutos en su quinto año de crecimiento y puede cosecharse durante 20 ó 25 años más. Se cultiva en climas tropicales o subtropicales hasta una altura de 1.800 metros sobre el nivel del mar. Las dos terceras partes del café del mundo se recolectan en América Central y del Sur convirtiéndose, de esta forma, en un producto básico para la economía de la zona.

El origen de esta planta es desconocido y está envuelto en la leyenda; algunas fuentes lo sitúan en el año 675 pero las primeras muestras de su cultivo hay que situarlas en el siglo XV en la antigua Abisinia, hoy Etiopía, y en el Yemen. Una antigua leyenda (Freixa, 1984; Escotado, 1989) cita al muftí de Aden, jurisperito musulmán, como el primer plantador de café en el siglo IX en Arabia; otras, más extendidas, citan a Mullah Schadelih como descubridor del café. Mullah Schadelih era un religioso muy preocupado porque le vencía el sueño mientras recitaba el Corán; a sus oídos llegó la historia de un pastor de la región que se quejaba de que sus animales pasaban las noches inquietos, saltando y sin poder dormir. Tras una paciente observación, relacionó las costumbres de los animales con una planta por la que sentían especial atracción y que devoraban. Recogió algunos frutos y se los comió pero no obtuvo ningún efecto. Decidió tostarlos pero como se entretuvo en sus oraciones, los granos se quemaron. Al añadir agua, se encontró con una bebida oscura y de agradable sabor. Desde ese día, Mullah Schadelih no tuvo problemas con sus oraciones.

El café siguió un rápido proceso de expansión; lo empleaban los peregrinos que iban a La Meca y lo llevaban a sus países de origen (en el siglo XV ya existían *Casas de café* en La Meca); con posterioridad exploradores y viajeros, sobre todo venecianos, lo introdujeron en Europa en el siglo XVI. El primer establecimiento de venta de café abierto al público se fundó en 1554 en Estambul, una vez superadas las prohibiciones y las desconfianzas de tipo religioso que había planteado el café. La primera cafetería europea se abrió en Londres en 1650 pero fueron los establecimientos de París los que difundieron su uso. En el siglo XVIII, la cafetería estaba considerada

como un establecimiento distinguido en el que no se fumaba ni se bebía alcohol. Según afirma Walton (2003) en ellas se desarrollaba una importante actividad cultural y provocó una conciencia política insospechada de tintes democráticos, teniendo en cuenta que además las tertulias estaban limpias de alcohol, por lo que sus componentes estaban completamente lúcidos para conversar sobre los temas políticos del día con mayor énfasis y poderío crítico, lo que desembocó en que el gobierno de España durante el reinado de Carlos II El Hechizado intentara prohibir el consumo de café mediante el cierre de las cafeterías, esgrimiendo el argumento de que estos lugares eran el refugio de los máximos disidentes: «...pero también porque en esos locales [...] se urden diversos, falsos, malignos y escandalosos planes que se divulgan en el extranjero con la intención de difamar al gobierno de Su Majestad y de alterar la paz y la tranquilidad del reino» (McGee, 1984, 220).

Cuando el consumo del café se convirtió en una moda imparable en Europa, los países colonialistas intentaron la propagación de la planta en sus colonias. Los holandeses aclimataron la planta en Java y en la Guayana, los franceses en La Martinica, Haití, Santo domingo y Brasil. Esta última aclimatación no estuvo exenta de curiosidades históricas que merece la pena reseñar. De las tres plantas de café que donó el Jardín Botánico de Francia, dos murieron en la travesía hasta La Martinica; la tercera se salvó gracias a la generosidad del capitán del barco, Desolieux d'Eschigny, que compartió con la planta su ración de agua (Freixa, 1984). Una sola planta fue la responsable de las actuales plantaciones de América del Sur.

Con el paso de los años las exportaciones de café tuvieron gran importancia económica y los países productores intentaron agruparse con el fin de repartirse los mercados. La Organización Internacional del Café, creada gracias a un acuerdo de la Organización de las Naciones Unidas en 1962, controla el comercio mundial del producto, regulando los precios y el volumen de las existencias. En América, se creó la Oficina Panamericana del Café, que es la encargada de establecer diferentes convenios internacionales que regulan el comercio del café entre los países productores y Estados Unidos especialmente. En la actualidad, el café es un elemento más de los que forman nuestro entorno cultural y vital. La cafeína se ha convertido en la droga legal más consumida en el mundo.

### **2.9.1. Patrón de consumo de cafeína**

Como hemos podido comprobar el café ha sido una de las sustancias más universales en su consumo, llegando prácticamente a todos los

continentes y todas las culturas. Los patrones de consumo han variado relativamente poco a lo largo de los años. Habría que señalar la cantidad de variantes que ha conseguido reunir a la hora de consumos sociales o individuales, dependiendo del grupo cultural y del perfil personal del consumidor.

Como sustancia legal y socialmente aceptada carece de perseguidores y de detractores. Como su poder adictivo es escaso y su nivel de peligrosidad baja, no se ve sometido a controles de índole gubernativa en ningún sentido. El consumidor habitual de café lo hace por costumbre social, buscando usualmente una mayor activación, por lo que su uso es mucho más alto en las primeras horas del día o cuando se pretende dormir tarde, retrasando las pautas de sueño.

## 2.10. Alucinógenos

El LSD o dietilamida del ácido lisérgico fue obtenido por síntesis química en 1938 por Albert Hofmann basándose en su principal alcaloide, previamente aislado por A. Stoll hacia 1918; se trataba de una sustancia presente de forma natural en el hongo *Claviceps purpurea*, conocido como cornezuelo del centeno. El cornezuelo es tóxico pero algunos de sus diferentes constituyentes poseen propiedades terapéuticas: era empleado en la Edad Media para precipitar el parto. De este hongo se han aislado esteroides, aminoácidos y un grupo de alcaloides con un núcleo común: el ácido lisérgico. El cornezuelo del centeno es un hongo parásito que ataca la planta del centeno y que, al parasitarla, provoca una enfermedad conocida como ergotismo. El ergotismo está basado en la acción de la ergotina (y de su alcaloide principal, la ergotamina) sustancia tóxica que contrae la musculatura lisa del cuerpo y que actúa con especial incidencia en la pared de las arterias periféricas de las extremidades lo que provoca la gangrena de las mismas.

El ergotismo es una enfermedad antigua que ya está documentada en el siglo x. Se presentaba en la Edad Media en forma de grandes epidemias y era conocida, dependiendo de los países, como «Fuego sagrado», «Mal de los ardientes» o «Mal de San Antonio». Probablemente la causa de la aparición de estas epidemias radicaba en que, en épocas de falta de alimentos, no se separaban las espigas afectadas por el cornezuelo de las sanas, y la presencia del cornezuelo en la harina del pan provocaba en sus consumidores desórdenes psíquicos y gangrenosos que suponían la pérdida de brazos y/o piernas después de fortísimos dolores.

La primera investigación seria sobre esta enfermedad no se da hasta el siglo XVIII y en 1926 todavía se produce un brote epidémico en Rusia que afectó a once mil personas (Freixa, 1984). Trabajando sobre los alcaloides del cornezuelo del centeno fue como se llegó al descubrimiento del LSD,<sup>25</sup> la dietilamida del ácido lisérgico. LSD es la abreviatura del nombre en alemán: *Lyserg Säure Diethylamid* y 25 por ser el vigesimoquinto compuesto, de una serie de 27, sintetizado en los laboratorios Sandoz. Inicialmente el LSD fue desechado por los investigadores porque no le encontraron utilidad terapéutica; sus cualidades estupefacientes fueron descubiertas por casualidad cuando Hofmann ingirió, por error, una pequeña cantidad de la sustancia, lo que le provocó alucinaciones. Con el fin de comprobar si el origen de sus alucinaciones era el LSD, ingirió voluntariamente 0,25 mg de la sustancia que le provocaron un fuerte estado alucinatorio. Con este descubrimiento y consciente de sus efectos, Hofmann prepara un medicamento con LSD, el Delysid, del que los laboratorios Sandoz distribuyeron millones de dosis.

Tras el paréntesis de la II Guerra Mundial aumentó el uso terapéutico del LSD en el tratamiento del alcoholismo y de los problemas psiquiátricos, precisamente fueron los psiquiatras los mayores defensores de las cualidades liberalizadoras de esta droga. Se tiene constancia del tratamiento con LSD, en la década de los cincuenta, de 35.000 pacientes de todos los estratos sociales. Es el inicio de la *Psicodelia* (de *psique* y *delos* con el significado de «ampliación de la mente») en la que intervinieron activamente con sus obras diversos autores entre los que destaca A. Huxley; las ideas de liberación que predicaban no tardan en arraigar en las principales universidades norteamericanas. En una de ellas, la de Harvard, es donde colaboran dos psicólogos T. Leary y R. Alpert, que con sus experimentos en el proyecto de investigación psicodélica contribuyeron, de una forma decisiva, a la expansión del consumo de LSD entre la juventud norteamericana (Escohotado, 1989).

En los años cincuenta se utiliza profusamente en los tratamientos psiquiátricos, en enfermos alcohólicos, homosexuales y enfermos terminales, hasta que algunos de ellos desarrollaron trastornos psicóticos graves con suicidio incluido (Walton, 2003). Es en 1959, cuando se producen las primeras actuaciones policiales contra determinados grupos sociales que empleaban el LSD y en 1967, queda prohibida la sustancia y su consumo. Comienza de esta forma la distribución ilegal de LSD así como su fabricación a pesar de que, en este proceso, se necesitan medios y conocimientos más complejos. El consumo de LSD ha ido cambiando desde la década de los setenta, su último resurgimiento más importante se produjo a finales de la década de los ochenta, coincidiendo con el movimiento «acid house».

### 2.10.1. Patrones de consumo de alucinógenos

Los alucinógenos tuvieron su fulgurante epicentro en la llamada era psicodélica cabía las décadas de los sesenta y setenta, disminuyendo su consumo en las siguientes. Hoy en día el uso y abuso de esta sustancia es muy bajo, con tasas que en población general no alcanzan el 0,8 % (PNsD, 2007). Su patrón de uso sigue unido al ámbito recreativo casi exclusivamente, de forma muy esporádica y experimental, muy posiblemente por las consecuencias molestas que conlleva su consumo (Barrio et al., 2000).

### 2.11. Cannabis

La *cannabis sativa* es originaria de Asia central y su cultivo para la obtención de fibra y aceite ya está documentada en la China del 2700 a.C. Igualmente se hace mención a su uso medicinal en el tratamiento de ciertas enfermedades y trastornos mentales en, prácticamente, todas las culturas que se han ido sucediendo a lo largo de la historia. La cannabis también ha ido unida a las ceremonias religiosas de ciertas culturas entre las que destacan las hindúes, donde la planta, de la que se remarcan sus efectos como estupefaciente, es conocida con los nombres de *charas*, *ganja* y *bhang*. EL Atharva Veda considera la planta como resultado de gotas de ambrosía divina que cayeron del cielo. Parece ser que las sociedades antiguas reafirmaban su identidad cultural a través del empleo en sus ceremonias religiosas de alguna droga que los identificaba (Escotado, 1989).

Uno de los nombres con que es conocida la *cannabis sativa* en Occidente, hachís, está relacionado, probablemente desde lo legendario, con la secta de los Hashishin fundada en el siglo XI por Hassan Ibn al-Sabbah, también conocido como el Viejo de la Montaña. Los miembros de esta secta quedaron reflejados en las crónicas de los cruzados —no así en las islámicas— como bravos guerreros capaces de cometer las mayores atrocidades gracias a la ingestión de grandes cantidades de hachís y a la creencia de que si morían, viajarían a un paraíso donde disfrutar, por toda la eternidad, de los efectos de esta planta. Sin embargo, parece más lógico hacer caso de la etimología de la palabra cuya traducción del árabe significa: «hierba seca».

La *cannabis sativa* fue introducida en Europa, vía África, por las tropas del ejército francés de Napoleón. Los científicos que lo acompañaban en su campaña de Egipto realizaron los primeros estudios sobre la planta pero también se deben a Napoleón las primeras disposiciones sancionando el

comercio y consumo de la misma. La cannabis se fue extendiendo lentamente por Europa restringida a ciertos grupos culturales heterodoxos; muestra de ello es el Club des Haschischiens fundado por el escritor Théophile Gautier y al que pertenecieron importantes figuras de la literatura francesa como Baudelaire, Verlaine o Rimbaud que solían reunirse en el Hotel Pimodan, en el Barrio Latino de París. Parece ser que los efectos de la droga estaban en consonancia con la vida intelectual parisina del momento que se encontraba en una tendencia de exaltación de la cultura árabe y de las maravillas orientales (Laurie, 1969). Su expansión continuó lentamente hasta su asociación con los movimientos contraculturales de la década de los sesenta, donde la droga en general, fue considerada como un medio de oposición al sistema y el símbolo del rechazo a la sociedad de la época. En 1961, fue incluida la *Cannabis sativa* en la lista de drogas psicotrópicas y en 1971, se incluyó el THC en la Convención Internacional sobre sustancias psicotrópicas.

Actualmente su consumo se ha generalizado llegando a normalizarse hasta el punto que la percepción de riesgo entre los más jóvenes es cada día menor a pesar de los esfuerzos por aumentarlo mediante la información fundamentalmente. Muchos la consideran como droga de iniciación, «el primer paso» o «la puerta de entrada» para acceder a otras drogas ilegales que pueden llegar a ser más tóxicas y peligrosas aunque no hay evidencias que así lo corroboren. Desde la década de los sesenta esta sustancia ha sido polémica en cuanto a su tratamiento legal. Según Walton (2003) en el año 1967 se envió al afamado *The Times* una larga lista de firmantes influyentes con la exigencia expresa de que se legalizara el uso y consumo de cannabis y desde entonces no se ha atenuado el debate que nos alcanza en nuestros días en muchos países del mundo. En otra línea de acción se intenta demostrar científicamente la conveniencia de su uso en el tratamiento de algunas enfermedades como el asma, la esclerosis o como medio para paliar los efectos desagradables de la quimioterapia oncológica.

### 2.11.1. Patrones de consumo de cánnabis

El consumo de cánnabis en España ha experimentado una ascensión en los últimos años, promocionada por la amplia normalización que está experimentando esta sustancia en todos los ámbitos sociales y asociado a la baja peligrosidad atribuida por parte de los jóvenes a esta sustancia. Según describen Barrio et al. (2000), el consumo se ciñe fundamentalmente a

la resina de *Cannabis Sativa* (hachis) mezclada y fumada con tabaco. La prevalencia de consumo de esta sustancia se ha estabilizado en los últimos años, alcanzando la cota del 11 % en población general y prácticamente del 30 % en población joven.

## **2.12. Inhalables**

En los ritos religiosos de las civilizaciones antiguas es posible establecer una relación entre los sacerdotes u oficiantes y la inhalación de sustancias que permitían acceder a un estado de trance que facilita la comunicación con su dios. Se cree que en el Oráculo de Delfos, las sacerdotisas inhalaban los vapores que desprendían las rocas con el fin de realizar profecías; también en las religiones judaicas y hebraicas, los participantes en las ceremonias inhalaban los vapores que desprendían las ofrendas al ser quemadas.

La accidentabilidad por inhalación de sustancias volátiles de diversos productos en el trabajo fue ya un riesgo conocido y asumido en el siglo XVIII. En 1776, el químico británico Sir Humphrey Davy descubrió el óxido nitroso, también conocido como el «gas de la risa», usado en un principio como anestésico. El óxido nitroso fue inhalado a través de doscientos años con fines recreativos. Otras sustancias como el éter descubierto de forma embrionaria en el siglo XIII, pasa a ser un anestésico de uso en el siglo XIX saltando a las esferas recreativas, sobre todo en sustitución del alcohol para aquellas personas que eran abstemias. Durante el siglo XX, se pudo constatar la inhalación voluntaria de muchas sustancias más. De esta forma en 1934 se observa la inhalación de gasolina, en 1945 la de cloroformo y en 1957 la de colas y pegamentos.

### **2.12.1. Patrones de consumo de inhalables**

Esta es otra de las sustancias que en nuestro país presenta unas tasas de consumo muy bajas, no alcanzando el uso frecuente el 0,1 % de la población general. En los últimos años el consumo de esta sustancia comienza a elevarse asociado al fenómeno de menores inmigrantes, fundamentalmente de las zonas de Marruecos y Argelia. Las pautas de consumo suelen ser en compañía de otras sustancias, siendo al principio de carácter recreativo y pasando a un consumo abusivo, normalmente por una situación crítica en la forma de vida de estos grupos marginales. Su uso se suele alternar muy frecuentemente con el consumo de tranquilizantes. El uso de disol-

ventes suele darse en la mayoría de los casos por su facilidad de adquisición y sus bajos precios (Fundación Salut y Comunitat, 2009).

### 2.13. Drogas de síntesis

En la década de los sesenta se inició un proceso de restricción de las anfetaminas que existían en el mercado farmacéutico. La falta de disponibilidad de esta sustancia provocó que comenzaran a aparecer laboratorios clandestinos en los que, con una pequeña inversión y componentes asequibles en el mercado, se podían sintetizar diferentes tipos de sustancia; muchas de ellas ya habían sido sintetizadas con anterioridad y no se habían comercializado por diversos motivos; de muchas otras se ignoraban los efectos potenciales. Inicialmente la mayoría de estas sustancias eran derivados de la anfetamina y estaban reducidos a grupos minoritarios; la generalización de su uso se inició en las zonas de diversión. Los primeros jóvenes que murieron por la ingestión de estas sustancias presentaban un deterioro físico interno comparable al sufrido por personas mayores de sesenta años: habían envejecido a gran velocidad (Escohotado, 1989). Velocidad, más concretamente su traducción al inglés, *speed*, fue el nombre de una de las drogas más extendidas hasta la década de los ochenta: la metanfetamina.

El primer laboratorio de speed desmantelado en Estados Unidos lo fue en 1963 y en 1968 en Suecia, el 82 por ciento de los laboratorios clandestinos desmantelados en Estados Unidos sintetizaban *speed*. A partir de 1970 se inició la aparición de variantes, algunas con efectos alucinógenos, de la anfetamina. Estas variantes eran conocidas por las iniciales de su fórmula química: PMA, DMA, TMA, MDA, MDMA, DOM, STP; la continua aparición de nuevas sustancias da lugar a su denominación: drogas de diseño (Camí, 1996). De diseño porque la fórmula se podía adaptar según las necesidades del mercado con pequeños retoques en su estructura como si se diseñara; de diseño porque coincide su aparición con la era del diseño lo que le confería a estas drogas cierto aire de modernidad. En la actualidad este grupo de drogas es designado con el nombre de drogas de síntesis.

La aparición de estas sustancias supone la iniciación de otra polémica sobre la conveniencia de su uso en tratamientos de psiquiatría. Algunos psiquiatras norteamericanos, que ya habían experimentado con LSD, iniciaron tratamientos con MDMA porque la desinhibición que producía favorecía, en cierto modo, la comunicación con los enfermos. Sin embargo, todos los estudios finalizaron con la inclusión de la MDMA

en la lista I del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas (Camí, 1996). De entre el conjunto de las drogas de síntesis la metilenodioximetanfetamina o MDMA es, tal vez, la más consumida desde la generalización de su consumo en la década de los ochenta. Esta droga se relacionó con los ambientes de diversión juveniles y comenzó a aparecer con profusión en las grandes fiestas al aire libre que se celebraban a finales de los ochenta. Este movimiento, conocido como *Acid house*, alcanzó gran notoriedad al presentarlo los medios de comunicación de masas como reuniones incontroladas de droga y sexo.

El *Acid house* parece tener su origen en la isla de Ibiza donde se realizaron las primeras reuniones junto a los primeros decomisos de MDMA, y se cree que el movimiento fue trasladado a las grandes ciudades de Gran Bretaña por personas relacionadas con el mundo de la música. La música es, en efecto, uno de los rasgos característicos de este movimiento; la música «house» está pensada para bailar; sus rasgos más caracterizadores son la abundancia de la percusión y de ritmos repetitivos y acelerados que provocan un estado de alteración de la conciencia similar al conseguido con los ritmos de las ceremonias tribales más antiguas (Camí, 1996). La música «house» fue el antecedente inmediato de un fenómeno social que en España es conocido como «la ruta del bakalao» y que se encuentra íntimamente unido al consumo de MDMA y otras drogas de síntesis; esta asociación fiesta-droga también se da en casi todos los países europeos y en Estados Unidos. Podemos afirmar de la «ruta del bakalao» que se inició en la Comunidad Valenciana y que se extendió, con posteridad, a otras comunidades autónomas. Consiste en pasar todo un fin de semana viajando de fiesta en fiesta, de discoteca en discoteca, para bailar sin descansar. Con el fin de poder aguantar este ritmo, muchos jóvenes toman pastillas, drogas de síntesis, entre las que destacan las que contienen anfetamina o alguna de sus variantes.

La gravedad de este problema ha sido motivo de comentario en todos los medios de comunicación porque se ha asociado a otros problemas como, por ejemplo, a los accidentes mortales de tráfico en fin de semana de los menores de 25 años. La alarma social que han provocado, hizo tomar conciencia a la sociedad de la gravedad de este consumo. Para darnos idea del tráfico que suponen las drogas de síntesis baste saber que los decomisos de pastillas han crecido desorbitadamente pasando, de 750.000 en el año 1995 a cerca de 1.500.000 unidades en 2002 (PNsD, 2005) y comienzan a aparecer documentados los primeros casos de fallecimiento de sus consumidores relacionados directamente con la ingestión de pastillas.

### **2.13.1. Patrones de consumo de drogas sintéticas**

Prácticamente desde los comienzos de uso abusivo de estas sustancias recreativas, el patrón constante ha sido el de consumidores abusivos de drogas sintéticas y otras drogas (tabaco, alcohol, cánnabis,...). Su índice de consumo en población general supera el 4% y la edad media de iniciación en el consumo está alrededor de los 20 años. El consumo es mayor en varones significativamente y está asociado a fines de semana y determinados tipos de música, aunque actualmente se ha disociado bastante de este último extremo. A partir de los 35 años cae significativamente el consumo en la población española (PNsD, 2007).

### **2.14. Esteroides anabolizantes**

El culto al cuerpo, la búsqueda de la esbeltez y la belleza corporal no se encuadra en una sola época de la historia, aunque sí que podemos afirmar que ha ido cambiando con el paso de los años. Algo que sí ha estado omnipresente en todas las épocas ha sido el deporte y los deportistas de élite. La antigua Grecia promocionó de una forma superlativa la profesionalización de sus deportistas que fueron admirados por todos sus seguidores y las únicas sustancias que ingerían para mejorar el rendimiento eran de tipo natural no esteroide.

Fue en la década de los años treinta del pasado siglo, cuando unos científicos alemanes dieron casualmente con los esteroides anabolizantes. Socas (2004), señala que la sustancia fue aislada de los testículos de toro en 1935 y sintetizada ese mismo años por los laboratorios farmacéuticos. Pero hasta los años cincuenta no se sintetizaron y comenzaron a emplearse por parte de deportistas para mejorar su rendimiento. Los esteroides anabolizantes fueron aprobados por la FDA en 1958, pudiéndose utilizar en los EEUU sin ningún problema.

Según Rodríguez Cano (1998) a partir del año 1964, comienzan a utilizarse con una frecuencia mucho más alta como «productos ergogénicos farmacológicos» con el fin último de conseguir mejorar la composición corporal, incrementar la fuerza física y la potencia muscular. Desde 1950 se han sintetizado más de 120 esteroides anabolizantes de los que únicamente 12 tienen propiedades terapéuticas reales para el tratamiento de enfermedades como el hipogonadismo y otros problemas endocrinos (Socas, 2004). El COI (Comité Olímpico Internacional) en el año 1974 sancionó los esteroides anabolizantes después de conseguir detectarlos

mediante pruebas con cromatografías de gases. A partir de ese año han sido muchos los atletas que han sido descalificados de pruebas deportivas por haber sido detectada esta sustancia en su organismo. En el año 1991 el Congreso de los EEUU incluye los esteroides anabolizantes en su listado de drogas de abuso ilegales.

#### **2.14.1. Patrones de uso de los esteroides anabolizantes**

En la actualidad el uso de estas sustancias se ha extendido entre los jóvenes en su búsqueda de un cuerpo perfecto y un mayor rendimiento deportivo. Por supuesto su abuso sigue siendo patente entre los atletas y deportistas. Según señala Socas (2004), desde la prohibición de estas sustancias en EEUU el aumento de consumidores ha sido muy significativo, llegándose en 1993 a un millón de consumidores habituales, con una media de edad de 26 años y siendo la media de iniciación de consumo de 18 años.



## Capítulo 3

### **Algunos conceptos clave: Uso, Abuso y Dependencia**

La terminología que solemos emplear en materia de drogodependencias se sustenta en la investigación y tendemos a una estandarización para poder establecer parámetros únicos a la hora de entender cada uno de los conceptos a los que nos referimos. Más adelante cuando abordemos los términos utilizados en prevención de drogas, veremos que han ido modificando sutilmente algunos de sus supuestos básicos, pero que en el fondo seguimos usando términos y clasificaciones más o menos consensuadas, a pesar de que en ocasiones no es fácil conseguirlo.

A continuación exponemos algunos de los términos más básicos en materia de drogas, que son clave para el conocimiento de la misma.

#### **3.1. ¿Qué entendemos por droga?**

Definiciones:

- Toda sustancia que, una vez consumida, puede modificar el funcionamiento de nuestro organismo.
- “Toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste» (Kramer y Cameron, 1975).
- Estamos hablando de droga cuando se dan una serie de condiciones:
  1. Sustancia que cuando se introduce en un organismo vivo, puede alterar y o cambiar algunas de las funciones psicológicas de este
  2. Sustancias que llevan a las personas que las utilizan a buscar repetidamente su consumo, sobre todo por el placer y satisfacción que sienten con ello (refuerzo positivo).
  3. Cuando se dejan de consumir, puede llevar a un grado alto de malestar general de tipo físico y/o psicológico
  4. No suelen tener una indicación médica previa, y en caso de ser así, pueden ser consumidas sin fines terapéuticos (Lorenzo y col., 1999).

Por tanto hay que considerar según estas definiciones de droga, que lo son, tanto las sustancias legales (tabaco, alcohol, medicamentos, etc.) como las ilegales (hachís, cocaína,...) que pueden producir los efectos

arriba mencionados, al igual que tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Beneit y col., 1990 aluden al término abuso como conceptualmente malentendido, es decir, que socialmente el uso que un individuo hace de una sustancia no es aceptado y por ello se llega a tildar de abusador de esa sustancia. En cualquier caso estaríamos inmersos en una secuencia más cuantitativa que cualitativa de los términos uso y abuso, siendo bastante complicado determinar el momento en que pasamos del uso de una sustancia, al abuso de la misma (Beneit y col., 1990).

### **3.2. ¿Qué entendemos por droga de abuso?**

Definiciones:

- “Aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, estado del ánimo, conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser auto-administrada» (O.M.S., 1978).
- “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).

### **3.3. ¿Qué entendemos por uso, abuso, tolerancia y síndrome de abstinencia?**

Podemos ver la figura 3.1, donde se especifica cada uno de los términos.

Término	Definición	Ejemplo
<b>Uso</b>	Consumo, utilización de una droga. Se suele entender como un consumo muy esporádico u ocasional (García del Castillo, 2007).	Algún día excepcional nos tomamos una «copa» para celebrar algo.
<b>Abuso</b>	Consumo de drogas que daña nuestra salud (tanto física, psicológica y/o social).	Nos tomamos varias «copas» y terminamos «borrachos» (nos hacemos daño físico, psicológico y social).
<b>Tolerancia</b>	Necesidad de consumir más cantidad de una droga para poder conseguir los mismos efectos que las primeras veces.	La primera vez que se bebe alcohol se pone uno «contento» o se marea con una sola «copa». Más adelante se necesitará dos «copas», después tres ...
<b>Síndrome de Abstinencia</b>	<p>Es un conjunto de síntomas que afectan a un individuo cuando se ve privado bruscamente de algún tóxico o droga que anteriormente había consumido con regularidad y de la que tiene dependencia física.</p> <p>Tanto la cantidad de los síntomas, como su intensidad y duración, dependerán del tipo de droga al que nos refiramos, del tiempo que la persona lleve consumiendo la sustancia, así como también de su estado físico y psicológico en el momento de la abstinencia.</p> <p>Los efectos de la abstinencia suelen ser paradójicos, es decir, contrarios a los que produce su administración.</p>	<p>Cuando una persona dependiente del alcohol deja de consumirlo de forma brusca se le presentan una serie de síntomas como por ejemplo temblores de manos, párpados, lengua, desorientación espacio-temporal, síndromes paranoides y alucinosis alcohólica, etc.</p>

**Figura 3.1.** Términos básicos, definición y ejemplo.

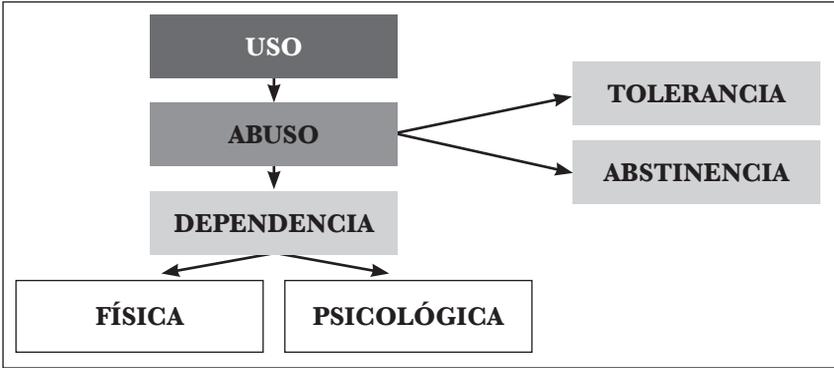
### 3.4. ¿Qué entendemos por dependencia física y dependencia psicológica?

En la figura 3.2., encontramos la especificación de los términos.

Término	Definición	Ejemplo
<b>Dependencia Física</b>	El estado en el que el cuerpo se adapta a la presencia de la droga y que se manifiesta por la aparición de un intenso malestar físico (temblores, escalofríos, insomnio, vómitos, dolor en músculos y huesos, etc.) cuando se interrumpe el consumo de la sustancia o bien se influye en su acción a través de fármacos, para bloquear sus efectos.	
<b>Dependencia Psicológica</b>	Hacen referencia a la situación en la que la persona siente la necesidad emocional y el impulso de consumir una droga de forma regular para sentirse bien, para estar satisfecha (obtener placer o evitar malestar) aunque fisiológicamente no necesite de la sustancia. Esto puede estar asociado a diferentes contextos o interacciones sociales.	<i>Una persona con dificultad para relacionarse en situaciones sociales o de relación con otros, puede estar motivada a consumir alcohol u otras drogas para desinhibirse y superar sus limitaciones.</i>

**Figura 3.2.** Términos básicos, definición y ejemplo.

La figura 3.3. nos permite organizar los conceptos que hemos visto anteriormente en una sola secuencia:



**Figura 3.3.** Consumo de drogas (García del Castillo, 2007).

### 3.5. Tipos de consumo (UNESCO, 1980).

1. **Experimental:** Nos encontramos ante un tipo de consumo totalmente fortuito y experimental, que abarca un periodo de tiempo corto y limitado. No estaríamos hablando exactamente de consumo, sino de probar la sustancia, aunque también cabría contar en este grupo, los que además de probar, pueden llegar a consumir varias veces, pero dejan de hacerlo completamente. No existe una elección pautada de la sustancia a probar, ya que este hecho se desarrolla en función de parámetros ajenos a acontecimientos o motivos fijos, entrando en juego lo que llamamos factores de iniciación al consumo (presión de grupo, de iguales, la curiosidad, etc.). Por ejemplo, cuando un adolescente se enciende un cigarrillo por primera vez para probar su sabor o «saber qué se siente» al encenderse uno.
2. **Ocasional:** Entramos en un tipo de consumo intermitente o secuencial, que se sustenta normalmente, en el mantenimiento de las situaciones que provocan el comienzo del consumo (por ejemplo si la iniciación se desencadena con la presión del grupo, el consumo ocasional se mantiene por desear seguir perteneciendo al grupo como uno más y secundando las acciones y actividades de este. Otra de las motivaciones que suelen llevar a este tipo de consumo, se basa en los efectos conseguidos con la ingestión de la sustancia (por ejemplo, desinhibición para mejorar las relaciones interpersonales mediante el consumo de alcohol). En este tipo el sujeto sí selecciona la sustancia que va a

consumir previamente, y al mismo tiempo el cómo y el donde usarla. Por supuesto, cuando las consecuencias del consumo ocasional son muy frecuentes en tiempo y muy reforzantes, la probabilidad de pasar al siguiente tipo de consumo, aumenta significativamente. Distinguiríamos dos formas diferentes de este tipo de consumo:

- Socio-recreativo: Unido a que el comportamiento social nos pueda resultar más eficaz
  - Circunstancial-Situacional: Unido a querer mejorar determinados rendimientos (por ejemplo, deporte, trabajo, etc.).
3. Habitual: Es el que tiene lugar a diario. La motivación que sustenta este tipo de consumo, se apoya por una parte, en evitar y/o reducir el malestar que provoca la ausencia de ingestión de la sustancia a nivel psicológico y físico, y por otra parte, intentar mantener el mismo nivel de rendimiento (Por ejemplo, un adolescente consumidor de cocaína o anfetaminas puede hacerlo con la intención de mantenerse despierto y aguantar toda la noche de fiesta.). Buen indicador del consumidor habitual, es el que pasa gran parte del tiempo diario «pensando» en la sustancia, buscando la sustancia o ingiriendo la sustancia.
  4. Compulsivo: Con este tipo de consumo llegamos al más intenso de todos, que suele tener una frecuencia de más de una vez al día. El consumo hace que la persona no sea capaz de enfrentarse a los problemas cotidianos, afectando seriamente su trabajo, familia y relaciones sociales. Todo su mundo se centra en mantener un nivel mínimo de sustancia que le permita aliviar los síntomas de la abstinencia.

Podemos agrupar los tipos «experimental» y «ocasional» como formas episódicas de consumo y los tipos «habitual» y «compulsivo» como formas crónicas (también llamadas sistemáticas, de consumo de sustancias).

	Consumo	Efectos	Motivos probables
Experimental	Limitado	+/-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión de grupo.</li> <li>• Curiosidad.</li> </ul>
Ocasional	Intermitente	+/-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinhibición social.</li> </ul>
Habitual	Diario	+/-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alivio del malestar.</li> <li>• Mejora del rendimiento.</li> </ul>
Compulsivo	+++Diario	-/+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener el rendimiento.</li> <li>• Síndrome de abstinencia.</li> </ul>

**Figura 3.4.** Formas de consumo de drogas (Modificado de UNESCO, 1980).

Las vías de administración las podemos compendiar en la figura siguiente:

<b>Oral</b>	Ingerida, masticada o sublingual
<b>Pulmonar</b>	Inhalada o fumada
<b>Nasal</b>	Aspirada (esnifada)
<b>Rectal o Genital</b>	Aplicada sobre mucosa
<b>Parenteral</b>	Intravenosa, intramuscular, subcutánea

**Figura 3.5.** Vías de administración.

### **3.6. Criterios diagnósticos del DSM-IV para dependencia de sustancias psicoactivas (APA, 1995)**

- I. Para criterio diagnóstico deben darse al menos tres de los siguientes síntomas dentro de un periodo de 12 meses:
  - Uso de sustancia con mayor cantidad o frecuencia del pretendido por el sujeto consumidor.
  - Deseo continuo, o bien uno o más intentos frustrados de suprimir o controlar el uso de la sustancia.
  - Empleo de una parte significativa del tiempo del sujeto en la búsqueda y obtención de la sustancia (por ejemplo: robo o asalto), consumirla o recuperarse de los efectos de la sustancia.
  - Síndrome de abstinencia y/o intoxicaciones frecuentes cuando el sujeto que consume tiene que afrontar sus labores cotidianas en el trabajo, la escuela o la casa (por ejemplo: pierde horas de trabajo o abusa de las bajas laborales, está en clase bajo los efectos de la sustancia; se despreocupa del cuidado de la casa y/o de los hijos, etc.), o bien el riesgo de ejecutar acciones bajo los efectos de la sustancia que puedan resultar peligrosas para el sujeto o los que lo rodean (por ejemplo: conducción de vehículos bajo los efectos de la sustancia).
  - Reducción significativa o incluso abandono de toda actividad social, laboral o lúdica atribuible al uso de la sustancia consumida.

- Consumo de la sustancia de una forma continuada siendo consciente de que tiene un problema social, físico o psicológico, que se hace persistente en el tiempo y que se puede atribuir al consumo de la sustancia (por ejemplo: el sujeto sigue consumiendo tabaco aún sabiendo que tose continuamente, o alcohol sabiendo que tiene una úlcera de estómago, o consumiendo marihuana a pesar de las discusiones que se provocan con su pareja, etc.).
- Aparece la tolerancia, siendo necesario aumentar la dosis significativamente para conseguir los efectos deseados.
- \*Aparición de síntomas de abstinencia específicos (remitirse a síndromes específicos de abstinencia en trastornos mentales de tipo orgánico que son atribuibles al consumo de sustancias psicoactivas).
- \*Consumo de la sustancia para aliviar y/o evitar síntomas de abstinencia.

\*No aplicables a sustancias como el cannabis, los alucinógenos o la fenciclidina (PCP).

II. Cuando alguno de los síntomas han persistido a lo largo de un mes como mínimo, o bien han aparecido de forma repentina durante un prolongado periodo de tiempo.

Criterios para la gravedad de la dependencia de sustancias psicoactivas:

- **Leve:** Ningún síntoma o pocos síntomas, sin contar los requeridos para establecer el diagnóstico. Los síntomas provocan solamente un leve deterioro de las actividades habituales del sujeto o de sus relaciones sociales.
- **Moderado:** Deterioro o síntoma comportamental que iría de «leve» a «grave».
- **Grave:** Multitud de síntomas además de los que se requieren en el establecimiento del diagnóstico. Los síntomas interfieren significativamente en sus relaciones personales y sociales y en su actividad laboral.
- **En remisión parcial:** si ha habido un consumo moderado de la sustancia y varios de los síntomas durante seis meses atrás.
- **En remisión completa:** Consumo cero de la sustancia, o si lo hubo no aparecieron síntomas de dependencia durante seis meses atrás.

### **3.7. Criterios diagnósticos según el CIE-10, para el abuso de sustancias psicoactivas (OMS, 1992)**

La definición primaria de «síndrome de dependencia» fue formulada por Edwards y Gross (1976) para los casos de alcoholismo, y fue posteriormente ampliada a otras drogas (Edwards, Arif y Hodgson, 1981), describiendo siete elementos característicos del síndrome de dependencia:

1. Aumento de la tolerancia a la/s sustancia/s.
2. Manifestación de síntomas de abstinencia de naturaleza física y/o psicológica.
3. Conciencia de la existencia de una compulsión por consumir una sustancia (deseo de la droga y búsqueda de la misma).
4. Predominancia del comportamiento de búsqueda de la sustancia por encima de cualquier otro comportamiento.
5. Evitación y/o escape del síndrome de abstinencia.
6. Conducta de adicción más estereotipada con el paso del tiempo.
7. Reiteración de la dependencia tras un periodo de abstinencia a pesar del control del sujeto en la ingesta de la sustancia, la tolerancia aparece rápidamente.

Según nos dice la OMS (1992) a través de su Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) el síndrome de dependencia se caracteriza por:

- Una serie de manifestaciones de corte fisiológico, comportamental y cognitivo.
- El consumo de una sustancia se vuelve prioritario para el sujeto, por encima de cualquier otro que en el pasado era fundamental para él.
- Existe un deseo (en gran número de ocasiones insuperable) de querer tomar sustancias.
- Tras un periodo de abstinencia, la recaída conduce a la aparición del resto de características a gran velocidad, hecho que no observamos en personas no dependientes.

Podemos hablar de un síndrome de dependencia según la OMS (1992), cuando se cumplan al menos tres o más de los siguientes rasgos, durante los últimos doce meses de la vida del sujeto en estudio:

- Aparición de un deseo muy intenso hacia el consumo de una determinada sustancia.

- La capacidad de control del consumo de la sustancia se ve seriamente mermada, tanto en el comienzo como en la terminación de su consumo.
- Aparición de síntomas de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia; o bien consumo de la sustancia (o de alguna otra muy próxima o sustitutiva) con la intención de evitar y/o aliviar los síntomas de la abstinencia.
- Presencia de tolerancia, debiendo aumentar la dosis de ingestión de la sustancia paulatinamente para poder conseguir efectos similares a los originalmente sentidos con su consumo.
- Abandono gradual de otras actividades placenteras y/o diversiones atribuido al consumo de la sustancia, aumentando el tiempo empleado en buscar e ingerir la sustancia y recuperarse de los efectos provocados por esta.
- Comportamiento de consumo de la sustancia de una forma mantenida, a pesar de los daños que está provocando en el sujeto consumidor.

## Capítulo 4

# Categorización de las drogas y sus efectos en la salud física y mental

Según se señala en López y col. (2001) es importante hacer referencia a la descripción y clasificación de las drogas, por varios motivos. En primer lugar el hecho de que la clasificación puede hacerse atendiendo a diferentes criterios (farmacológicos, sociales, legales, etc.). En segundo lugar, porque permite centrar lo que posteriormente se argumentará en torno a la prevención del consumo y sus implicaciones en los jóvenes. Y en tercer lugar, nos ayuda a desarrollar el espectro completo de sustancias de uso y/o abuso desde todas las posibles vertientes, hecho fundamental para su estudio y formulación de teorías explicativas sobre su uso/abuso.

### 4.1. Alcohol

Depresor del Sistema Nervioso Central.

El alcohol engloba una serie de compuestos químicos que tienen en su estructura un grupo hidróxido formado por oxígeno e hidrógeno. Los diferentes tipos de alcohol se clasifican de acuerdo con su composición química; de entre ellos, dos son los más importantes:

1. Alcohol metílico. También llamado metanol. Es el más simple de los alcoholes. Se emplea como disolvente, como anticongelante y en otras aplicaciones industriales.
2. Alcohol etílico. También llamado etanol. Se trata del tipo de alcohol que contienen las bebidas alcohólicas que se consumen hoy en día.

El alcohol etílico es un líquido transparente e incoloro con un ligero sabor a quemado y un olor típico agradable. Desde la antigüedad se ha obtenido por fermentación de los azúcares de diferentes plantas; el líquido conseguido de esta forma contiene, como máximo, un 16% de alcohol pero gracias al proceso de la destilación que elimina impurezas puede concentrarse y aumentar hasta un 95%.

Por bebidas alcohólicas debemos entender cualquier bebida que contenga alcohol independientemente de su graduación. Podemos clasificar las bebidas alcohólicas en tres grandes grupos:

- Bebidas fermentadas: vino, cerveza y similares.
- Bebidas destiladas: coñac, güisqui y similares.
- Bebidas artificiales: licores, anises y similares.

Los efectos que provoca desde el punto de vista físico a corto plazo (o en bebedores ligeros y moderados) son los siguientes:

- Irritación del estómago y gastritis.
- Trastornos de la visión: diplopía o visión doble.
- Descoordinación del movimiento y el equilibrio.
- Descoordinación del habla, expresión atropellada e ininteligible, farfulla.
- Sueño y abatimiento o bien irascibilidad.
- Náuseas, vómitos y dolores de cabeza.
- Disminución de la capacidad de concentración.

A largo plazo (o en bebedores abusivos) los efectos son muy peligrosos porque el daño que causa el alcohol es acumulativo y se refleja en todos los sistemas que componen el organismo humano. Siguiendo a Olcina y col. (1994), podemos citar los siguientes:

- Sistema digestivo: úlceras gastrointestinales, diarreas, inflamación del páncreas, enfermedades hepáticas (infiltración grasa del hígado, hepatitis alcohólica y cirrosis hepática).
- Sistema respiratorio: laringitis, bronquitis y neumonía.
- Sistema endocrino-reproductivo: alteraciones hormonales, disminución de la libido, impotencia, trastornos de la regla en la mujer.
- Sistema muscular: miopatías agudas y crónicas.
- Sistema neurológico: temblores de mano, párpados, lengua y músculos de la boca y cara, crisis epilépticas y otras enfermedades neurológicas.
- Sistema cardiovascular: hipertensión y anemias.
- Síntomas psicopatológicos: desorientación espacio-temporal, trastornos de la memoria y síndromes paranoides, alucinosis alcohólica en la que el enfermo sufre alucinaciones auditivas que hablan de él amenazándole y criticándole que el enfermo siente como una grave amenaza para su integridad.

El alcoholismo lo podemos considerar como una enfermedad crónica, y normalmente progresiva, producida como consecuencia de la ingesta excesiva de alcohol etílico. La OMS (1980) lo define como la ingesta diaria de una cantidad de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y a 70 gramos en el hombre (figura 4.1. y 4.2.).



Tipo de alcohol	Cantidad	Gramos
Cerveza (4°)	Quinto	6.4
	Tercio	10.7
	Litro	32
Vino (12°)	Vaso (100 ml)	9.6
	Litro	96
Vermut (12°)	Copa (50 ml)	6.8
Licor dulce (30°)	Copa (50 ml)	12
Ginebra, ron, güisqui, ... (40°)	Copa (50ml)	16

**Figura 4.1.** Cantidad de gramos en función del tipo de bebida y formato.

Cantidad	Bebida	Cantidad de Alcohol
1	Jarra de cerveza (360 ml)	Igual
1	Vaso de vino (180 ml)	Igual
1	Vaso pequeño de licor (120 ml)	Igual
1	Copa pequeña de jerez (120 ml)	Igual
1	Copa pequeña de güisqui o similares (45 ml)	Igual

**Figura 4.2.** Equivalencias.

La dependencia alcohólica origina una estructura patológica de uso de alcohol o deterioro de las actividades de tipo laboral y/o social. Hay presencia de tolerancia, y su privación hace que aparezca el síndrome de abstinencia, que comprende:

- a) Temblores.
- b) Alucinaciones.
- c) Confusiones.
- d) *Delirium tremens*.

Nombre	Alcohol
Clasificación	Depresor del Sistema Nervioso Central
Origen	Se le atribuyen unos 5000 años de existencia conocida. Mesopotamia
Descripción	Bebidas con contenido de alcohol etílico
Consecuencias	Cirrosis hepática (deterioro del hígado que causa la muerte)
Aspectos sociales	Droga legal (a excepción de los menores de 18)
Forma de consumo	Oral (Bebido)
Nombre social	Sus combinaciones: Clara, Cubata, Cóctel, Chupito,...
Peligrosidad (1-20)	5 (Nutt y col., 2007)

**Figura 4.3.** Ficha Técnica del Alcohol. (Modificado de García del Castillo, 2007).

## 4.2. Opio (*Papaver somniferum*)

Depresor del Sistema Nervioso Central.

El opio es una droga narcótica que se obtiene de un tipo de amapola conocido como adormidera blanca (*Papáver somniferum*) que parece originaria de Asia Menor. La *Papáver somniferum* es una planta anual cuya área de cultivo abarca la cuenca mediterránea además de Asia Menor, India, Turquía, Egipto y China.

Los alcaloides contenidos en el opio son los responsables de sus efectos. De entre ellos los más importantes son la morfina (presente en un diez por ciento), la papaverina (presente en un uno por ciento) y la codeína (presente en un cero y medio por ciento). Básicamente los alcaloides del opio

se pueden clasificar en dos tipos dependiendo de la acción que producen y de la composición química de cada uno de ellos:

- Morfina, codeína, tebaína que actúan sobre el sistema nervioso. Son analgésicos, narcóticos y presentan adicción.
- Papaverina que actúa sobre el sistema muscular produciendo relajación y no es adictiva.

Aunque el opio ha sido considerado como una droga «menos peligrosa» debido a que la dependencia que causa no es tan rápida ni intensa como en otros opiáceos (la morfina y la heroína por ejemplo), sí es cierto que la dependencia que origina causa una serie de efectos orgánicos que podemos resumir en (Olcina y col., 1994):

- Disminución de la frecuencia de la respiración y, por tanto, de la cantidad de aire inspirado. Con un consumo regular se favorece la aparición de congestiones pulmonares, asma o enfisemas.
- Inicialmente se produce un estado de euforia y una sensación de intensa embriaguez que se convierte rápidamente en un abotargamiento de los sentidos; disminuye la coordinación muscular y la agudeza sensorial.
- Se produce una relajación de los músculos del estómago y del intestino.
- Se produce un aumento de la fuerza contráctil de la vejiga lo que se traduce en una disminución del flujo de orina.

Nombre	Opio
Clasificación	Depresor del Sistema Nervioso Central
Origen	Año 380 a. C. Asia Menor, India, Turquía, Egipto y China
Descripción	Planta de la Adormidera Blanca
Consecuencias	Insuficiencia respiratoria, congestión pulmonar, asma o angina de pecho
Aspectos sociales	Droga ilegal. Es legal solo para uso médico
Forma de consumo	Fumado, Inhalado o Mascado
Nombre social	Opio
Peligrosidad (1-20)	10 (Buprenorfina) (Nutt y col., 2007)

**Figura 4.4.** Ficha Técnica del Opio. (Modificado de García del Castillo, 2007).

### 4.3. Morfina

Depresor del Sistema Nervioso Central.

La morfina es el principal y más importante de los alcaloides que se encuentran en el opio, su contenido varía en función de la zona y las condiciones de cultivo de la planta de la que procede, la *papaver somniferum*. Se presenta como un polvo cristalino blanco, suave al tacto con olor ácido y sabor amargo (Stockley, 1995) Para su obtención se emplea una solución de opio puro, la cual, tras sufrir una primera evaporación, es vuelta a disolver en una solución de cloruro cálcico. Ello da lugar a un precipitado que de nuevo sufre otra evaporación con el resultado de la obtención de cristales de morfina y codeína. Con el fin de separarlos, se emplea una solución amoniaca, quedando la codeína disuelta en la solución y precipitándose los cristales de morfina.

La morfina es un psicodisléptico, una sustancia perturbadora de la actividad mental, además de un potente analgésico sedante y ansiolítico capaz de hacer desaparecer la angustia y la sensación de dolor independientemente de cuál sea su naturaleza. El mecanismo de actuación de la morfina en sus consumidores está basado en la presencia en el organismo humano de receptores opiáceos en el Sistema Nervioso Central (sobre todo en el hipotálamo y en la médula espinal). Cuando la morfina es introducida en el organismo por cualquier vía, ésta se acumula en los tejidos a través de la sangre, actuando sobre los mencionados receptores opiáceos y causando efectos sobre el Sistema Nervioso Central, la musculatura lisa de las vísceras abdominales y la piel.

Nombre	Morfina
Clasificación	Depresor del Sistema Nervioso Central
Origen	1806 la obra Análisis del opio de Friedrich Wilhelma Sertürner
Descripción	Síntesis de la sal narcótica de Derosne
Consecuencias	Insuficiencia respiratoria
Aspectos sociales	Droga ilegal. Es legal solo para uso médico
Forma de consumo	Oral o inyectada
Nombre social	Morfo, Mor, Santa Emma, Casa Blanca
Peligrosidad (1-20)	10 (Buprenorfina) (Nutt y col., 2007)

**Figura 4.5.** Ficha Técnica de la Morfina. (Modificado de García del Castillo, 2007).

Los efectos físicos de la morfina son similares a los del opio, produce analgesia, somnolencia, cambios del estado de ánimo y confusión mental, si bien es interesante que destaquemos las siguientes acciones de la morfina:

- La acción depresora del sistema respiratorio hace que la morfina, al ser administrada en dosis cada vez mayores, pueda ralentizar hasta tal punto la frecuencia respiratoria que llegue a producir la muerte.
- La morfina tiene un efecto miótico por el que las pupilas disminuyen de tamaño. Este efecto es tan evidente que el síntoma es conocido con el sobrenombre de pupilas de cabeza de alfiler.

#### **4.4. Heroína. (Diacetilmorfina)**

Depresor del Sistema Nervioso Central

La heroína o diacetilmorfina es una sustancia semisintética derivada de la morfina mediante un sencillo proceso de acetilización: se mezcla la morfina con anhídrido acético, se depura y se precipita la mezcla obteniendo la heroína. Es más potente que la morfina pero sus efectos son más cortos; esto hace de ella una droga altamente peligrosa, incluso controlada médicamente desarrolla en pocas dosis la tolerancia y crea una importante adicción psíquica y física.

Los efectos de la heroína son similares, pero mucho más intensos, a los expuestos en el caso del opio y la morfina, no obstante podemos destacar ciertas peculiaridades:

- La heroína produce dependencia más rápidamente que la morfina sea cual sea la vía de administración.
- La heroína inhibe el apetito y facilita la deshidratación del organismo, ello hace que el consumidor pierda sus hábitos de alimentación con lo que se favorece el desarrollo de enfermedades al descender las defensas del organismo.
- La dependencia es tan fuerte que a las pocas horas de la última dosis se inicia el síndrome de abstinencia cuyos síntomas más usuales son: inquietud general, agitación, sudoración, dilatación de las pupilas, temblores y espasmos, dolores en músculos y huesos. El síndrome de abstinencia varía en función del consumidor y de su grado de dependencia.

Nombre	Heroína
Clasificación	Depresor del Sistema Nervioso Central
Origen	En 1874, H. Dreser, (técnico de Bayer)
Descripción	Acetilación del clorhidrato de morfina. Droga buscada por la Bayer para paliar la adicción a la morfina
Consecuencias	Insuficiencia respiratoria. Muerte por sobredosis
Aspectos sociales	Droga ilegal
Forma de consumo	Inyectada, fumada o inhalada
Nombre social	Caballo, Jaco, Nieve, Poderosa, Dama blanca, Hero, Jinete del Apocalipsis, Potro, Horse, H, Polvo, Reina, Burro, Goma, Lenguazo
Peligrosidad (1-20)	1 (Nutt y col., 2007)

**Figura 4.6.** Ficha Técnica de la Heroína. (Modificado de García del Castillo, 2007).

## 4.5. Barbitúricos y tranquilizantes

### Depresores del Sistema Nervioso Central

Los depresores del Sistema Nervioso Central son sustancias químicas que disminuyen la actividad de la función cerebral; sus efectos van de la sedación y la inducción al sueño a dosis bajas por lo que se emplean en el tratamiento del insomnio, la ansiedad y el dolor, hasta el coma o la muerte si las dosis son elevadas.

Desde el punto de vista farmacológico encontramos dos grandes grupos de sustancias que cumplen esta función: los barbitúricos y las benzodiazepinas (más conocidas como tranquilizantes). Ambos grupos de sustancias producen dependencia física y psicológica si se toman durante demasiado tiempo o en dosis más elevadas de las necesarias. Debido a su acción aparentemente inofensiva y su utilidad terapéutica han sido las drogas que más amplia difusión han tenido entre la población en general.

### 4.5.1. Barbitúricos

Los barbitúricos son un grupo de fármacos que derivan del ácido barbitúrico (obtenido por la combinación de ácido úrico y ácido malónico) que producen depresión cerebral; en general actúan sobre cualquier sis-

tema corporal que emplee energía. Dependiendo de su dosis y fórmula pueden tener efectos sedantes (tranquilizantes), hipnóticos (inducen el sueño), anticonvulsivos o anestésicos.

Los barbitúricos se suelen clasificar en cuatro grupos dependiendo de la duración de su acción (Alfonso e Ibañez, 1992):

1. Barbitúricos de acción ultracorta. Los empleados exclusivamente por vía intravenosa para producir una anestesia general y no generan dependencia. En este grupo se encuentra, entre otros el tiopental sódico y el hexobarbital sódico.
2. Barbitúricos de acción corta. Los que tienen una acción con una duración menor de tres horas; producen un efecto anestésico inmediato de corta duración y son normalmente empleados en hospitales. En este grupo se encuentra, entre otros, el pentobarbital sódico y el secobarbital.
3. Barbitúricos de acción intermedia. Tienen una acción que dura entre tres y seis horas; son empleados fundamentalmente en el tratamiento del insomnio severo y la ansiedad presentando una menor acumulación en el organismo. En este grupo se encuentran barbitúricos como el amobarbital, el butobarbital sódico y el alobarbital.
4. Barbitúricos de acción prolongada. Los que tienen una acción que dura más de seis horas; son empleados fundamentalmente en enfermedades psíquicas, epilepsias e insomnios nerviosos. Sus efectos pueden durar hasta diez horas produciendo una acumulación intensa en el organismo. El barbitúrico más conocido de este grupo es el fenobarbital.

#### 4.5.2. Tranquilizantes

Los tranquilizantes son un grupo de sustancias empleadas en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio en sustitución de los barbitúricos que se revelaron mucho más peligrosos y adictivos de lo que se pensaba en un principio. En un primer momento los tranquilizantes se dividían en dos grandes grupos: los llamados tranquilizantes mayores o neurolépticos, que se utilizaban en el tratamiento de varias enfermedades mentales; y los tranquilizantes menores, en su mayoría procedentes del grupo de las benzodiazepinas.

Por benzodiazepinas hay que entender un grupo de compuestos químicos relacionados con el ácido benzoico y la diazepamina que se emplean en psicofarmacología. También son conocidas con los nombres de sedantes,

tranquilizantes y ansiolíticos. Las benzodiazepinas poseen un mecanismo común de actuación que se basa en:

- Poseen efecto sedante, esto es, disminuyen la vigilancia y la agitación.
- Poseen efecto ansiolítico, esto es, calman reacciones exageradas y disminuyen la tensión psíquica.
- No son hipnóticos ni siquiera a grandes dosis.

En la actualidad se admite una clasificación basada en la duración de sus efectos, así tendremos benzodiazepinas de:

- Duración corta, como el triazolam.
- Duración intermedia, como el lorazepam y el alprozalám.
- Duración larga, como el diazepam, el flunitrazepam y el clorazepato.

Los barbitúricos y tranquilizantes producen una dependencia muy importante; si se interrumpe la administración de estas sustancias, aparece el síndrome de abstinencia caracterizado por:

- Ansiedad general.
- Dolor de cabeza.
- Insomnio.
- Alteraciones del ritmo cardiaco.

Nombre	Barbitúricos y Tranquilizantes
Clasificación	Depresores del Sistema Nervioso Central
Origen	Sintetizado en 1864 por Adolf von Baeyer y Emil Fischer
Descripción	Combinación de urea con ácido malónico.
Consecuencias	Insuficiencia respiratoria. Muerte por sobredosis
Aspectos sociales	Drogas legales de uso médico
Forma de consumo	Oral, inyectada o rectal
Nombre social	Bombones, Hipnóticos, Goofballs, Barbis, Píldoras para dormir, Caramelos, Peanuts, Tutis
Peligrosidad (1-20)	3 (Nutt y col., 2007)

**Figura 4.7.** Ficha Técnica de Barbitúricos y Tranquilizantes. (Modificado de García del Castillo, 2007).

- Temblores de intensidad variable.
- Ocasionalmente y dependiendo del sujeto que las consume: alucinaciones y confusión mental con síntomas semejantes a los del *Delirium tremens* alcohólico.

#### 4.6. Anfetaminas

Estimulantes mayores del Sistema Nervioso Central.

La anfetamina es un compuesto sintético derivado químicamente de la efedrina, alcaloide natural que se encuentra en las plantas del género *Ephedra* y que ya era empleado en China unos tres mil años antes de Cristo en el tratamiento de los procesos asmáticos por sus cualidades estimulantes y broncodilatadoras. Su acción aumenta el número de neuronas que descargan en la neocorteza, el hipotálamo, el tallo cerebral y el complejo amigdaloides. Tiene propiedades euforizantes, estimulando el Sistema Nervioso Central.

Las características principales de dependencia que podemos destacar de las anfetaminas son las siguientes:

- Provoca dependencia psicológica variable.
- La dependencia física que genera es escasa.
- La tolerancia es muy rápida, destacando sobre todo en los efectos euforizantes.
- La intoxicación por anfetaminas provoca agitación motora, alerta, euforia, dilatación pupilar, y a veces, náuseas y vómitos.

Actúan sobre el sistema Nervioso Central y tienen efectos euforizantes. Una intoxicación leve puede tener efectos similares a los de una borrachera: verborrea, falta de coordinación, insomnio, sequedad de la boca... pero una intoxicación grave puede alterar el ritmo cardiaco llegando a provocar la muerte.

Las anfetaminas presentan las siguientes interacciones:

- Con antidepresivos aumenta su efecto euforizante aunque no está comprobado clínicamente.
- Retrasan la absorción de los barbitúricos en una administración conjunta.
- Presenta efectos opuestos a las benzodiazepinas por lo que suelen administrarse conjuntamente en los casos de intoxicación anfetamínica.

Según Olcina y col. (1994), podemos clasificar los efectos de las anfetaminas en dos grandes grupos dependiendo de las dosis.

A dosis bajas o moderadas los efectos que causan son:

- Estado de euforia.
- Pérdida del sueño y disminución del apetito.
- Percepción de una mejoría aparente del estado físico general: mayor rendimiento físico e intelectual.
- Aumento del ritmo respiratorio y dilatación bronquial.
- Sequedad de la boca.
- Diarreas o estreñimiento.
- Subida significativa de la tensión arterial y de la temperatura corporal.
- Disminución de la producción de orina.

A dosis altas o continuadas los efectos que causan son:

- Estado de irritabilidad y paranoia.
- Aparición de alucinaciones y delirios.
- Depresiones (paradas) respiratorias.
- Arritmias cardíacas y lesiones del corazón.
- Inhibición de la eyaculación.
- Convulsiones, coma y muerte.

Podemos mencionar dos casos especiales que están relacionados con el consumo de anfetaminas, la depresión reactiva y la psicosis anfetamínica:

- a) La depresión reactiva puede aparecer tras la retirada de la sustancia después de un consumo prolongado. Reviste especial gravedad en los primeros días, en los que el consumidor padece crisis depresivas que le puede inducir al suicidio.
- b) La psicosis anfetamínica se puede producir en personas completamente normales, independientemente de si son consumidores habituales de anfetaminas o personas con antecedentes de problemas psiquiátricos. A este tipo de psicosis suele precederle un cuadro paranoide caracterizado por inquietud, irritabilidad y un aumento de la percepción sensorial con alucinaciones especialmente visuales.

Nombre	Anfetamina
Clasificación	Estimulantes del Sistema Nervioso Central (Mayores)
Origen	La efedrina fue aislada por Hagai en 1885 y cristalizada por K. Chen en 1923
Descripción	Compuesto sintético derivado químicamente de la efedrina, alcaloide natural que se encuentra en las plantas del género Ephedra
Consecuencias	Lesiones cardiacas, Psicosis anfetamínica y muerte por sobredosis
Aspectos sociales	Droga legal de uso médico
Forma de consumo	Oral
Nombre social	Anfetas, Píldoras de dieta, Dexedrina, Dexies, Bennies. <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Metilanfetamina recibe también los nombres de Speed, Cristal, Ice, Hielo.</li> <li>• La Metilendioximetilanfetamina recibe los siguientes argot: Hamburguesas, Galletas de disco, Palomas del Amor, M25, Éxtasis, XTC, Adán</li> </ul>
Peligrosidad (1-20)	8 (Nutt y col., 2007)

**Figura 4.8.** Ficha Técnica de Anfetaminas. (Modificado de García del Castillo, 2007).

#### 4.7. Coca (Eritroxilon Coca) y Cocaína (Clorhidrato de Cocaína)

Estimulantes mayores del Sistema Nervioso Central.

La coca es una planta que pertenece a la familia de las eritroxiláceas cuyo género principal, *Erythroxylon*, tiene una única especie, *Erythroxilon coca*. Coca es el nombre con el que es conocida internacionalmente esta planta; esta palabra deriva etimológicamente de dos palabras quechuas que significan «el árbol» (Camí, 1995).

El proceso mediante el cual se obtiene la cocaína da lugar a sustancias intermedias que también son consumidas. La cocaína es clorhidrato de cocaína, resultado del siguiente proceso químico: inicialmente las hojas de coca se maceran en agua y queroseno, mezcla a la que se le añade ácido sulfúrico para obtener el sulfato de cocaína, más conocido como pasta de cocaína o basuco.

Los efectos físicos (Caballero, 2005) más representativos podrían compendiarse en los siguientes:

- Taquicardia.
- Sudoración.
- Midriasis.
- Hipertensión.
- Temblores y sudoración.
- Aumento de la temperatura corporal.

A dosis bajas:

- Se incrementa el tono y la energía corporal.
- Pérdida del apetito.
- Insomnio.
- Aumento del rendimiento.
- Hiperactividad en todos los niveles.
- Disminuye la sensación de fatiga.

A dosis altas:

- Alteraciones de la capacidad crítica.
- Alucinaciones.
- Bruxismo.
- Estereotipias.
- Convulsiones.

En cuanto a los efectos psicológicos (Caballero, 2005), podemos destacar los siguientes:

- Estados de euforia (en determinadas ocasiones de disforia)
- Sensación de energía y vigor.
- Percepción de agudeza intelectual.
- Sensaciones más acusadas de los sentidos.
- Aumento de la ansiedad.
- Aumento de la autoestima.
- Irritabilidad.

La cocaína presenta una psicopatología especial que se manifiesta en tres tipos de trastornos:

- a) La depresión reactiva que aparece cuando le es retirada la droga a un consumidor habitual. Puede durar varias semanas y es grave porque induce al suicidio de alguno de los enfermos.
- b) La psicosis cocaínica que se puede producir espontáneamente en personas normales sin necesidad de que sean consumidores habituales. Se caracteriza por alucinaciones auditivas (voces insultantes) y visuales (desdoblamiento polidimensional de los objetos) que pueden provocar estados de extrema agresividad.
- c) Síndrome de Mangan o microzoopsias que es un cuadro alucinatorio táctil, casi específico de la cocaína, en el que el consumidor percibe en la piel del cuerpo y en las manos pequeños animales o insectos (hormigas, piojos...). La alucinación es tan real para quien la sufre que intenta arrancarse, de cualquier modo, esos seres inexistentes.

Nombre	Cocaína
Clasificación	Estimulantes del Sistema Nervioso Central (Mayores)
Origen	En 1860 Albert Niemann, aísla el principal alcaloide de la hoja de coca que recibió el nombre de cocaína
Descripción	Clorhidrato de cocaína
Consecuencias	Depresión reactiva, psicosis cocaínica y Síndrome de Mangan o microzoopsias
Aspectos sociales	Droga ilegal.
Forma de consumo	Pulmonar, nasal y parenteral
Nombre social	Blanca, Perico, Coca, Base, Crack, Dama blanca, Farlopa, Talco, Polvo feliz, Pasta, Nieve, Reina blanca, Polvo de las estrellas, Rocas, Charli, Marchosa
Peligrosidad (1-20)	2 (Nutt y col., 2007)

**Figura 4.9.** Ficha Técnica de la Cocaína. (Modificado de García del Castillo, 2007).

## 4.8. Nicotina

Estimulantes menores del Sistema Nervioso Central.

La nicotina es el principal alcaloide de la planta del tabaco; se trata de un líquido de consistencia oleosa e incolora que se vuelve amarillento al contacto con el aire, posee un sabor fuerte y desagradable. Tabaco es el nombre con el que se conocen coloquialmente un grupo de diversas plantas solanáceas agrupadas en un género común, *Nicotiana*, en honor a uno de sus difusores: Jean Nicot. Dos son las especies destinadas fundamentalmente a la obtención de tabaco para fumar, mascar o aspirar: la *Nicotiana tabacum* y la *Nicotiana rustica*. La nicotina, el principal alcaloide del tabaco, estimula el Sistema Nervioso Central aunque a dosis elevadas tenga el efecto contrario. También posee un efecto vasoconstrictor sobre algunos órganos internos, como el corazón, lo que unido al monóxido de carbono hace que se bloquee el transporte de oxígeno en la sangre (López-Sánchez y col. 2001).

Los efectos del consumo de tabaco se incrementan progresivamente con el tiempo y el consumo; para una intoxicación aguda se necesitarían grandes cantidades de tabaco (no así de nicotina pues al ser un veneno, acaba con la vida de su consumidor) pero los principales síntomas de una intoxicación aguda de tabaco consisten en tos seca, faringitis crónica, dolores fuertes de cabeza, irritabilidad y episodios de ansiedad.

Entre los efectos a nivel físico, podemos destacar los siguientes (Solano y Jiménez, 2002):

- Aumento de la frecuencia cardiaca.
- Arritmias.
- Hipertensión.
- Aumento del colesterol.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Mayor riesgo de infección.
- Alteraciones hematológicas.
- Aumento de la secreción gástrica.
- Reducción en la inmunidad del tracto intestinal.

Los efectos psicológicos de la nicotina más destacados son los que detallamos a continuación:

- Estado de alerta.
- Aumento de la concentración y la memoria.

- Reducción del estrés.
- Placer.

El consumo asociado de tabaco con otras sustancias presenta las siguientes interacciones:

- Con anticonceptivos hormonales aumenta el riesgo de padecer algún tipo de enfermedad cardiovascular.
- Disminuye los efectos de las benzodiazepinas y analgésicos con lo que es necesario aumentar la dosis.
- La cafeína sufre un proceso de metabolización más rápido en las personas fumadoras.

El consumo de tabaco está directamente relacionado con el incremento de la frecuencia de aparición de:

- Enfermedades cardiovasculares como la angina de pecho y el infarto de miocardio; también favorece la aparición de arteriosclerosis e insuficiencias circulatorias.
- Enfermedades respiratorias como las irritaciones del aparato respiratorio, tos crónica, bronquitis y enfisema pulmonar; agrava además las tuberculosis pulmonares.
- Diversos tipos de cánceres: de la cavidad oral, de laringe, de esófago, de duodeno y, especialmente, de pulmón.

Nombre	Nicotina
Clasificación	Estimulantes del Sistema Nervioso Central (Menores)
Origen	Fue sintetizada en 1828 por Posselt y Reimann
Descripción	Alcaloide principal del tabaco
Consecuencias	Enfermedades cardiovasculares, pulmonares y cáncer
Aspectos sociales	Droga legal de uso recreativo
Forma de consumo	Fumada. También mascado y esnifado (rapé)
Nombre social	Tabaco
Peligrosidad (1-20)	9 (Nutt y col., 2007)

**Figura 4.10.** Ficha Técnica de la Nicotina. (Modificado de García del Castillo, 2007).

#### 4.9. Xantinas (Cafeína, teofilina y teobromina)

Estimulantes menores del Sistema Nervioso Central.

Las xantinas son un grupo de elementos químicos que, desde el punto de vista de la farmacología, derivan de la purina, uno de los componentes que se encuentran en el ácido nucleico de las células vivas. Las xantinas son estimulantes del Sistema Nervioso Central y presentan las mismas acciones farmacológicas variando, únicamente, su intensidad. Las xantinas comprenden la cafeína, la teofilina y la teobromina, sustancias que existen, en estado natural, en diversas plantas:

- a) Café. Semilla madura desecada de la planta *Coffea arabica*; una vez tostada se muele y con el polvo resultante se prepara en infusión una bebida. Contiene entre un 2 o 3 % de cafeína; una taza de 100 ml de café contiene, aproximadamente, 100 mg de cafeína.
- b) Té. Hoja desecada (té verde) y fermentada (té negro) de la planta del género *Thea* en sus especies *Simensis* y *Assamica*. Contiene un 1,5 % de cafeína y cierta cantidad de teobromina. Una taza de 200 ml contiene, aproximadamente, unos 100 mg de cafeína.
- c) Cacao. Semilla desecada y fermentada de la planta *Theobroma cacao*. Contiene un 2,5 % de teobromina y un 0,4 % de cafeína. El chocolate, bebida que se prepara con el cacao, contiene por una taza de 200 ml unos 250 mg de teobromina y 50 mg de cafeína.
- d) Mate. Hoja desecada de la planta *Ilex paraguayensis*. Contiene, aproximadamente, un 2 % de cafeína.
- e) Cola. Semilla desecada de la planta *Theobroma cola*. Contiene un 2 % de cafeína y algo de teobromina. Una bebida refrescante de cola comercial de 300 ml contiene aproximadamente unos 100 mg de cafeína.

La ingestión de cafeína tiene, en las personas no habituadas o consumidores esporádicos, unos efectos físico-psíquicos que se manifiestan en:

- Mejora del rendimiento físico.
- Estímulo de las funciones psíquicas.
- Facilidad en el esfuerzo intelectual y asociación de ideas.
- Mejora de la atención y la capacidad de concentración.
- Aumento de la sensación de bienestar.
- En algunos consumidores presenta efectos negativos como nerviosismo, excitación, temblores, inquietud, convulsiones e hiperestesia (sensibilidad excesiva y dolorosa).

Todas estas alteraciones son producto, en parte, de uno de los efectos más importantes de la cafeína: el retraso de la inducción al sueño. Suelen ser pasajeros y encubren el hecho de que la cafeína produce una disminución de la sensación de fatiga pero no la reducción real de la misma.

Los efectos más representativos a dosis elevadas o consumidores habituales que se pueden observar son los siguientes:

- Ansiedad.
- Insomnio.
- Excitabilidad y trastornos nerviosos.
- Hipertensión.
- Diuresis.
- Embotamiento mental.
- Trastornos gástricos como acidez o ardor.

Nombre	Xantinas
Clasificación	Estimulantes del Sistema Nervioso Central (Menores)
Origen	Hacia 1881, el químico alemán Emil Hermann Fischer, determinó la estructura de las xantinas
Descripción	Derivado de la purina (base nitrogenada)
Consecuencias	Hipertensión, Ansiedad, Insomnio
Aspectos sociales	Droga legal de uso recreativo
Forma de consumo	Oral
Nombre social	Té, Café, Cacao, ...
Peligrosidad (1-20)	Sin clasificar

**Figura 4.11.** Ficha Técnica de las Xantinas. (Modificado de García del Castillo, 2007).

#### 4.10. Alucinógenos. (Dietilamida del ácido lisérgico)

Perturbadores del Sistema Nerviosos Central.

Por alucinógenos podemos entender todo un grupo de sustancias que producen modificaciones importantes y transitorias en los procesos del pensamiento con efectos psicológicos consistentes en alteraciones de la percepción que, en ocasiones, se han asociado con el sueño. Producen ilusiones (alucinaciones) distorsionando la realidad de sus consumidores; la descripción de sus efectos se basa en la confusión de los sentidos mezclando las sensaciones; este

fenómeno es conocido con el nombre de sinestesia, al sufrirlo es normal ver sonidos, oír colores, etc.; además los alucinógenos pueden causar alteraciones importantes en la percepción y medida exacta de las distancias.

Entre los alucinógenos naturales, podemos destacar la *Datura Stramonium* (datura), la *Atropa Belladonna* (belladona), la *Atropa Mandragora* (mandrágora) y el *Hyoscyamus Níger* (beleño negro). Entre los alucinógenos sintéticos, el más conocido y difundido es el ácido lisérgico, extraído del cernezuelo del centeno (*claviceps purpurea*), y por modificación química de la dietilamida del ácido lisérgico LSD-25.

Las sustancias alucinógenas se pueden clasificar en cuatro categorías dependiendo de su campo de actuación sobre los neurotransmisores del cerebro. De esta forma podemos diferenciar, siguiendo a Julien (1981), estos grupos:

- a) Psicodélicos acetilcolínicos. Aquéllos que actúan sobre la acetilcolinoesterasa, la enzima encargada de conectar el cerebro con el sistema nervioso periférico. De entre ellas destacan las siguientes:
  - La fisortigmina: droga natural empleada en algunos rituales religiosos.
  - La atropina: droga natural procedente de la *Datura estramonium* (conocida como Hierba de Jamestown y Baya del diablo) y de la *Mandrágora officinarium* (conocida como la mandrágora y empleada como veneno)
  - La escolapina: droga natural procedente de la *Hyoscyamus niger*, el beleño.
  - La muscarina: droga natural procedente del hongo *Amanita muscaria* que posee un alto poder intoxicante.
- b) Psicodélicos norepinefrínicos. Aquéllos que actúan sobre las neuronas norepinefrínicas que funcionan como transmisores químicos. De entre ellas destacan:
  - Algunas drogas de síntesis: MDMA, STP, MDA.
  - La mescalina: droga natural obtenida del peyote, *Lophophora williamsii*, cactus muy abundante en México y sudoeste de Estados Unidos que está rematado en su parte superior en una corona o botón; este botón, conocido como botón de mescal, se corta y se deja secar con el fin de ser ingerido con posterioridad. El uso del peyote ya estaba documentado en la civilización azteca.
  - La miristicina y elemicina: son sustancias naturales que se encuentran en la nuez moscada cuya acción psicodélica es similar a la de la mescalina peor con unos efectos posteriores muy desagradables.

- c) Psicodélicos serotoninicos. Aquellos que actúan sobre la serotonina, un neurotransmisor cerebral que regula el funcionamiento del periodo del sueño y la percepción sensorial. De entre ellas destacan:
- El ácido lisérgico dietilamida o LSD que analizaremos más adelante.
  - La dimetiltriptamina o DMT que es una de las sustancias activas del cohoba y el yopo.
  - La psilocibina y psilocina: sustancias con poder psicodélico que se encuentran en el hongo mexicano conocido como Carne de Dios o Teonanacatl (*Psilocybe mexicana*) que tiene una amplia historia de uso ritual.
  - La bufotemina: sustancia que se encuentra en la *Amanita muscaria*, en las glándulas parótidas del sapo y en las semillas del árbol *Piptadenia peregrina* que son pulverizadas e inhaladas.
  - El ololiuqui, conocido como «gloria matinal» (Morning glory): sustancia natural empleada en forma ritual en América Central y del Sur como intoxicante y alucinógeno, para comunicarse con seres sobrenaturales.
  - Harmina: sustancia psicodélica que aparece en las semillas de la *Peganum harmala*, planta nativa del Medio Oriente.
- d) Anestésicos psicodélicos.
- La fenciclidina.
  - La ketamina.

Los efectos de los alucinógenos no son siempre iguales y cambian dependiendo del estado físico y anímico de su consumidor; cuando éstos son desagradables son conocidos con el sobrenombre de «mal viaje» y pueden provocar intentos de suicidio o demencia.

Físicamente los efectos de los alucinógenos son los siguientes:

- Midriasis o dilatación de las pupilas.
- Aumento de la temperatura corporal y la presión sanguínea.
- Sensación de vértigo.
- Náuseas y somnolencia.
- Debilidad muscular.
- Parestesias, picores y hormigueos en la piel.

Los efectos psíquicos son los más importantes porque la distorsión perceptiva y la despersonalización sufrida por el consumidor de LSD pueden desencadenar crisis de pánico y alteraciones depresivas con episodios de

locura; el consumidor se cree perseguido y actúa violentamente o bien se cree invencible y pone en serio peligro su vida creyendo que puede volar o que es indestructible. Los trastornos mentales o la crisis de pánico o psicosis pueden repetirse, con carácter retroactivo, durante cierto tiempo entre los consumidores sin necesidad de haber vuelto a tomar droga. Este fenómeno es conocido como vuelta atrás o *flashbacks*.

Nombre	Alucinógenos
Clasificación	Perturbadores del Sistema Nerviosos Central
Origen	El LSD o dietilamida del ácido lisérgico fue obtenido por síntesis química en 1938 por Albert Hofmann
Descripción	Derivado los alcaloides del Cornezuelo del Centeno
Consecuencias	Psicosis esquizofrénica, alteraciones de la memoria y del pensamiento
Aspectos sociales	Droga ilegal de uso recreativo
Forma de consumo	Oral
Nombre social	Acido, tripi, bicho, micropunto, secantes, Batman, Smiley, Conan, estrella, Jaimito
Peligrosidad (1-20)	14 /Ketamina, 6 (Nutt y col., 2007)

**Figura 4.12.** Ficha Técnica de los Alucinógenos. (Modificado de García del Castillo, 2007).

#### 4.11. Cannabis (*Cannabis Sativa*)

Perturbadores del Sistema Nervioso Central.

*Cannabis* es el nombre aplicado internacionalmente a la variedad índica de la *Cannabis Sativa* o planta del cáñamo. El THC (tetrahidrocannabinol) es el principal elemento alucinógeno de la planta. El THC se convierte en activo a través de un proceso de combustión que provoca su oxidación gracias a la acción del calor. Por ello cuando se administra fumado sus efectos son más intensos que cuando es ingerido (Alfonso e Ibáñez, 1987)

La *cannabis sativa* da lugar a tres tipos diferentes de sustancia según su preparación y elaboración:

- a) Marihuana. Cuando es utilizada toda la planta.
- b) Hachís. Cuando solo es utilizada la resina que produce la planta.

- c) Aceite de hachís. Cuando la resina de la planta es concentrada mediante procedimientos químicos.

## Marihuana

Es la presentación más habitual porque se aprovecha toda la planta dejándola secar y triturando finamente tallos, hojas y flores con el fin de comprimirlos posteriormente en bloques o diversas formas típicas de la zona de origen, como pueden ser los palos de Malawi o los palos tailandeses. Varía en su principio activo principal dependiendo de la zona en que se haya cultivado, pero ésta es la preparación que contiene menor cantidad de THC (aproximadamente entre el 5 y el 10 por ciento) (Stocckley, 1986) Es consumida normalmente fumada, bien sola o mezclada con tabaco en los conocidos «porros» o «canutos». El humo que produce su combustión es muy caliente por lo que en los porros son necesarios grandes filtros para enfriarlo. En otros países se emplea la llamada «pipa de agua» que, al hacer pasar el humo por el agua, lo enfría considerablemente.



**Figura 4.13.** Planta de Marihuana.

## Hachís

Se elabora con la resina que exuda la planta de la *cannabis sativa*. Cuando es recogida, se comprime en bloques de distinta forma dependiendo del país de procedencia. Estos bloques pueden presentar distintas consistencias y apariencias, incluso llevan marcas que indican su origen. El proceso de elaboración del hachís es complejo, se necesitan, aproximadamente unos cien kilos de planta seca para obtener un kilo de hachís de calidad. Una vez que se han secado las plantas se tamizan sobre una tela. El primer polvo que se desprende de las plantas (unos 200 / 300 gramos) es conocido con el apodo de *sputnik* por la rapidez de sus efectos; posteriormente se obtienen otras cantidades de hachís clasificadas según su calidad. Con la resina obtenida se llenan las bolsas de celofán que, tras ser prensadas y calentadas, se endurecen para su distribución como tabletas o bloques.

El hachís tiene mayor concentración de THC pudiendo alcanzar hasta el 20 por ciento. Es consumido normalmente fumado; el bloque o tableta se desmenuza en pequeños trozos conocidos como «chinas» que se mezclan con el tabaco, preferentemente rubio, para liar «porros» o «canutos». También puede ser ingerido pese a su sabor extremadamente amargo, para ello es empleado en infusiones o como ingrediente en caramelos o pasteles.

## Aceite de hachís

Se trata de la presentación de mayor poder de intoxicación dado que el contenido en THC de esta sustancia puede alcanzar el 70 por ciento. Aproximadamente un kilo de aceite de hachís equivaldría a unos 10.000 kilos de la planta. Se obtiene químicamente por destilación al mezclar el hachís con disolventes que, una vez evaporados y filtrados, dan lugar a una sustancia oscura y viscosa muy concentrada con la consistencia de la mermelada o el aceite para motores; el grado de concentración depende del disolvente empleado (Stockley, 1986) Se puede consumir de diversas formas: extendiéndolo sobre el exterior de un cigarrillo; empapando el papel de fumar empleado para liarlo o incluso empapar el tabaco y dejándolo secar para posteriormente liar el «porro» o «canuto».

En cuanto a los efectos, al ser inhalada los desarrolla rápidamente y a corto plazo son perceptibles en el consumidor los siguientes síntomas:

- Relajación muscular que puede provocar la pérdida de la coordinación y el equilibrio así como aumentar el tiempo de reacción ante los estímulos.

- Disminución de la fuerza muscular y ligera somnolencia.
- Dilatación de los vasos sanguíneos que se manifiesta en el enrojecimiento de los ojos.
- Aumento del pulso y del ritmo del corazón (taquicardia).
- Sequedad de la boca y menor salivación.
- Tos e irritación.
- Ocasionalmente en algunos consumidores pueden provocarse reacciones negativas de angustia y terror.

Los efectos físicos y psicológicos a largo plazo de esta droga todavía no son muy conocidos pero es posible sintetizar los más importantes:

- Bronquitis y enfermedades respiratorias.
- Ansiedad y crisis de angustia.
- Alteración del apetito y el sueño.
- Disminución de los reflejos y de la capacidad de juicio.
- Alteraciones importantes de la memoria y de la capacidad de concentración.
- Trastornos sexuales.
- Alteración de la función inmunitaria.
- Posibles cambios en los cromosomas.

Nombre	Cannabis
Clasificación	Perturbadores del Sistema Nervioso Central
Origen	Documentada en la China del 2700 a.C. Raphael Mechoulam aisló su principal componente activo, el THC en 1964
Descripción	El THC se sintetiza de las glándulas de resina de las plantas del Cannabis
Consecuencias	Alteración del apetito, el sueño, la memoria, la capacidad de concentración y la capacidad inmunitaria
Aspectos sociales	Droga ilegal de uso recreativo
Forma de consumo	Fumada y oral
Nombre social	Hierba, tate, costo, mierda, mandanga, maría, chocolate, grifa, porro, petardo, peta, canuto
Peligrosidad (1-20)	11 (Nutt y col., 2007)

**Figura 4.14.** Ficha Técnica del Cannabis. (Modificado de García del Castillo, 2007).

En la actualidad la controversia mayor con esta sustancia viene de la mano de sus beneficios de uso médico evidenciados en algunas patologías. En general se han observado efecto positivo como analgésico, en el tratamiento de la tensión intraocular, como antiemético en los síntomas producidos en el tratamiento del cáncer mediante la quimioterapia y como relajante muscular en la esclerosis múltiple y traumatismos medulares. Más recientemente se estudia su utilidad en enfermedades neurodegenerativas e isquemia cerebral. (Lorenzo y Leza, 2000).

#### 4.12. Inhalables

Perturbadores del Sistema Nervioso Central.

Por inhalable podemos entender toda aquella sustancia que, al entrar en contacto con el aire, libera compuestos químicos capaces de afectar el funcionamiento normal del cerebro. El mecanismo de actuación de los inhalantes se basa en su composición (líquidos volátiles o gases de gran liposolubilidad) que les permite actuar sobre el Sistema Nervioso Central. Los inhalantes penetran en el torrente sanguíneo por medio de la respiración lo que hace que tengan efectos casi instantáneos sobre el cerebro

Nombre	Inhalables
Clasificación	Perturbadores del Sistema Nerviosos Central.
Origen	Sir Humphrey Davy descubrió el óxido nitroso en 1799
Descripción	El óxido de nitrógeno (N <sub>2</sub> O) se genera por la termólisis controlada del nitrato amónico o por reacción de amoníaco con ácido nítrico
Consecuencias	Pérdida del apetito, alteraciones gastrointestinales, arritmias que pueden desembocar en paro cardíaco y muerte
Aspectos sociales	Droga legal de uso industrial, doméstico, médico...
Forma de consumo	Inhalada
Nombre social	Éter, cloroformo, gas de la risa, pegamentos, colas, gasolinas,...
Peligrosidad (1-20)	12 (Nutt y col., 2007)

**Figura 4.15.** Ficha Técnica de los Inhalables. (Modificado de García del Castillo, 2007).

debido a su concentración (debemos recordar que la superficie alveolar es muy grande), además la vía pulmonar evita que la sustancia pase por el hígado; de esa forma se obtienen altas concentraciones en sangre.

Estas sustancias pueden ser productos de uso doméstico o industrial como por ejemplo la gasolina, los pegamentos, las pinturas, barnices y lacas, los quitaesmaltes, etc. Son productos familiares en todos los hogares o que se pueden encontrar con gran facilidad en cualquier tienda ya que son productos de uso masivo o cotidiano. Las estadísticas indican que es posible encontrar hasta una treintena de estas sustancias en cualquier casa.

La abundancia del uso de inhalantes se puede explicar por los siguientes motivos:

- Son productos que se venden libremente en su mayoría en cualquier establecimiento.
- Son productos de bajo precio y, por tanto, asequibles al poder adquisitivo de niños y adolescentes.
- Son productos altamente psicoactivos.

Siguiendo el *Estudio sobre sustancias inhalables capaces de crear dependencia* (LABEIN, 1994), podemos hacer una clasificación en función de dónde son empleadas preferentemente. Así tenemos:

- a) Sustancias de uso doméstico y/o escolar:
  - Productos de limpieza: limpia cristales, friega suelos, ceras y abrillantadores, disolventes, limpiador de cañerías obstruidas, etc.
  - Productos para automóviles: ceras y abrillantadores, líquido de frenos, etc.
  - Aerosoles: ambientadores, insecticidas, lacas para el pelo, productos de limpieza de hornos, productos de limpieza de muebles, etc.
  - Betunes y ceras para el calzado.
  - Pinturas y disolventes de pintura.
  - Colas, pegamentos y adhesivos de contacto.
  - Líquidos correctores tipográficos.
  - Butano, gasolina.
- b) Sustancias de uso industrial:
  - Disolventes de limpieza.
  - Pinturas, barnices y lacas. Disolventes de pintura.
  - Resinas sintéticas.
  - Alquitrán, brea.
  - Gasolina, gasóleos, fuel-oíl y otros derivados del petróleo.

El mecanismo de actuación de los inhalantes se basa en su composición (líquidos volátiles o gases de gran liposolubilidad) que les permite actuar sobre el sistema Nervioso Central. Los inhalantes penetran en el torrente sanguíneo por medio de la respiración lo que hace que tengan efectos casi instantáneos sobre el cerebro debido a su concentración (debemos recordar que la superficie alveolar es muy grande), además la vía pulmonar evita que la sustancia pase por el hígado; de esa forma se obtienen altas concentraciones en sangre.

La intoxicación por inhalantes, perturbadores del Sistema Nervioso Central es parecida a la producida por el alcohol, de hecho a la intoxicación por inhalantes se le denomina «borracheira seca». Los efectos de los inhalantes son más rápidos que los del alcohol porque la sustancia es absorbida a través de los pulmones y no del estómago.

Los síntomas más usuales por consumir inhalantes son:

- Habla confusa. Lenguaje ininteligible.
- Visión borrosa y diplopía (visión doble).
- Desorientación.
- Torpeza mental y descoordinación muscular.
- Aumento de la salivación.

Los efectos físicos que pueden padecer los consumidores de inhalantes son:

- Conjuntivitis. Irritación de los ojos debido a los vapores irritantes.
- Rinitis, irritación nasal, irritación del aparato respiratorio, más concretamente de las vías respiratorias superiores.
- Lagrimeo continuo.
- Pérdida del apetito.
- Dolores de cabeza.
- Molestias estomacales: ardores, gastritis, quemaduras de esófago y estómago.
- Arritmias, en algunos casos parada cardíaca y muerte.

#### **4.13. Drogas de síntesis**

Perturbadores del Sistema Nervioso Central.

Las drogas de síntesis, antes conocidas como drogas de diseño, son variantes químicas, también llamadas «análogos», que reproducen los efectos narcóticos, estimulantes o alucinógenos de otras drogas.

Los grupos «análogos» que podemos apuntar son los siguientes:

- a) Análogos de la fenciclidina. La fenciclidina es una droga alucinógena con cualidades anestésicas conocida por las siglas PCP (penciclolexipiperidina). Variantes análogas de la fenciclidina son: el TCP, el PCE, el PCPY, el PCC... también encontramos un compuesto de crack y PCP conocido como *spacebase*.
- b) Análogos del fentanil y la meperidina. El fentanil está vinculado estructuralmente a la meperidina, un opiáceo sintético empleado para paliar el dolor intenso; de todos sus análogos destaca especialmente el MPTP (tetrahidrometilfenilperidina) que es en realidad una neurotoxina que causa daños cerebrales irreparables y una enfermedad semejante, en sus síntomas, a la enfermedad de Parkinson.
- c) Análogos de la anfetamina y metanfetamina. Del grupo de las anfetaminas, conocidas por su poder estimulante a bajo precio, destacan sobre todo dos sustancias: la MDA (metilendioxianfetamina), y la MDMA (metilendioximetanfetamina).

En líneas generales los efectos físicos que a corto plazo aparecen en sus consumidores se pueden concretar en (López-Sánchez y col., 2001):

- Taquicardias, alteraciones importantes e imprevistas del ritmo cardiaco.
- Palpitaciones, temblores y movimientos involuntarios de partes del cuerpo.
- Trismo, contracción involuntaria de los músculos maseteros que produce la imposibilidad de abrir la boca.
- Parestesias, sensaciones anormales en la piel: hormigueo, adormecimiento o ardor.
- Sequedad de la boca, los consumidores beben fundamentalmente agua, de forma muy esporádica alcohol, porque se supone que estas drogas, sobre todo la MDMA, pueden ejercer una acción inhibitoria del deseo o del consumo de alcohol.
- Sudoración y nauseas.
- Alteraciones en la visión, visión borrosa o alucinaciones visuales.

El consumo continuado o tomando varias pastillas al mismo tiempo se corre el riesgo de sufrir el llamado «golpe de calor» que se caracteriza por una bajada brusca de la presión arterial que provoca la pérdida de

consciencia. El golpe de calor es favorecido por el ambiente en el que se suelen consumir estas drogas: megadiscotecas repletas de personas bailando incansablemente a ritmo de una música frenética. A largo plazo los efectos que causan las drogas de síntesis están todavía en estudio pero existe cierta unanimidad en que provoca insomnio, fatiga, crisis de ansiedad y estados depresivos posteriores al consumo. También son muy habituales los fenómenos de regresión o *flash-backs*, alucinaciones reiteradas incluso después de haber abandonado el consumo durante largos periodos.

Nombre	Drogas Sintéticas
Clasificación	Perturbadores del Sistema Nerviosos Central
Origen	Laboratorios clandestinos en los años 60
Descripción	Derivados de las anfetaminas y variantes
Consecuencias	Insomnio, fatiga, crisis de ansiedad y estados depresivos. En ocasiones “golpe de calor”
Aspectos sociales	Droga ilegal de uso recreativo
Forma de consumo	Oral, inhalada o inyectada
Nombre social	XTC, Adam, MDMA, píldora del amor, eva, pastís, pirulas, X, E
Peligrosidad (1-20)	18 (Nutt y col., 2007)

**Figura 4.16.** Ficha Técnica de las Drogas Sintéticas. (Modificado de García del Castillo, 2007).

#### 4.14. Esteroides anabolizantes

Sin clasificar.

Los esteroides anabolizantes se encuentran en el grupo de drogas sintéticas, pero las relacionadas con las hormonas sexuales masculinas (testosterona). Según señala Arnedo y col. (1999) estos compuestos son derivados sintéticos de la testosterona que se desarrollaron con la intención de potenciar los efectos anabólicos minimizando los androgénicos, pero al contener ambos efectos su denominación más correcta sería la de esteroides anabolizantes-androgenizantes.

El desarrollo de estos compuestos fue para usos terapéuticos, fundamentalmente en el tratamiento del hipogonadismo, y posteriormente se derivó a usos recreativos relacionados con el llamado «culto al cuerpo»

Nombre	Esteroides anabolizantes
Clasificación	Sin clasificar
Origen	Sintetizados en la década de los años 30
Descripción	Derivados sintéticos de la testosterona
Consecuencias	Calvicie, aumento de colesterol, hipertensión, cáncer de hígado, acné severo, aumento de la agresividad
Aspectos sociales	Droga ilegal de uso recreativo
Forma de consumo	Oral o inyectada
Nombre social	Andro, Deca, nombres comerciales
Peligrosidad (1-20)	16 (Nutt y col., 2007)

**Figura 4.17.** Ficha Técnica de los Esteroides anabolizantes. (Modificado de García del Castillo, 2007).

y la vigorexia. Comenzó su uso en la década de los años sesenta, cuando deportistas de élite comenzaron a consumirlo para el fortalecimiento de la musculatura, pasando después a generalizarse a otros aspectos deportivos como el aumento de la velocidad y la fuerza. El empleo tanto por parte de los hombres como de las mujeres en muchas ocasiones se relaciona con la estética, para conseguir musculatura con mayor facilidad, de ahí que los culturistas sean de los que más uso y abuso hacen de ellos, llegando a consumir entre diez y cien veces por encima de la dosis terapéutica (Lukas, 1993).

Los efectos sobre el organismo que pueden provocar el consumo de estas sustancias se podrían sintetizar en los siguientes (NIDA, 2009):

- Sistema hormonal.
  - Hombres:
    - \* Problemas de fertilidad.
    - \* Desarrollo anormal de los senos.
    - \* Calvicie.
    - \* Disminución del tamaño de los testículos.
  - Mujeres:
    - \* Aumento del tamaño del clítoris.
    - \* Crecimiento anormal del bello corporal.
    - \* Calvicie masculina.
- Pérdida de talla corporal (cuando se comienza su uso precozmente).
- Aumento del colesterol.

- Hipertensión arterial.
- Problemas cardíacos.
- Cáncer de hígado.
- Acné severo.
- Ictericia.
- Retención patológica de líquidos.
- Aumento de la agresividad, manías y delirios.

## Capítulo 5

# **Consecuencias psicosociales del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas**

Además de señalar aquellos aspectos y consecuencias fundamentales del consumo de sustancias a nivel físico, tenemos que incidir y analizar la repercusión psicosocial que tienen en los sujetos consumidores y su entorno. Hemos optado por hacer un análisis más global, dado que los elementos que intervienen en estos procesos son similares en muchas de las drogas analizadas y queremos redundar en los niveles más representativos de todas ellas. No obstante, haremos un tratamiento diferencial del tema dividiéndolo en tres apartados: tabaco, alcohol y otras drogas.

En líneas generales si queremos abordar los consecuentes hemos de detenernos antes en los antecedentes, como nivel psicosocial de consecución lineal en el comportamiento del sujeto consumidor. Muchos de los desencadenantes al consumo de sustancias serán determinantes en las consecuencias posteriores del comportamiento de consumo. Hemos de destacar, sobre todo, que el comportamiento social de una persona consumidora de sustancias siempre será altamente complejo y no podremos aunar causalidades ni consecuencias de una forma invariable, ya que el número de componentes que entran en juego son muchos y diversos, por lo que los cambios pueden ser así mismo muy diferentes de unos casos a otros.

Los comportamientos y/o factores de riesgo serán abordados mucho más extensamente en capítulos posteriores de este libro, por lo que nos vamos a detener brevemente en ellos desde una vertiente aplicada a los consecuentes. Podemos observar que la gran mayoría de los antecedentes se pueden enmarcar en categorías psicosociales. Si hacemos una conversión de algunas de las variables y las transformamos en consecuentes, obtendremos el esquema de la figura 5.1.

Podemos inferir que los consecuentes tienden a abundar en progresión ascendente los antecedentes del consumo.

<b>Antecedentes</b>	<b>Consecuentes</b>
<b>Conductuales de carácter individual</b>	
Fracaso escolar	Aumento del fracaso escolar (mayor número de asignaturas suspensas, desinterés por el aprendizaje, etc.)
Conducta antisocial	Aumento de la conducta antisocial (robos, agresiones, otros delitos, etc.)
Consumo precoz de sustancias	Aumento del consumo (tanto en frecuencia como en número de sustancias)
Ausencia de habilidades sociales	Ausencia de habilidades sociales (carencias en las habilidades de comunicación, en las relaciones interpersonales, en el trabajo en grupo, etc.)
<b>Actitudinales de carácter individual</b>	
Desobediencia frente a la autoridad y la norma establecida	Aumento de la desobediencia a la autoridad y la norma establecida (comportamientos fuera de la norma social, resistencia a la autoridad, etc.)
Baja responsabilidad escolar	Descenso de la responsabilidad (ausencias de clase, incumplimiento con la institución escolar, etc.)
Actitudes positivas hacia conducta incorrectas	Fortalecimiento de las actitudes positivas hacia conductas incorrectas (sentirse bien utilizando amenazas, insultos, enfrentamientos, etc.)
Actitudes positivas hacia las conductas del mundo adulto	Fortalecimiento de las actitudes positivas hacia las conductas del mundo adulto (Sentirse bien imitando las conductas de sus mayores)
<b>Psicológicos de carácter individual</b>	
Bajo nivel de autoestima	Descenso del nivel de autoestima (infravalorarse, atacarse a sí mismo)
Bajo aprovechamiento escolar	Descenso del aprovechamiento escolar (desinterés, rendimiento bajo o nulo, etc)
Búsqueda de nuevas sensaciones	Aumento de la búsqueda de nuevas sensaciones (probar nuevas sustancias adictivas, nuevas formas de adicción)

(Continúa)

Antecedentes	Consecuentes
<b>De carácter familiar</b>	
Estilo de vida familiar con conductas antisociales, anómicas y de consumo	Contribución al mantenimiento o empeoramiento del estilo de vida familiar (disputas familiares, enfrentamientos con padres y hermanos, etc.)
Problemática acusada en las habilidades sociales de los padres	Mayor empobrecimiento de las habilidades sociales de la familia (ausencia de comunicación)
Familia tolerante hacia conductas incorrectas	Aumento de la tolerancia familiar (mayor permisividad hacia el consumo, la anomia, etc.)
Desorganización familiar en cuanto a los hábitos, normas, valores, etc.	Mantenimiento y aumento de la desorganización familiar (ausencia de normas, valores, pautas de comportamiento en casa, etc.)
<b>De carácter comunitario</b>	
Situación social y económica muy precaria	Aumento de la precariedad social y económica (mayor gasto en cuestiones superfluas o poco necesarias)
Desorganización comunitaria en cuanto a los hábitos, normas, valores, etc.	Mantenimiento y aumento de la desorganización comunitaria (ausencia de normas sociales, valores, pautas de comportamiento cívico, etc.)
Comunidad tolerante hacia comportamientos incorrectos	Aumento de la tolerancia comunitaria de estos comportamientos (mayor permisividad social hacia conductas desorganizadas y fuera de la norma)
Facilidad en la adquisición de las sustancias	Aumento de la facilidad para la adquisición de sustancias (mayor número de puntos de venta ilegal, mayor número de sustancias, etc.)
Entorno social con alto número de consumidores de drogas	Aumento del número de consumidores de drogas (tanto en número como en cantidad de sustancia y de sustancias)

**Figura 5.1.** Antecedentes y consecuentes psicosociales. (López-Sánchez y col., 2001).

### 5.1. Tabaco

Hemos comprobado una larga serie de consecuencias físicas por consumo de tabaco que no nos dejan la más mínima duda de sus perjuicios a corto, medio y largo plazo. Cuando nos planteamos las consecuencias psicosociales independientemente de las físicas, inmediatamente nos ubicamos en la repercusión social que tiene el fumador en su entorno. Es innegable que una de las características más representativas en este nivel es el hecho de que la persona fumadora desprende olor desagradable, ya que el tabaco impregna un olor «rancio» a todo lo que el fumador lleva puesto y todo lo que lo rodea en su ambiente habitual: cortinas, papeles, alfombras,... y del que además no es consciente dado que los sentidos del gusto y el olfato los tiene algo atrofiados por el solo hecho de consumir tabaco (Becoña, 1997).

La imagen del fumador queda siempre «marcada» por el olor que desprende, que para las personas que no fuman es mucho más evidente y desagradable, por lo que le puede acarrear un gran número de perjuicios en sus relaciones interpersonales. Del mismo modo el olor de la boca es otro componente importante del mismo esquema, hasta el punto de que al tener mal aliento se puede llegar a pensar que: «besar a un fumador es como darle un beso a un cenicero».

En un segundo nivel habría que destacar que en los últimos años, después de entrar en vigor las leyes que regulan los lugares en los que no se permite fumar, existen situaciones en las que el fumador se sentirá con niveles de ansiedad más altos por el propio hecho de negársele la posibilidad de encender un cigarrillo. Podemos apuntar muchos ejemplos en esta línea: desde la negociación en una mesa de trabajo donde se estén decidiendo intereses importantes y no se le permita fumar a una persona adicta al tabaco y que le provoque malestar, mayor agresividad, desesperación y un desenlace mucho más negativo del esperado, hasta una actividad laboral menos productiva por el hecho de desarrollar su trabajo en un lugar donde no le esté permitido fumar.

Un tercer nivel, que repercute en otros, es la función de transmisión que hace el fumador en terceras personas de su entorno familiar y social. Un padre de familia, un profesor, un médico, etc. que son fumadores y que encienden un cigarrillo delante de sus hijos, sus alumnos, sus pacientes, etc. están ejerciendo una doble función negativa en estas personas, de una parte pueden ser objeto de imitación por ellos (por lo que entraríamos en una inducción al consumo) y de otra parte, el sentimiento de «culpa» que puede llegar a sentir la persona fumadora por este hecho cuando es consciente de esta posible inducción.

El cuarto nivel de análisis se desprende de la posibilidad real del fumador que desea dejar de fumar (un tanto por ciento muy elevado de la población de fumadores) y las consecuencias que este hecho le conlleva. Es difícil reconocer que uno es adicto al tabaco hasta que un día no se plantea la necesidad de dejarlo y se encuentra con que no es nada sencillo en principio. En la lucha por el abandono del tabaco aparecen síntomas psicológicos claros relacionados con los procesos de abstinencia: ansiedad, insomnio, falta de concentración en tareas cotidianas, mal humor, respuestas agresivas a terceras personas, etc.

Un quinto nivel estaría establecido por el grado de molestia que genera el fumador en determinados entornos cuando realmente percibe que es él el causante directo del mismo. No cabe duda de que ninguna persona escapa a determinados signos de malestar de otras personas que le rodean cuando está fumando y está «agrediendo» directamente el espacio y el confort de otras personas. Las relaciones interpersonales se pueden deteriorar considerablemente.

Por último señalar que la adicción al tabaco aumenta significativamente la probabilidad de consumir otras drogas, por lo que su repercusión en este sentido es de primordial importancia.

## **5.2. Alcohol**

Esta sustancia tiene una serie de consecuencias psicosociales diferenciales con la anterior y, por supuesto, con las posteriores que revisaremos, con una repercusión muy importante en cuatro bloques: individual, familiar, social y laboral. El enfoque de las consecuencias que analizamos estará siempre en función de la cantidad de alcohol ingerido, la situación y la patología derivada del consumo abusivo traducido en una dependencia alcohólica.

### **Individual**

Quizá uno de los mayores peligros que le podemos atribuir a ingerir alcohol entre los jóvenes con fines recreativos es que se genera una asociación inseparable entre «diversión» y «alcohol», por lo que la tendencia es a beber para poder divertirse incluso aunque la percepción de la persona que está bajo los efectos del alcohol no sea en absoluto de diversión (García del Castillo, 2007). Así mismo se puede asociar fácilmente el comportamiento

de beber con el de sentirse más «sociable», por el que cada vez que una persona tiene que afrontar una relación que le provoca ansiedad o estrés, tiende a beber alcohol para poder enfrentarse a ella. No existe ninguna duda de que estas asociaciones van a llevar a medio y largo plazo a un consumo excesivo de alcohol con el riesgo de llegar a un consumo patológico.

Otra de las consecuencias notorias del consumo de alcohol, que va acompañada normalmente de un componente de «falso mito», es el hecho de pensar que la respuesta sexual va a ser aumentada a consecuencia de beber alcohol. Esto sumado a la desinhibición que provoca su consumo hace que la persona crea que bebiendo se enfrentará con «mejores armas» a una relación sexual, sobre todo en el caso de los hombres. La realidad es justamente al contrario de la creencia, disminuyendo la potencia sexual (sobre todo en los hombres).

Entre las consecuencias atribuidas a la desinhibición, las más importantes las encontramos en la falta de previsión y/o prevención a la hora de realizar el acto sexual, con los consiguientes perjuicios posibles: embarazo no deseado o contagio de enfermedades de transmisión sexual, como más representativas, así como en la accidentalidad con vehículos a motor.

## **Familiar**

Las consecuencias variarán en función del miembro o miembros de la familia que sean consumidores de alcohol y del grado de consumo. Si ubicamos el problema en los padres, los consecuentes atribuidos a la desinhibición que provoca el alcohol se traducen fundamentalmente en problemas de agresividad que pueden derivar en violencia física y/o verbal, peleas, discusiones, malos tratos (al cónyuge y/o los hijos), destrucción de bienes materiales y agresiones de tipo sexual. Todas estas consecuencias pueden acabar en separaciones, divorcios y denuncias (Santodomingo y col., 1998).

En general en el seno de una familia que cuente con un miembro con dependencia alcohólica, vamos a encontrar algunos de estos elementos, además de los mencionados anteriormente (Santodomingo, 1990):

- Problemas en las relaciones familiares y de la familia con su entorno social.
- Probabilidad alta de abandono familiar de los hijos.
- Deterioro del presupuesto familiar.
- Pérdida de apoyo social de los miembros de la familia.

Es importante apuntar la repercusión concreta del alcoholismo por parte de la figura del padre o la madre en los hijos, y que como señalan autores como Giglio y Kaufman (1990) se puede condensar en seis elementos fundamentales:

- Problemas de autoidentidad y autonomía acompañado de sentimientos de inseguridad.
- Déficits en el desarrollo psicosocial, tanto del entorno familiar como social.
- Problemas de ansiedad acompañados de sintomatología depresiva.
- Deficiencias afectivas de distinta índole.
- Comportamiento hiperactivo.
- Trastornos de personalidad, fundamentalmente rasgos de comportamiento antisocial.

## **Social**

Debemos de partir de un primer estrato que se relaciona con la imagen del consumidor de alcohol. En cuanto la persona pierde el control por ingestión de alcohol, la probabilidad de que sus relaciones interpersonales sean negativas aumenta significativamente, dado que no tiene posibilidad de ser completamente consciente de su comportamiento. Por ello la imagen que transmitirá el bebedor hacia su entorno social estará gravemente dañada. Pueden aparecer componentes de agresividad que hagan más complicadas las relaciones o incluso las destruyan por completo.

Es incuestionable que el uso de alcohol está directamente relacionado con las conductas delictivas y antisociales, de hecho la correlación es significativa. Así mismo como señala Secades (1998) el consumo de alcohol favorece la conducta violenta y delictiva tanto en las personas que lo ingieren como en aquellas personas que conviven o se encuentran en el contexto social del bebedor (en este caso del bebedor patológico fundamentalmente). Corroborar este hecho los datos que nos aportan Bartual y col. (2000) donde se aprecia que el deterioro en las relaciones paterno filiales correlacionan positivamente con un mayor número de denuncias, de detenciones por delitos y de número de condenas.

## **Laboral**

Una de las repercusiones más significativas que podemos analizar en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas y el trabajo radica fundamental-

mente en un aumento significativo de los riesgos tanto para el trabajador como para los que desarrollan su actividad a su cargo o que de alguna manera dependen de sus acciones.

Secades (1998) señala las siguientes consecuencias del consumo de alcohol en el ámbito laboral:

- Inestabilidad en el trabajo junto con problemas de ajuste laboral.
- Mayor probabilidad de absentismo.
- Accidentalidad laboral alta.
- Imagen deteriorada o negativa dentro de la empresa.
- Disminución significativa de los índices de productividad del trabajador.
- Deterioro de las relaciones con sus compañeros de trabajo.
- Aumento de la probabilidad de ser despedido o sancionado.
- Mayor probabilidad de sufrir una incapacidad laboral.

### **5.3. Otras drogas**

Resulta un poco más complicado aglutinar las restantes drogas en un solo apartado, dado que la variabilidad en las consecuencias podría ser diferencial entre muchas de ellas, ya que del consumo de heroína, por ejemplo, al consumo de tranquilizantes y/o sedantes, habría grandes diferencias, pero intentaremos dar un tratamiento lineal salvando este inconveniente.

En general el consumo patológico de drogas como la heroína, la cocaína, las drogas sintéticas, los tranquilizantes, etc., conllevan una percepción social clara de que la persona consumidora sufre un gran deterioro y como consecuencia primaria se encontraría, en los casos más extremos, en una situación de marginalidad social importante. Dado que muchas de estas sustancias invalidan físicamente a los que las consumen, hace que su repercusión al ámbito social sea similar a la física. Por ello debemos de tener muy en cuenta, por ejemplo, que si se pierde el puesto de trabajo por incapacidad física y/o psicológica por no poder continuar desarrollando la labor que hasta el momento llevábamos a causa de un consumo patológico, repercutirá directamente en nuestro contexto personal, familiar y social. Es obvio que la pérdida de nuestro estatus laboral nos deja en una situación precaria a nivel económico y a nivel emocional.

El consumo patológico tiene un claro componente de conducta delictiva. En el estudio de Bartual y col. (2000) podemos encontrar consecuen-

cias del consumo relacionadas con delitos cometidos. Fundamentalmente habría que destacar aquellos delitos que se llevan a cabo bajo el «síndrome de abstinencia» y que persiguen únicamente conseguir dinero para comprar una dosis, y redundando en ello señalar que hasta un 52% de la muestra estudiada asegura que el fin de su delito es conseguir dinero para consumir drogas en comparación con un 9% que asegura que el delito fue para paliar algunas deudas contraídas.

Finalmente, debemos señalar que al consumo de estas sustancias también va unida la desinhibición y trastornos asociados a la percepción social, lo que conlleva como hemos visto anteriormente en el consumo de alcohol, un mayor aumento de los riesgos de embarazo, enfermedades de transmisión sexual, problemas relacionados con conductas violentas, incluyendo autolesiones e incluso suicidio; y/o contra terceras personas (reyertas, enfrentamientos, accidentes de tráfico, etc.) provocados bajo los efectos de estas sustancias.



**BLOQUE II**  
**Fundamentos**  
**teórico-prácticos**  
**de la prevención**



## Capítulo 6

### **Los modelos teóricos en prevención: Factores de riesgo y factores de protección**

En este capítulo se presenta una síntesis sobre los principales modelos teóricos que han tratado de explicar el origen y mantenimiento de los comportamientos adictivos, y que fundamentan las intervenciones de prevención. Así, se presentan en primer lugar algunas de las teorías denominadas *parciales*, que se centran en un aspecto específico del fenómeno de la drogadicción. Entre éstas, se comentan las teorías biológicas, el modelo de creencias de salud, las teorías del aprendizaje y la teoría de la acción razonada. Un segundo grupo de teorías son llamadas *evolutivas* o de estadios, que tratan de establecer las fases y los determinantes del proceso adictivo. Dentro de este grupo se expone la teoría evolutiva de Kandel y el modelo de etapas motivacionales de Werch y DiClemente. Un tercer grupo lo forman las teorías *integrativas*. Se presenta una síntesis de la teoría del aprendizaje social y de su reformulación como teoría cognitiva social. La pretensión del capítulo es ofrecer una visión general sobre las principales teorías de la drogodependencia.

En los cuadros 6.1 y 6.2 se muestran sendas clasificaciones del conjunto de teorías sobre la adicción, la primera de ellas fue desarrollada por Petraitis, Flay y Miller (1995) y la segunda propuesta por Becoña (1999) en su completa monografía sobre las teorías que sustentan los programas preventivos.

#### **6.1. Modelos explicativos del consumo de drogas**

##### **6.1.1. Teorías biológicas**

Dado que las drogas afectan al funcionamiento del organismo, resulta lógico tratar de explicar la conducta adictiva desde las bases biológicas del comportamiento. Durante los años cincuenta, algunos investigadores sugirieron que las drogas actúan sobre una serie de áreas cerebrales que conforman el sistema de recompensa cerebral, el cual consta de cuatro regiones: el haz prosencefálico medial, el área tegmental ventral, el hipotálamo lateral y parte de la corteza prefrontal (Altman, et al., 1994; Goldstein, 1995). La dopamina es un neurotransmisor papel clave en la

adicción, ya que interviene en la mediación de la recompensa (DiChiara y Norh, 1992; Koob, 1992). Según han evidenciado numerosos estudios, el aumento de los niveles sinápticos de dopamina están asociados a los efectos de refuerzo positivo (Snyder, 1984; Wise, 1988). De este modo, las teorías biológicas destacan la activación que producen las drogas sobre el sistema de refuerzo cerebral, con una acción que es variable según el tipo de sustancia. Las propiedades de las sustancias psicoactivas como reforzadores positivos ejercen la misma función sobre la conducta que un estímulo reforzador de carácter no biológico (social, material, etc.). Además, el consumidor adicto está expuesto por un lado al refuerzo positivo, por los efectos placenteros de la droga, y por otro al refuerzo negativo, por el alivio de los efectos negativos de su ausencia (Stolerman, 1992), lo que favorece tanto la adquisición como el mantenimiento del hábito.

Entre las teorías biológicas, la *hipótesis de la automedicación* sostiene que una gran parte de los sujetos que abusan de las drogas lo hacen a causa de trastornos endógenos que, de forma directa o indirecta, les llevan al consumo de sustancias como una forma de autotratamiento. Por tanto, en algunos casos, plantearse la abstinencia como un objetivo terapéutico puede calificarse como inútil, cruel o contraproducente (Casas, Pérez, Salazar y Tejero, 1992).

La principal limitación de las teorías centradas en los aspectos biológicos es que, a pesar de la evidencia existente sobre la acción biológica que ejercen las drogas, no atienden a los factores antecedentes, concomitantes y consecuentes del consumo, de igual o mayor importancia que los puramente biológicos. Además, atribuir a las causas orgánicas el peso del proceso adictivo elimina las opciones de desarrollar cualquier tipo de actuación preventiva (Becoña, 2003; Casas, 1992).

### 6.1.2. Modelo de creencias de salud

Este modelo teórico surge en los años cincuenta desde la sanidad pública estadounidense (Becker, 1974). Ha sido aplicado a diversas áreas de la salud como el tabaquismo, la drogadicción en general, o el seguimiento de las prescripciones médicas, siendo durante tres décadas el modelo más extendido a la hora de explicar las conductas relacionadas con la salud. Este modelo supone que las conductas de salud dependen de:

- La *percepción subjetiva* del riesgo que corre el sujeto de contraer una enfermedad.
- La *gravedad percibida* acerca de la enfermedad: la seriedad que el sujeto atribuye a la enfermedad, incluyendo las consecuencias médicas como el dolor y la muerte, pero también las sociales y económicas.
- Los *beneficios* que se prevén por la puesta en práctica de las conductas de protección.
- Las *barreras percibidas*, o los costes derivados de realizar un comportamiento saludable. Estos inconvenientes pueden derivarse de la peligrosidad del comportamiento por su coste económico, por lo desagradable que resulte su ejercicio o por el tiempo que requiera. El sujeto sopesaría los costos de poner en práctica la conducta preventiva y los beneficios que obtendría por ello.
- Las *señales de atención* que le recuerdan al sujeto la realización de actuaciones preventivas.

Dado que el modelo se centra en la comparación entre los costes y los beneficios de adoptar medidas preventivas frente al riesgo, se le ha calificado como un *modelo lógico-económico*. Sus postulados han sido contrastados por numerosas investigaciones aplicadas (Janz, Champion, Strecher, 2002; Páez, Ubillós, Pizarro y León, 1994).

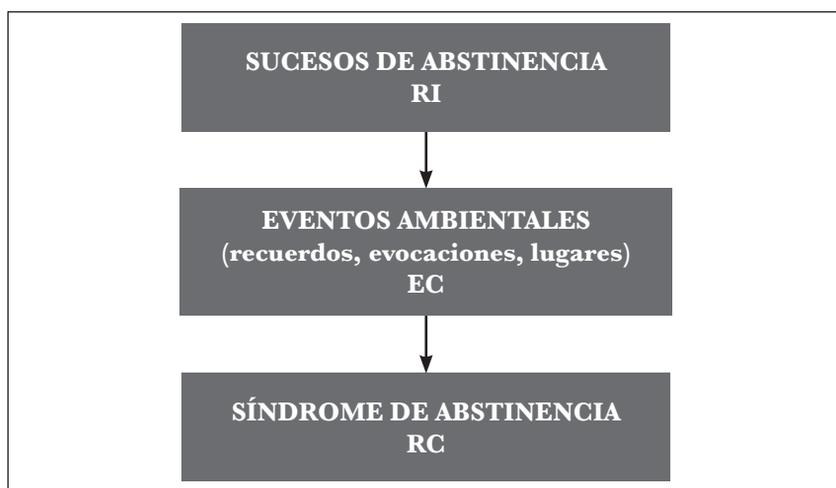
### 6.1.3. Teorías del aprendizaje

El condicionamiento clásico (Pavlov, 1968) explica el aprendizaje como una asociación entre un estímulo neutro con un estímulo incondicionado

<b>Teorías parciales o basadas en pocos componentes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teorías biológicas</li> <li>• Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia</li> <li>• Teorías de aprendizaje</li> <li>• Teorías actitud-conducta:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Teoría de la acción razonada</li> <li>– Teoría de la conducta planificada o planeada</li> </ul> </li> <li>• Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Modelo de mejora de la estima de Kaplan</li> <li>– Teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan</li> </ul> </li> <li>• Modelos basados en la familia y en el enfoque sistémico</li> <li>• Modelo social de Peele</li> </ul>
<b>Teorías de estadios y evolutivas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo evolutivo de Kandel</li> <li>• Modelo de etapas motivacionales de Werch y Diclemente</li> <li>• Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al</li> <li>• Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie</li> <li>• Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb</li> <li>• Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz</li> <li>• Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de Chatlos</li> <li>• Teoría de la socialización primaria de Oetting et al</li> </ul>
<b>Teorías integrativas y comprensivas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría del aprendizaje social</li> <li>• Teoría cognitiva social</li> <li>• Modelo del desarrollo social de Catalano</li> <li>• Teoría interaccional de Thornberry</li> <li>• Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor</li> <li>• Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor</li> <li>• Modelos de estilos de vida y factores de riesgo de Calafat</li> <li>• Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis</li> <li>• Modelo de autocontrol de Santacreu et al</li> <li>• Modelo comprensivo de Becoña</li> </ul>

**Cuadro 6.2.** Clasificación de las teorías sobre el uso de sustancias según Becoña (1999).

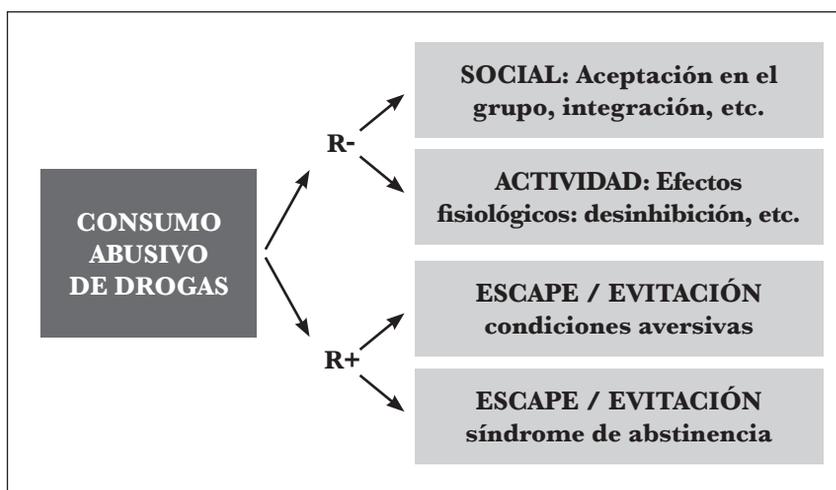
que produce una respuesta refleja. Si se presenta de forma simultánea un estímulo neutro al estímulo incondicionado, el estímulo neutro (que pasa a ser estímulo *condicionado*) es capaz de desencadenar por sí solo la respuesta (a partir de entonces *condicionada*). Este mecanismo de aprendizaje se ha estudiado tanto en animales como en humanos, comprobándose que muchas conductas pueden ser condicionadas clásicamente (Klein, 1994). Por motivos éticos, en el área de las adicciones esta forma de adquirir conductas se ha analizado básicamente en animales (Becoña, 2002). Por su parte, Wikler (1965) descubrió un proceso de condicionamiento llamado *síndrome de abstinencia condicionada*, al observar que algunos sujetos adictos a opiáceos mostraban señales de síndrome de abstinencia meses después de haber dejado el consumo y aumentaba notablemente el deseo de consumir cuando se encontraban ante situaciones, lugares o experiencias relacionadas con el anterior consumo de drogas. Se constató que ciertos estímulos ambientales actuaban como estímulos condicionados que provocaban una respuesta condicionada de abstinencia (Graña, 1994a). También se ha observado el fenómeno de la *tolerancia conductual* (Siegel, 1981), que resalta el papel de las señales ambientales presentes en el momento de la administración de la droga, y que actúan como estímulos condicionados.



**Figura 6.1.** Síndrome de abstinencia condicionada (Wikler, 1965).

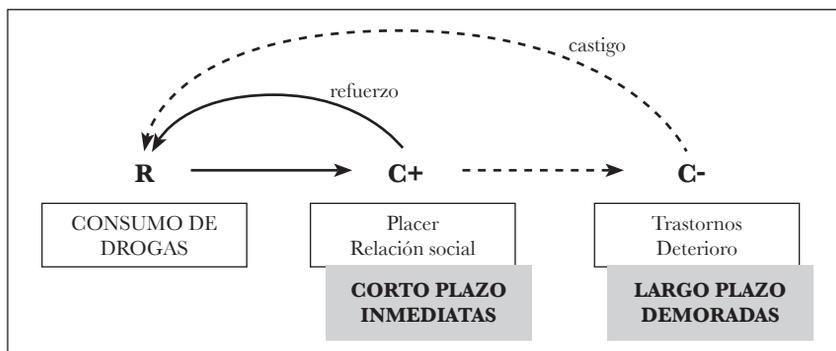
El condicionamiento operante (Skinner, 1975) explica la conducta humana en función de sus consecuencias, de forma que, si tras la ocurrencia de un comportamiento determinado se produce de forma contingente un estímulo positivo para el individuo, aumentará la probabilidad de que ese comportamiento ocurra de nuevo en el futuro. En este sentido, las sustancias psicoactivas son unos potentes reforzadores, positivos y negativos, que facilitan la adquisición de la conducta de administración de la droga. En la figura 6.2. se representa gráficamente el modelo del condicionamiento operante aplicado al consumo de drogas. Por otra parte, el abuso de sustancias conlleva consecuencias negativas que, en principio, deberían suponer un castigo para el sujeto, reduciéndose así el consumo. No obstante, si bien este conflicto de contingencias existe, nos encontramos con que las consecuencias negativas (castigo) aparecen demoradas en el tiempo, mientras que las recompensas (refuerzo positivo y negativo) se producen de forma inmediata, por lo cual predomina la acción de las segundas (véase la figura 6.2).

También se ha estudiado la interacción entre ambos tipos de condicionamiento, clásico y operante (Graña, 1994b), en especial el papel que juegan en la conducta los sucesos ambientales que la rodean. De este modo, ciertos estímulos del entorno pueden actuar a modo de estímulos incondicionados, asociados a otros estímulos ambientales mediante condicionamiento clásico.



**Figura 6.2.** Teoría del condicionamiento operante.

Las teorías del aprendizaje han dado lugar al desarrollo de técnicas de modificación de conducta (además del refuerzo y castigo, el moldeamiento, el encadenamiento, el desvanecimiento, el control de estímulos, etc.) que constituyen un pilar básico de numerosos programas de prevención (Becoña, 1999).



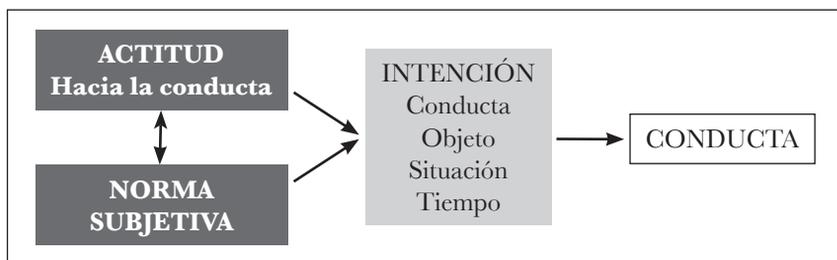
**Figura 6.3.** Teoría del condicionamiento operante y conflicto de contingencias.

#### 6.1.4. Teoría de la acción razonada

Desde el modelo de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1967, 1980; Fishbein y Ajzen, 1972, 1975) se considera al individuo como un *tomador racional de decisiones* que tiende a comportarse en función de dos factores: a) la valoración que realiza sobre las consecuencias de su comportamiento, y b) las expectativas de obtener dichos resultados mediante un comportamiento concreto. Estos dos elementos, junto con la *norma subjetiva* (las creencias sobre lo que los demás hacen), conforman una intención conductual que posteriormente podría traducirse en una conducta de prevención.

Aplicando este esquema al abuso de drogas, un adolescente reducirá el consumo o se abstendrá de abusar si, en primer lugar, valora positivamente su salud y, en segundo lugar, si tiene expectativas favorables acerca de los beneficios que ello le puede reportar. Además, si considera que sus «otros significativos» —es decir, amigos y compañeros de su edad—, valoran positivamente el consumo no abusivo o la abstinencia, entonces es más probable que actúe de forma saludable.

Los resultados de un buen número de estudios en los que se ha aplicado esta teoría al campo de la drogodependencia muestran que permite predecir en gran medida las conductas relacionadas con el abuso (Ajzen, Timko y White, 1982; Becoña, 2007; Schelegel, Crawford y Sanborn, 1977).



**Figura 6.4.** Teoría de la acción razonada.

### 6.1.5. Modelo evolutivo de Kandel

La principal aportación de este modelo es la idea de que el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales, comenzando por una primera fase en la que se consumen las llamadas drogas de iniciación, que actúan como elemento facilitador del posterior consumo de otras sustancias. De esta forma, se consideran cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales (Kandel, 1973, 1975; Kandel y Davies, 1992):

1. Consumo de cerveza o vino.
2. Consumo de tabaco o licores.
3. Consumo de marihuana.
4. Consumo de otras drogas ilegales.

No obstante, ni la secuencia tiene por qué darse de igual forma en todos los sujetos, ni el hecho de encontrarse en una fase asegura el paso a la siguiente, ya que atravesar cada una de las fases de consumo, según esta autora, es una condición necesaria pero no suficiente para que se dé una progresión a la etapa siguiente. Kandel considera que la familia y el grupo de iguales, junto con ciertos rasgos personales como el estado de ánimo son los factores de mayor influencia en el consumo de drogas (Paton, Kessler y Kandel, 1978).

El modelo ha sido contrastado con un buen número de estudios (Kandel, 1975, 1996; Kandel y Logan, 1984; Kandel y Yamaguchi, 1985; Yamaguchi y Kandel, 1985) que confirman de forma empírica la teoría.

### 6.1.6. Modelo de etapas motivacionales

El modelo transteórico del cambio, desarrollado inicialmente por Prochaska y DiClemente (1983), ha sido aplicado a diversos comportamientos

de salud: consumo de drogas, tabaquismo, práctica de ejercicio físico, cáncer, comportamiento sexual, problemas de conducta, etc. Werch y DiClemente adaptaron el modelo, aplicándolo para explicar el comienzo y el abandono del uso de sustancias.

La teoría se basa en cuatro constructos: las etapas o estadios de cambio, los procesos de cambio, el balance decisional y la autoeficacia. Existen varios pasos que preceden y siguen a la toma de decisión de una persona sobre si debe consumir drogas o no. El modelo los describe dentro de un proceso dinámico, que implica la progresión a través de cinco estadios de cambio: 1) precontemplación: cuando no se considera utilizar drogas, 2) contemplación, cuando se piensa seriamente en comenzar a consumir, 3) preparación, cuando se pretende empezar a usarlas en un futuro inmediato, 4) acción, cuando se inicia el consumo, y 5) mantenimiento, cuando se continúa el consumo (Werch y DiClemente, 1994).

La segunda dimensión del modelo son los *procesos de cambio*, que se refiere a la forma en que los individuos van cambiando su conducta, incluyendo sus actuaciones manifiestas y encubiertas. El *balance decisional* se define como la valoración de las ventajas frente a las desventajas de usar preservativo. Este es un aspecto en común con el modelo de creencias de salud, en el que también se daba un papel relevante a la evaluación de los beneficios y pérdidas por el consumo de sustancias. Desde la perspectiva del modelo transteórico del cambio, las personas que se sitúan en las primeras etapas de cambio (precontemplación, contemplación) valoran más los *contras* que los *pros* del consumo de drogas. Según se avanza en las etapas, la tendencia se hace inversa, los inconvenientes se valoran mucho menos y se le otorga mayor valor a las ventajas. El constructo de *autoeficacia* propuesto por Bandura (1982) se integra dentro del modelo transteórico del cambio, definido como la convicción por parte del individuo de que es capaz de ejecutar exitosamente la conducta requerida para producir los resultados deseados. La autoeficacia percibida parece afectar las decisiones del individuo para cambiar su conducta, el grado de esfuerzo dispuesto a invertir en el cambio y el mantenimiento a largo plazo en los cambios conductuales realizados. Un individuo, según progresa en las cinco etapas de cambio, adquiere una mayor autoeficacia de cara a modificar sus propios comportamientos.

Desde este modelo, la prevención primaria tiene como objetivo ayudar a los jóvenes a mantenerse en el estadio de precontemplación, o que no pasen de la etapa de la experimentación al uso regular (Becoña, 1999). Además, las intervenciones preventivas serán tanto más efectivas según se adecuen a la etapa de desarrollo para los adolescentes destinatarios. El

modelo aúna los constructos de las tres teorías que Werch y DiClemente consideran más relevantes: el modelo de creencias de salud (Becker, 1974), que tiene mayor importancia en los tres primeros estadios (precontemplación, contemplación y preparación), la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986), que tiene importancia en los cinco estadios, y la teoría del autocontrol conductual (Kanfer, 1975), que con sus conceptos de autoobservación, autoevaluación y autoreforzamiento se asocia a las tres últimas etapas (preparación, acción y mantenimiento).

### **6.1.7. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social**

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969, 1977, 1986) considera tres sistemas que están implicados en el aprendizaje y la regulación de la conducta:

1. Los acontecimientos o estímulos externos, que afectan a la conducta principalmente mediante procesos de condicionamiento clásico,
2. Las consecuencias de la conducta, que influyen en el comportamiento mediante los procesos de condicionamiento operante,
3. Los procesos cognitivos mediacionales, que regulan la influencia del medio y determinan a qué estímulos se atiende, cómo se percibe y su influencia sobre la conducta futura.

La tercera categoría, introducida por Bandura, es la pieza base del vicario u observacional, consiste básicamente en que la conducta de un modelo y las consecuencias de ésta facilitan la adquisición y la ejecución de la conducta para el observador, en caso de que las consecuencias sean positivas (reforzamiento), y disminuye la probabilidad de adquisición y ejecución si son negativas (castigo). De este modo, Bandura propuso las técnicas de modelado como una estrategia para favorecer la adquisición y eliminación de conductas mediante la observación de modelos. Deben darse en el modelo ciertas características para favorecer el aprendizaje observacional (véase, por ejemplo, Méndez, Olivares y Ortigosa, 2008). Posteriormente, Bandura introdujo otros dos constructos de tipo interno: la autoeficacia, o los pensamientos que tienen los individuos sobre su propia capacidad de actuar, y el determinismo recíproco (véase Bandura, 1977, 1982, 1986).

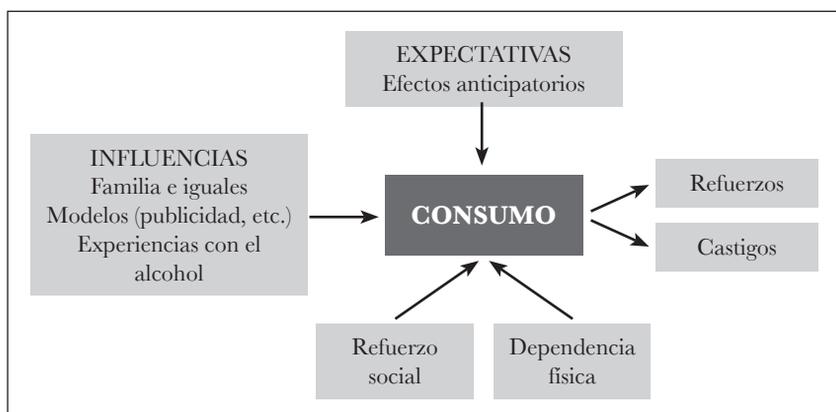
En uno de los ámbitos del comportamiento donde mayor utilidad se ha encontrado a esta teoría ha sido en el uso y abuso del alcohol (Beco-

ña, 2007; Wilson, 1988). Así, según la teoría del aprendizaje social, la conducta de beber se adquiere y se mantiene por modelado, refuerzo social, los efectos anticipatorios del alcohol y la experiencia directa de los efectos del alcohol (Abrams y Niaura, 1987; Becoña, 1999, 2002).

Entre las influencias directas en el inicio del consumo de alcohol destacan tres:

1. La familia y los iguales, que conforman el entorno social más próximo del adolescente.
2. El resto de modelos que influyen a través de los medios de comunicación (televisión, cine, publicidad, etc.).
3. Las experiencias directas, mediatizadas por las expectativas previas sobre los efectos del alcohol.

En definitiva, los factores cognitivos son los que modulan las interacciones entre la persona y el ambiente, estando, por tanto, la decisión última de beber o no en función de las expectativas de autoeficacia y de resultado que la persona tiene en un contexto determinado. Así pues, se explica que para afrontar situaciones en las que la autoeficacia percibida es baja (por ejemplo, adolescentes con déficit en habilidades sociales) aumente la probabilidad de beber como *estrategia* de afrontamiento. Para algunos autores la auto-eficacia se considera esencial en esta teoría por predecir la iniciación de comportamientos saludables y su mantenimiento. Sin embargo, esta teoría explica que la percepción de la auto-eficacia podría modificarse a través de cambios graduales de comportamiento, la experiencia



**Figura 6.5.** Teoría de aprendizaje social.

sustitutiva, la persuasión, o minimización de la respuesta emocional. Para Lewis (2002) la consecución de cambios graduales en el comportamiento sería el método más importante por resultar más efectivo al aumentar el autocontrol y auto-eficacia cuando la propia persona autoevalúa sus logros y esos logros son evaluados por otros (Rueda, Manzano, Páez et al., 2008).

La influencia de este modelo teórico en el terreno preventivo es muy notoria, ya que los programas actuales de entrenamiento en habilidades sociales o de habilidades para la vida y, en general, los programas preventivos más eficaces, utilizan alguno de sus componentes o los combinan junto a los procedentes de otras teorías (Becoña, 2002).

## **6.2. Factores implicados en el inicio y el mantenimiento del consumo de drogas**

El abuso de alcohol y el consumo de drogas de síntesis está facilitado por una diversidad de factores de riesgo, que influyen de manera conjunta sobre el comportamiento de la persona.

### **6.2.1. Factores macrosociales**

- a) *Institucionalización y aprobación social de las drogas legales.* El consumo de alcohol es una conducta socialmente aceptada, y en ocasiones ensalzada. La televisión, el cine y la prensa muestran imágenes de personajes famosos y personas de prestigio social bebiendo. La bebida se asocia al éxito, a la vida social y al placer, de modo que la celebración de numerosos acontecimientos sociales (banquetes, fiestas de cumpleaños, comidas de empresa, etc.) tienen presente el alcohol.
- b) *Publicidad.* El presupuesto destinado por las administraciones públicas a prevenir el abuso de alcohol no puede competir con las partidas multimillonarias de las empresas nacionales o multinacionales invertidas en publicidad para fomentar el consumo de alcohol. Las marcas de bebidas alcohólicas están presentes en todo tipo de soporte y campañas publicitarias (vallas, medios de comunicación de masas, patrocinio de acontecimientos deportivos, etc.). Los mensajes publicitarios asocian la bebida con valores y estímulos atractivos para la juventud, como la amistad, tener personalidad, la transición a la adultez, el sexo, etc.

- c) *Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias.* La disponibilidad de una sustancia se refiere, por un lado, a la cantidad de ésta en los mercados en que se comercializa. Por otro lado, si esto va unido a una accesibilidad sencilla a la misma por parte de los potenciales consumidores, aumenta la probabilidad de usar esa droga. En este sentido, la cantidad de producto en el mercado, así como un número suficiente de puntos de venta y un precio asequible para el consumidor, influyen en el mayor o menor uso. En nuestro país el carácter de droga legal convierte al alcohol en un producto muy disponible y de fácil acceso, por los múltiples establecimientos donde se puede adquirir, los amplios horarios de venta, el precio asequible de las bebidas, y el escaso control de la venta a menores. Otras sustancias, como las drogas de síntesis no se venden en supermercados pero no resulta demasiado difícil encontrar a alguien que las distribuya en los lugares de ocio nocturno. El precio de una dosis puede estar al alcance de la mayoría de adolescentes y jóvenes.
- d) *Asociación entre drogas y ocio.* Como ya hemos señalado, el consumo juvenil de drogas se encuentra ligado al tiempo libre, los fines de semana, a ciertos lugares de oferta como discotecas o pubs, y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias. La utilización que se hace del tiempo libre correlaciona con un mayor o menor riesgo de consumo de drogas, y se asocia con la asistencia a lugares de oferta y a la búsqueda de los efectos de las drogas. Por ello, cada vez se considera más beneficioso fomentar el asociacionismo y la participación juvenil (voluntariado, ONGs, etc.) por un lado, y promover actividades recreativas saludables (deportes, actos culturales, etc.) por otro, que actúan como factores de protección, garantías para el mantenimiento de hábitos sanos, y estrategias de prevención del abuso de drogas (Hernández, 2011).

### 6.2.2. Factores microsociales

- a) *Conflictividad familiar.* Desavenencias conyugales, problemas de pareja, separación, divorcio, etc., pueden tener un impacto negativo en las pautas de crianza y educación, facilitando la aparición de problemas en la adolescencia, como comportamiento negativista y desafiante, conducta antisocial o abuso de drogas. La escasa atención de los padres hacia sus hijos se ha relacionado con las tasas más altas de consumo de drogas, y especialmente con el inicio más

temprano al consumo (Griffin et al., 1999, 2000; Moos y Lynch, 2001; Steinberg, Fletcher y Darling, 1994).

- b) *Estilos educativos inadecuados.* Arbex, Porrás, Carrón y Comas (1995) señalan cuatro estilos educativos que se podrían denominar como de riesgo: a) confusión en modelos referenciales: ambigüedad en las normas familiares, déficit de habilidades parentales, b) exceso de protección: la sobreprotección del hijo/a genera una gran dependencia de éste respecto a sus padres, que le impedirá desarrollar su iniciativa, autonomía y responsabilidad, c) falta de reconocimiento: la ausencia de refuerzos positivos por parte de los padres, y en general, de una valoración incondicional del adolescente favorece un autoconcepto negativo de sí mismo, provocando consiguientemente desajustes sociales y personales, y d) rigidez de estructuras familiares: ante una organización familiar rígida y/o jerárquica, los adolescentes tienden bien a la sumisión, bien a la rebeldía contra esa estructura. Ambas opciones influyen negativamente en el adolescente, y pueden desembocar en una personalidad con escasa asertividad, o en un enfrentamiento con el mundo adulto.
- c) *Comunicación familiar.* La comunicación es un aspecto más que facilita una educación armónica del niño/a y adolescente. Una comunicación adecuada evita el aislamiento, educa para las relaciones extrafamiliares y la expresión de sentimientos, elementos todos ellos facilitadores de un desarrollo personal sin carencias que puedan ser satisfechas por las drogas. Diversos autores (Elzo, Lidón y Urquijo, 1992; Recio, 1992; Varó, 1991) destacan la relación entre la vivencia negativa de las relaciones familiares y un mayor uso de drogas. Cohen, Richardson y La Bree (1994) encontraron que cuanto menos frecuente era la comunicación entre padre e hijos y el tiempo que pasan juntos, más altas eran las tasas de consumo de alcohol y tabaco.
- d) *Consumo familiar de alcohol.* Gran parte de las conductas aprendidas se adquieren mediante la observación e imitación de los demás, especialmente de aquellas personas con las que se identifica el joven. El consumo de alcohol en el hogar produce aprendizaje implícito, beber es una conducta de la vida diaria socialmente aprobada, y explícito, el adolescente copia la conducta de sus padres y hermanos mayores. Los estudios revelan la relación significativa del consumo de alcohol de padres e hijos (Espada, Pereira y García-Fernández, 2008).
- e) *Presión del grupo de amigos hacia el consumo de drogas.* La pandilla es el marco de referencia que contribuye al afianzamiento de la identi-

dad adolescente frente al mundo adulto y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales, con quienes se comparte la forma de hablar, vestirse, cortarse el pelo, etc. Los compañeros ejercen una poderosa influencia, incluyendo el consumo en grupo de alcohol y otras drogas, que adquiere connotaciones de rito de iniciación y constituye una trasgresión de las reglas adultas. La búsqueda de aceptación y el miedo al rechazo del grupo induce a algunos jóvenes a aceptar las ofertas de estas sustancias, a pesar de que en su fuero interno desapruében su consumo. El consumo de alcohol y otras drogas se aprende. El riesgo de que se inicie el consumo aumentará si el adolescente se integra en un grupo de iguales que consume, en el que los otros miembros sirven de modelo y refuerzo positivo de la conducta de beber o consumir otras drogas (Comas, 1992).

### 6.2.3. Factores personales

- a) *Falta de información sobre las drogas.* La falta de información sobre las drogas (naturaleza, extensión del consumo entre los adolescentes, efectos a corto y largo plazo, etc.) alienta la curiosidad y el deseo de probar estas sustancias. La desinformación interesada da lugar a creencias erróneas. En el caso concreto del alcohol las encuestas indican que una proporción alta de adolescentes no lo considera una droga.
- b) *Actitud favorable hacia las drogas.* Algunas características de la adolescencia, como la tendencia a minusvalorar las conductas de riesgo, la búsqueda de sensaciones nuevas, el deseo de aventura, el gusto por lo prohibido, o el choque generacional, facilitan el desarrollo de una actitud favorable hacia el alcohol y las drogas de síntesis. La actitud de los adolescentes hacia estas sustancias es un importante predictor del inicio a su consumo.
- c) *Déficit y problemas del adolescente.* Los déficit y problemas constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol y otras drogas. Así, los adolescentes con mejores habilidades sociales presentan tasas más bajas de consumo de drogas, depresión, delincuencia, agresiones y otros problemas de conducta (Dalley et al., 1994; Griffin et al., 2000; Pentz, 1983; Scheier et al., 1999). En un estudio con estudiantes de primaria, Jackson et al., (1997) hallaron que los alumnos con

un mayor déficit en competencia social (evaluada combinando el autoinforme y la valoración del profesor) se iniciaban en el consumo de drogas de forma más temprana.

Alonso y del Barrio (1996) hallaron una fuerte relación entre autoestima, locus de control y consumo de tabaco y alcohol. Una baja autoestima puede repercutir en el inicio al consumo de drogas por varias razones: porque el adolescente pretenda paliar la percepción de bajo autoconcepto a través de la droga, para buscar el reconocimiento en el grupo o para facilitar el contacto social mediante el consumo de alcohol y así compensar dificultades en las relaciones interpersonales. Así, Betler (1987) encontró que los niveles de autoestima más altos se asociaban a un menor consumo de cannabis en la adolescencia. Otro estudio mostró que los mayores niveles de depresión, ansiedad y baja autoestima se relacionaban positivamente con la actitud favorable hacia las drogas y con la probabilidad de su consumo (Blau, Gillespie, Felner y Evans, 1988). En general, un nivel elevado de bienestar personal en los adolescentes actúa como un factor de protección frente al abuso de sustancias (Griffin et al., 2001, 2002).

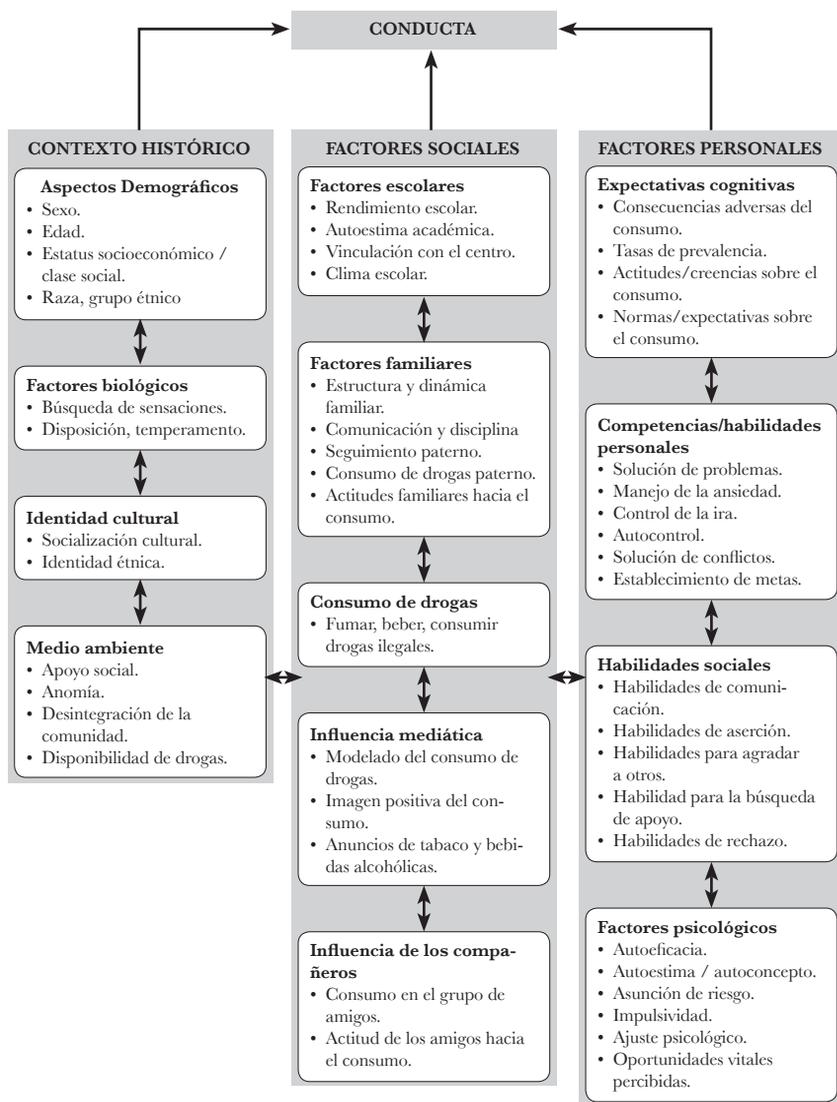
#### 6.2.4. Integración de los factores de riesgo de consumo

Dado el gran número de variables que contribuyen al consumo de drogas, lo más apropiado es recurrir a un modelo etiológico multicomponente. En la figura 6.6., presentamos un modelo que reúne los principales factores que contribuyen al consumo de drogas en la adolescencia, con las variables agrupadas en tres categorías:

1. El *contexto histórico*, que incluye los factores demográficos (sexo, edad, clase social), biológicos (temperamento) y las influencias ambientales (disponibilidad de drogas, conflictividad social).
2. *Factores sociales*, que incluyen los factores escolares (como el clima escolar), familiares (pautas educativas, disciplina, consumo de drogas por parte de los padres), la influencia de los compañeros (consumo y actitud pro-drogas de los amigos) y las influencias de los medios de comunicación (televisión, películas, anuncios).
3. *Factores personales*, que incluyen las expectativas cognitivas (actitudes, creencias y expectativas normativas sobre el consumo), competencias personales (toma de decisiones, autocontrol), habilidades sociales (habilidades de comunicación, asertividad) y un conjunto

de factores psicológicos relevantes, como la autoeficacia, autoestima o el bienestar psicológico del individuo.

En este marco, se considera que los factores sociales y personales actúan conjuntamente facilitando la iniciación y escalada en el consumo de drogas. Así, algunos adolescentes pueden verse influidos hacia el consumo por los medios de comunicación, que en ocasiones normalizan o ensalzan el consumo de drogas, mientras que otros pueden estar más influenciados por los familiares o por amigos que consumen o mantienen actitudes y creencias favorables al consumo. Estas influencias sociales probablemente tienen un mayor impacto en jóvenes con pobres habilidades sociales y competencias personales o en aquéllos con mayor vulnerabilidad psicológica, como baja autoestima, ansiedad social y estrés psicosocial. Cuantos más factores de riesgo tenga un adolescente, mayor es la probabilidad de que consuma drogas. Afortunadamente, conocer cómo esas variables conducen al consumo resulta de mucha utilidad a la hora de conceptualizar y diseñar programas de prevención. Por ejemplo, un programa preventivo que mejora las habilidades sociales y la competencia personal puede tener efectos beneficiosos en varios factores psicológicos (por ejemplo, incrementando el bienestar o la autoestima) y conductuales (como las habilidades de rechazo de la oferta), ambas asociadas con la reducción del consumo.



**Figura 6.6.** Modelo integrado de la conducta de consumo de drogas (adaptado de Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2002).

## Capítulo 7

# ¿Cómo podemos hacer prevención?: estrategias y objetivos

Los planteamientos para afrontar un programa preventivo tienen que basarse en estructuras fiables y contrastadas, para conseguir una eficiencia y eficacia adecuadas. Para ello se han de apoyar en una serie de estrategias y objetivos que ajusten al máximo el potencial perseguido.

### 7.1. Estrategias

En principio toda la población es objeto de intervención, aunque por distintas cuestiones podemos seleccionar parte o partes de la misma, en función del objetivo u objetivos del diseño preventivo, de los factores de riesgo que se detecten en la población diana y de sus índices de consumo de drogas, entre los parámetros más representativos.

Podemos clasificar los tipos de prevención atendiendo a varios criterios. El primer criterio hace referencia a la relación que tiene el sujeto con el uso de drogas, en función de su frecuencia e intensidad de consumo. Atendiendo a esto, podemos recurrir a la clásica clasificación que propuso Caplan (1980):

- **Prevención Primaria:** En la prevención primaria, intervenimos antes de que surja la enfermedad, tiene como misión impedir que aparezca. Este es el tipo de prevención más óptimo donde entendemos la misma en su más amplia acepción y extensión, desde una vertiente más totalizadora. Podríamos incluir en este grupo a todos aquellos sujetos que aún no han comenzado a consumir una sustancia, los que han experimentado (en sus fase más primaria), consumidores sociales de baja o muy baja intensidad y los consumidores ocasionales o circunstanciales (García-Rodríguez, 1989).
- **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, es decir, parar el progreso de la enfermedad cuando ésta se encuentra en los primeros estadios, prestando ayuda terapéutica a aquellos individuos que hayan comenzado

el consumo en sus primeras fases, pero que aún no se encuentran en un proceso de adicción propiamente dicho.

- **Prevención Terciaria:** Se lleva a cabo 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 claros síntomas clínicos con el objetivo final de intentar reducir y/o eliminar las consecuencias y efectos perniciosos del consumo.

Algunos autores (Ferrer, 1986; García-Rodríguez, 1986; 1989; García-Rodríguez y López-Sánchez, 1988), se inclinaron por una reformulación de esta clasificación, con el fin de clarificarla e intentar enmendar posibles interpretaciones erróneas. De esta forma García-Rodríguez (1989) apunta la siguiente reformulación:

- **Prevención.** Donde se va a perseguir evitar la iniciación al consumo de drogas como fin último.
- **Tratamiento Precoz.** Se centraría en detectar lo más precozmente posible aquellas conductas de consumo de sustancias y comenzar su abordaje terapéutico.
- **Rehabilitación Biopsicosocial.** Donde se intentaría cubrir el objetivo de reducir y/o eliminar todos aquellos efectos colaterales del consumo de sustancias en sus tres dimensiones fundamentales, la física, la psicológica y la social.

En la actualidad podríamos afirmar que se ha llegado a un consenso mudo donde la prevención primaria hace referencia a lo que habitualmente conocemos como «prevención», dado que su objetivo es intervenir anticipándose a la aparición de un posible problema. La prevención secundaria podría equipararse al término «tratamiento», entendiendo que su objetivo es detener el avance de la enfermedad o del problema cuando éste empieza a exteriorizar sus primeras manifestaciones y revertirlo en la medida de lo posible y la prevención terciaria estaría en cambio más cerca de lo que conocemos por rehabilitación, es decir, tras la aparición de la enfermedad tratamos de amortiguar su impacto sobre las distintas áreas de la persona y trabajar por su recuperación y por la prevención de posibles recaídas en el mismo problema.

Un segundo criterio interesante es el que apunta Bukoski (1995), basándose en lo que él llama la prevención global del abuso de dro-

gas. Su hipótesis de partida radica en la necesidad de entender el consumo de drogas como un problema de salud que es progresivo y con múltiples posibilidades de desarrollo, por lo que los objetivos se diversifican a distintos estratos que puedan aglutinar todo el espectro posible, desde el individuo hasta todos los estamentos que éste recorre a lo largo de su vida, la familia, el trabajo, la comunidad de referencia, la escuela, etc. La reformulación de Caplan que propone Bukaoski se centra también en una prevención primaria que abarcaría desde el inicio hasta los primeros consumos experimentales del sujeto cuando aumenta la frecuencia de uso, pasándose a llamar tratamiento todo lo demás.

Desde esta perspectiva de prevención global, el autor sugiere un modelo multicomponente donde se diversifica en función de a quién vaya dirigido el programa preventivo: sujeto, familia, grupo o grupos y/o comunidad. Plantea cuatro posibilidades en este sentido:

- Programas de corte Informativo. Con la sola intención de describir exhaustivamente los daños que provocan o pueden provocar las sustancias, las consecuencias, sociales, psicológicas y físicas de las mismas, mediante todo tipo de soportes al uso, charlas informativas, cine-forum, folletos, etc.
- Programas Educativos. Elaborados con el objetivo de reducir o eliminar todos aquellos problemas relacionados con las habilidades sociales y/o psicológicas, de comunicación, autoimagen, etc.
- Programas Alternativos. Los que tratan de suministrar alguna alternativa fiable a aquellos sujetos que por alguna circunstancia se encuentran con un factor de riesgo mayor a la media, normalmente referidas o en sintonía con carencias emocionales del corte de aburrimiento o búsqueda de sensaciones fuertes.
- Programas de Intervención. Diseñados para los individuos enmarcados en el alto riesgo de consumo de sustancias. Estos programas se encuadrarían más en los que hemos denominado de tratamiento y/o rehabilitación, dado que se entiende que los sujetos han comenzado una trayectoria de consumo continuado y abusivo.

Un tercer criterio es el que hace referencia a la relación del sujeto con los factores de riesgo y que de alguna forma es el que podemos considerar como más vanguardista. Atendiendo en este caso al grado de vulnerabilidad de la población diana, la prevención puede clasificarse en:

- **Prevención Universal:** Los programas universales son aquellos que se dirigen a población general (nacional, regional, comunidad local, escuela, barrio, etc.) con mensajes y programas destinados a impedir o retrasar el consumo de drogas.

Características:

- Estar diseñados para alcanzar a toda la población, sin tener en cuenta las situaciones de riesgo individuales. Los destinatarios no son seleccionados.
  - Dirigirse a grandes grupos de personas.
  - Estar diseñados para retrasar o prevenir el abuso de sustancias psicoactivas.
  - Tener, generalmente, un bajo ratio personal / audiencia.
  - Requerir menos tiempo y esfuerzo de la audiencia que la demandada en los programas selectivos o indicados.
  - El personal suele estar formado por profesionales de otros campos, tales como profesores, que han sido entrenados para aplicar el programa.
  - El coste por persona suele ser más bajo que en los selectivos o indicados.
  - Los programas universales pueden diseñarse para cualquier ámbito de intervención (escolar, familiar, comunitario).
- **Prevención Selectiva:** Los programas selectivos se dirigen a subgrupos que presentan un especial riesgo de consumo de drogas. Los grupos en situación de riesgo pueden establecerse en base a cualquiera de los factores biológicos, psicológicos, sociales o ambientales que han sido caracterizados como factores de riesgo.

Características:

- Están diseñados para retrasar o prevenir el abuso de sustancias psicoactivas.
- Los participantes comparten características que les hacen pertenecer a un grupo en situación de riesgo.
- Generalmente no se valora el grado de vulnerabilidad o de riesgo personal de los miembros del grupo de riesgo, pero se supone tal vulnerabilidad por pertenecer a él.
- El conocimiento de los factores de riesgo específicos permite el diseño de acciones específicamente dirigidas a esos factores.
- Generalmente se desarrollan en períodos largos de tiempo y requieren más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que los programas universales.

- Requieren personal con formación específica ya que debe trabajar con jóvenes multiproblemáticos, familias y comunidades de riesgo.
  - Los costes por persona son mayores.
  - Las actividades están más relacionadas con la vida diaria de los participantes e intentan cambiar a estos participantes en una dirección concreta, por ejemplo, incrementando en ellos las habilidades de comunicación.
- **Prevención Indicada:** Los programas indicados se dirigen a personas que no presentan los criterios diagnósticos de adicción pero que muestran signos previos (Ej., consumidores de drogas «de entrada», personas con conducta antisocial con problemas psicológicos).

**Características:**

- Dirigirse a personas que experimentan los primeros síntomas de abuso de sustancias o que tienen otros problemas de conducta relacionados.
- Estar diseñados para detener la progresión del abuso de sustancias o desórdenes relacionados.
- Poder dirigirse a múltiples conductas simultáneamente.
- Seleccionar cuidadosamente a los participantes / destinatarios.
- Valorar específicamente los factores de riesgo individuales y los problemas de conducta.
- Ser extensos en el tiempo y, al mismo tiempo, intensivos. Se desarrollan en largos períodos de tiempo (meses) con altas frecuencias (una hora diaria, cinco días a la semana) y requieren un gran esfuerzo por parte de los participantes.
- Intentar cambiar las conductas de los participantes.
- Requerir un personal muy especializado que tenga entrenamiento clínico.
- Tener mayores costes que los universales o los selectivos.

Algunos investigadores como Offord (2000) analiza las ventajas e inconvenientes que supone la elección de un programa de corte universal, frente a programas con enfoques selectivo y/o indicado, en función de variables como el objetivo de la intervención, el grupo destinatario de la misma, las posibilidades de intervención y los recursos de los que disponemos.

Algunas de las ventajas que presentan los programas universales tienen que ver con su carácter general, que evita la estigmatización o el etiquetaje negativo de grupos o colectivos concretos, favoreciendo de este modo que el ciudadano medio se implique y haga que el programa funcione, al inter-

venir sobre los factores de riesgo presentes en la comunidad. Este tipo de programas crean el marco idóneo para que se logren espacios de actuación en drogodependencias y, en muchos casos, constituyen un primer abordaje al problema para después intervenir sobre los sujetos en riesgo de dicha comunidad. Se trata de intervenciones con buenos niveles de efectividad, dado que se dirigen a modificar conductas que pueden darse en cierto grado en la mayoría de los integrantes de la comunidad, aunque de distinto modo en aquellas personas que componen grpos de alto riesgo.

En cuanto a las desventajas, también están relacionadas con su vocación generalista y es que estos programas tienen dificultades para llegar con fuerza a los individuos y por tanto, resultan poco atractivos para el público y los políticos por el escaso impacto de estas medidas y el desequilibrio coste beneficio que implican. En este tipo de programas, la población con bajo nivel de riesgo es la que puede salir beneficiada, pero por otro lado, no se les da la oportunidad de enfrentarse directamente al problema y salir reforzados, y resultan iniciativas poco dinámicas para permitir la implicación de la comunidad a través de la participación de sus agentes sociales. Dicho esto, los programas de prevención universales encuentran dificultades para demostrar un efecto global beneficioso, aunque como veremos en los objetivos generales, algunos autores apuestan por estos programas precisamente por la repercusión social y política que pueden abarcar a corto plazo, independientemente de su efectividad técnica.

Los programas selectivos e indicados, presentan como ventajas la capacidad de tratar los problemas de forma temprana, demostrando ser iniciativas potencialmente eficientes por su mayor grado de ajuste a las necesidades de la población diana. Entre las desventajas de este tipo de programas estaría la posible estigmatización de la población que recibe la intervención al tildarla de problemática o más vulnerable a los factores de riesgo presentes en la comunidad. Existen también dificultades asociadas a la discriminación de qué sujetos formarán parte del programa en la fase de *screening*. Este proceso eleva el coste de la intervención tanto a nivel económico como del esfuerzo técnico que requiere, por ejemplo a la hora de establecer puntos de corte, seleccionar adecuadamente al grupo de mayor riesgo y valorar la estabilidad de éste a lo largo del tiempo.

La capacidad que tenemos para predecir un trastorno futuro es muy bajo, y a diferencia de los programas universales, los selectivos e indicados benefician a un menor número de usuarios, que en ocasiones perciben la intervención como conductualmente inapropiada. Por último cabe destacar la tendencia de estos programas a dejar de lado los factores contextuales como objeto de la intervención.

Como ocurre en otros campos, la investigación realizada hasta el momento sobre el objeto, puesta en marcha y evaluación de los programas de prevención en el ámbito de las adicciones, nos permite ahora planificar intervenciones basadas en la evidencia, que puede dejar de lado aquellas prácticas que han resultado ser ineficaces. El National Institute on Drug Abuse (NIDA) nos ofrecía en 1997 un manual que recopilaba los principios fundamentales en la prevención del consumo de drogas en niños y adolescentes, partiendo de las investigaciones realizadas en este campo.

A continuación se resumen estos 14 principios básicos establecidos por el NIDA (Sloboda y David 1997):

1. Los programas de prevención deben diseñarse para potenciar los factores de protección, reduciendo a su vez los factores de riesgo.
2. Los programas preventivos deben hacer frente a todas las formas de consumo de drogas y tomar en consideración todas las sustancias.
3. Entre sus estrategias, deberían incluir el aprendizaje de habilidades de comunicación, de rechazo frente al ofrecimiento de drogas, resistencia a la presión de grupo, conducta asertiva, incremento de la autoeficacia y de las actitudes contrarias al consumo y a favor de estilos de vida saludable.
4. También debieran incluir métodos interactivos que mejoren la implicación y participación del grupo, en lugar de utilizar exclusivamente técnicas expositivas.
5. Los programas preventivos dirigidos a adolescentes o jóvenes habrían de incorporar la participación de padres y tutores que pongan en valor el aprendizaje de cuestiones relacionadas con los efectos nocivos del consumo de drogas creando espacios de diálogo y confianza en la familia para abordar esta cuestión y manifestar su postura y actitudes al respecto.
6. Los programas preventivos debían estar presentes a lo largo de la vida escolar, entendiéndose como acciones a largo plazo que trabajen el paso hacia edades de riesgo para el inicio o el consumo experimental de drogas.
7. Las acciones preventivas que incorporan a la familia al completo, son más efectivas que aquellas que trabajan de forma aislada con padres o hijos.
8. Estas acciones en el marco de familia y escuela incrementan el impacto de las medidas centradas en aspectos legislativos y reguladores respecto al consumo, o las campañas lanzadas desde los medios de comunicación de masas.

9. En el caso de programas comunitarios, es fundamental promover o fortalecer normativas contrarias al consumo de drogas en todos los ámbitos de la prevención; familiar, escolar y comunitaria.
10. La escuela nos brinda una buena posibilidad de alcanzar a toda la población de jóvenes en general y comenzar a actuar en la caso de aquellos con mayor riesgo de consumir drogas dados sus problemas de conducta, dificultades de aprendizaje o con elevado riesgo de abandono y fracaso escolar.
11. Los programas de prevención han de adaptarse a las características y particularidades concretas de la comunidad en la que se aplican para responder de forma específica a sus problemas con el abuso de drogas.
12. Cuanto mayor es el riesgo que se detecta en la población diana, los esfuerzos preventivos habrán de ser más intensivos, a más largo plazo y se han de poner en marcha de forma más temprana.
13. En el diseño de los programas se han de tener muy en cuenta la edad de los participantes y su adecuación a la fase de desarrollo en la que se encuentran, así como ser sensibles a las diferencias culturales que puedan existir.
14. Los programas de prevención que han demostrado su eficacia tiene una buena relación coste-beneficio, de modo que cada inversión que se han en prevención del consumo de drogas, ha de revertir en un ahorro importante de costes de tratamiento y de terapias enfocadas a la atención del consumo de drogas.

Desde la vieja Europa, lo que se viene llamando La Estrategia Europea en materia de Lucha contra la Droga (2005-2012) se planteaba los siguientes resultados de cara al año 2012:

- Reducción apreciable del consumo de drogas, de la dependencia y de los riesgos para la salud y la sociedad derivados de las drogas, mediante el desarrollo y la mejora de un sistema de reducción de la demanda global y basado en los conocimientos que incluya medidas para la prevención, la intervención rápida, el tratamiento, la reducción del daño, la rehabilitación y la reinserción social en los Estados miembros de la UE.
- Las medidas de reducción de la demanda deberán tener en cuenta los problemas relacionados con la salud y las pruebas sociales provocados por el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas y de múltiples drogas en asociación con sustancias psicoactivas ilícitas, el tabaco, el alcohol y los medicamentos.

Las prioridades en el ámbito de la reducción de la demanda, hacen referencia a la mejora del acceso a los programas de prevención y su eficacia, teniendo en cuenta tanto su impacto inicial como al mantenimiento de sus efectos a largo plazo, y la mejora de las estrategias de sensibilización sobre el riesgo del consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias. Las medidas de prevención han de tener en cuenta en un momento inicial, los factores de riesgo, una adecuada detección de los problemas, la prevención desde enfoques específicos, particularmente desde el nivel de familia y comunidad.

Otra de las prioridades es facilitar el acceso a las actividades y programas de intervención precoz en el caso de los jóvenes que empiezan a implicarse de forma exploratoria o experimental en el consumo de drogas. También en esta línea, se propone posibilitar el acceso a programas de tratamiento específicos y diversificados, con un abordaje que incorpore tanto la perspectiva farmacológica como la psico-social. Y en cualquier caso, se incide en la evaluación continua de los patrones de eficacia de estos programas de tratamiento y su articulación dentro de programas y políticas de salud más amplias, dirigidas al tratamiento de aquellos problemas sanitarios derivados del abuso de sustancias psicoactivas.

El último de los puntos prioritarios reitera la importancia de facilitar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de personas con VIH/SIDA, hepatitis, otras infecciones, enfermedades y daños para la salud y/o la sociedad, asociados o producidos por el consumo de drogas.

El planteamiento de Europa, en la franja entre 2013 y 2020, intenta cubrir los siguientes objetivos (General Secretariat of the Council, 2013):

- Contribuir a una reducción cuantificable de la demanda de drogas, de dependencia de las drogas y de la salud, relacionados con las drogas, los riesgos sociales y los daños.
- Contribuir a una reducción cuantificable de la disponibilidad de drogas ilícitas.
- Fomentar la coordinación a través del discurso y el análisis en el campo de las drogas en la UE y a nivel internacional.
- Fortalecer aún más el diálogo y la cooperación entre la UE, terceros países y organizaciones internacionales sobre cuestiones de drogas.
- Contribuir a una difusión mejor de la vigilancia, la investigación y la evaluación de resultados.

A nivel nacional, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 también establece, aunque se extingue este mismo año y suponemos que se tendrá que formular una nueva estrategia, una serie de principios para

guiar las actuaciones que se lleven a cabo en este ámbito. En este sentido se establece que los programas preventivos han de planificarse haciendo posible la sinergia de actuaciones entre los diferentes agentes de la comunidad, asociaciones, instituciones, los diferentes niveles de las Administraciones y los ámbitos policial, sanitario, educativo, familiar, social, laboral etc.

Se expone la importancia clave de la corresponsabilidad social y de la participación activa de los ciudadanos como base de las intervenciones, para mejorar el éxito de las iniciativas que requerirán cambios en las actitudes y comportamientos individuales y sociales, para fomentar conductas saludables y una sociedad libre de drogas. Teniendo en cuenta lo anterior, los medios de comunicación toman un papel prioritario y representativo. La promoción de la educación para la salud, como mencionábamos anteriormente, es un pilar básico de cualquier estrategia preventiva, de modo que la educación sanitaria de la población general y las medidas de educación para la salud en la escuela, son los fundamentos para el diseño de programas y actuaciones preventivas.

El Plan Nacional sobre Drogas advierte en su Estrategia, que en la actualidad no podemos concebir ningún área de prevención del consumo de drogas que al mismo tiempo, no aborde iniciativas enfocadas a la profilaxis y reducción de las enfermedades y/o trastornos infecciosos asociados al abuso de drogas.

Las conclusiones extraídas en la Evaluación de dicha Estrategia 2000-2008 establecen que la prevención es la clave de la política sobre drogas, y en este sentido, la Estrategia no alcanza los objetivos que se había propuesto respecto a la disminución del inicio de los consumos, los usos problemáticos y sus daños asociados. Establece que los esfuerzos realizados en este campo no se han traducido en un adecuado nivel de modificación de comportamientos y hábitos en relación con el consumo de sustancias y por tanto, es necesario seguir avanzando en la mejora de los programas preventivos y en la búsqueda de una mayor efectividad de los mismos.

Algunos de los aspectos más negativos que resalta esta evaluación en sus conclusiones son el incremento del número de personas jóvenes consumidoras de sustancias como el cannabis, la cocaína o las drogas de síntesis, y la disminución de la percepción del daño que esos consumos ocasionan, disminución que es especialmente visible en algunos sectores juveniles. También señala la disminución de la edad de comienzo en el consumo de drogas y el aumento de la percepción de disponibilidad. Se establece como punto a mejorar el acercamiento a profesionales de los medios de comunicación social, para potenciar acciones de sensibilización y formación en este tema de las drogodependencias y la comunicación social,

que hubieran conseguido una mayor concienciación entre los diversos sectores sociales de los problemas y consecuencias negativas que ocasiona el consumo de drogas.

## 7.2. Objetivos

El establecimiento de objetivos en prevención de drogodependencias constituye una fase crucial en el proceso de planificación e implementación de una intervención. Dependiendo de las características de cada programa o actuación los objetivos pueden variar sustancialmente.

En función del ámbito donde se desarrolla la intervención la formulación de objetivos será distinta. Así, en prevención comunitaria las metas abarcarán entre otras sensibilizar a la población y fomentar la participación social en actividades relacionadas con los factores de protección. En el ámbito escolar se perseguirá entrenar habilidades específicas en los estudiantes, por ejemplo la toma de decisiones. En el ámbito familiar se atenderá a la mejora del clima y las relaciones paterno-filiales. Dentro del contexto laboral será lógico perseguir la detección temprana del consumo y reducir los factores de riesgo en ese ámbito concreto.

Según el nivel de prevención (primaria, secundaria o terciaria y/o universal selectiva o indicada), los objetivos perseguirán evitar el consumo, reducir su impacto cuando ya existe, tratar/rehabilitar al sujeto consumidor y/o abarcar a toda la población sin excepción, dirigirse hacia poblaciones de riesgo o alto riesgo o planificar medidas individualizadas para cada caso. En otros apartados de este libro se expone con detalle el proceso de intervención, incluido el establecimiento de objetivos en cada uno de dichos ámbitos y niveles de prevención. En esta sección se pretende presentar algunas bases generales respecto a los objetivos comunes en toda actuación preventiva, así como la forma de estructurar el cambio que se persigue con una intervención preventiva.

Si puede hablarse de un objetivo general a todas las intervenciones, éste podría concretarse como la solución total del problema. ¿Cuál es el problema en este ámbito? ¿La existencia de unas sustancias denominadas drogas? Es posible, aunque durante toda la historia de la humanidad han existido y es dudoso que la solución pase por su erradicación, aunque como veremos hay objetivos que intentan cubrir este supuesto. Muchas sustancias además tienen aplicaciones médicas, por no hablar sobre las adicciones puramente conductuales como la ludopatía. Entonces, ¿el problema es que algunas personas tienen dificultad para autocontrolar su conducta? Como puede verse, la definición del problema determina el establecimiento general de objetivos.

Si el problema por tanto se define como «las consecuencias no deseadas por el uso indebido de sustancias» (entendiendo por «indebido» el consumo perjudicial para la salud, lo cual también podemos denominar «abuso»), el objetivo general será eliminar dicho abuso, o minimizarlo al máximo. Para ello serán precisas actuaciones de prevención pasiva (regulaciones legales, limitación de uso, control de la oferta), y activa (actuaciones que fomenten la conducta saludable de los individuos mediante el cambio de comportamientos).

En prevención primaria uno de los posibles objetivos generales debe centrarse en eliminar/reducir el consumo abusivo de drogas. Un objetivo adicional, que asume la imposibilidad de lograr completamente el anterior consiste en retrasar la edad de inicio al consumo. La investigación constata que una iniciación temprana en el abuso de sustancias aumenta la probabilidad de consumos problemáticos en la edad adulta hasta el doble para aquellos sujetos que comienzan a consumir antes de los 15 años (Robins y Przybeck, 1985). Por otro lado, el organismo adolescente en pleno desarrollo, se ve afectado por las drogas en mayor medida que los adultos, por lo que atrasar la ingesta de alcohol y otras drogas beneficia el desarrollo.

En los últimos tiempos se apuesta claramente por diversificar los objetivos generales y en ocasiones se centran incluso en particularidades y especificidades mucho más exhaustivas y/o concretas hacia determinadas sustancias. De hecho según nos señala Gilchrist (1995), podríamos hablar de por lo menos siete posibles objetivos generales desde distintos enfoques:

- Programas dirigidos a la eliminación de todos aquellos patrones de consumo patológico que perjudican al ámbito familiar, escolar, social y personal.
- Programas orientados a disminuir los riesgos asociados desde la experimentación o primeros consumos al consumo repetitivo.
- Programas que persiguen la eliminación total de cualquier tipo de consumo, buscando la abstinencia completa.
- Programas que se orientan hacia el retraso de las primeras ingestas, intentando que se demoren cuanto más mejor.
- Programas preventivos que buscan el retraso y/o la disminución de sustancias que facilitan el consumo de otras sustancias, sobre todo las legales como el alcohol y el tabaco y entre las ilegales, la marihuana.
- Programas que se centran en evitar al máximo los daños colaterales por consumo de sustancias, orientándose a evitar embarazos no deseados, accidentes de tráfico, etc.
- Por último, programas que intentan comenzar su andadura preventiva mucho más tempranamente, interviniendo en poblaciones muy jóvenes.

Otro de los factores que se ha de tener en cuenta, tal y como decíamos anteriormente, es el contexto donde se realizará la acción preventiva. En base a ello, podríamos plantear los contextos más convencionales donde se desarrolla la prevención de drogas. Como vemos en el cuadro 7.1., remitiéndonos a los pilares más básicos de la misma.

<b>Programa</b>	<b>Universal</b>	<b>Selectiva</b>	<b>Indicado</b>
<b>Escuela</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar y mejorar la información sobre drogas.</li> <li>• Aumentar la percepción de riesgo al consumo.</li> <li>• Mejorar las habilidades sociales y de comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora de las normas escolares.</li> <li>• Fomento de la implicación de los padres en el sistema escolar y educativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individualización de objetivos en función del caso.</li> </ul>
<b>Familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar y mejorar la información sobre drogas.</li> <li>• Aumentar el conocimiento del riesgo y cómo evitarlo.</li> <li>• Mejorar las habilidades de comunicación familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de riesgos de embarazos y accidentabilidad de los hijos.</li> <li>• Formación y ensayo de conducta para padres.</li> <li>• Control de límites.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención con padres consumidores.</li> </ul>
<b>Trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar y mejorar la información sobre drogas.</li> <li>• Aumentar la percepción del riesgo y sus consecuencias laborales.</li> <li>• Mejorar las habilidades sociales y de comunicación laboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de riesgos laborales en función del tipo de trabajo.</li> <li>• Fomento de actitudes favorables al mantenimiento de la salud en el trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención con población consumidora en el centro de trabajo.</li> </ul>
<b>Comunidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar y mejorar la información sobre drogas.</li> <li>• Implicación de los medios de comunicación.</li> <li>• Generar opinión para favorecer nuevas normas sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomento de objetivos de salud para jóvenes.</li> <li>• Control de límites.</li> <li>• Fomento de campañas puntuales en los medios de comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención para conductores.</li> </ul>

**Cuadro 7.1.** Contextos de prevención y objetivos. (Modificado de Gilchrist, 1995).

Nosotros proponemos hacer una distinción en distintos niveles de cambio que se persiguen en el sujeto.

1. A nivel cognitivo (aspectos relacionados con los conocimientos y creencias por parte del sujeto) los objetivos son:
  - Conocer los efectos negativos a corto y largo plazo de las drogas.
  - Diferenciar entre el uso y el abuso de drogas sobre la base de las repercusiones en la salud.
  - Conocer los factores de riesgo del abuso de drogas.
  - Modificar la percepción de los participantes con respecto a la prevalencia del consumo de drogas.
  - Identificar las formas de presión social hacia el consumo de drogas.
2. A nivel de las actitudes, los objetivos son:
  - Promover actitudes positivas hacia la abstinencia de las drogas.
  - Promover actitudes positivas hacia la abstinencia o hacia el uso responsable del alcohol.
  - Fomentar una postura crítica ante el consumo de drogas.
3. A nivel de los comportamientos los objetivos son:
  - Mejorar la competencia social de los participantes.
  - Desarrollar la capacidad de relacionarse positivamente con los demás sin recurrir al alcohol.
  - Aprender a escuchar activamente, conversar y expresar opiniones.
  - Adquirir / mejorar la capacidad de resistir la presión del grupo.
  - Promover el uso saludable del ocio.
  - Aprender un método general para resolver problemas de forma eficaz.
  - Fomentar la toma de decisiones responsable.
  - Aplicar el método de resolución de problemas para valorar las ventajas e inconvenientes de consumir drogas.
  - Realizar una toma de decisión sobre el consumo propio.

El listado anterior es una propuesta general de objetivos, centrados principalmente en el sujeto que aún no ha comenzado a consumir.

En el cuadro 7.2. se enumeran otras sugerencias de objetivos en función de los destinatarios de la intervención. Como se puede observar, todos ellos corresponden a algún factor de riesgo o protección. En cada momento será conveniente atender a nuevos patrones o factores de riesgo asociados al consumo para ser incluidos en los objetivos de la intervención.

<p><b>Prevención Escolar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrasar la edad de inicio al consumo.</li> <li>• Modificar creencias erróneas sobre las drogas y los patrones de consumo que facilitan su uso.</li> <li>• Informar sobre los efectos nocivos de las sustancias a corto y largo plazo.</li> <li>• Promover actitudes favorables a la salud y contrarias al consumo de drogas.</li> <li>• Mejorar las competencias del estudiante protectoras frente al consumo: habilidades de afrontamiento activo ante problemas.</li> <li>• Entrenar en habilidades sociales a los participantes, especialmente a los alumnos con mayores dificultades interpersonales.</li> <li>• Fomentar la toma de decisiones responsable frente a las drogas.</li> <li>• Fomentar el autocontrol de la propia conducta.</li> </ul>
<p><b>Prevención Familiar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar a los padres sobre el problema de las drogas.</li> <li>• Entrenar a los padres y madres en habilidades para la educación de los hijos.</li> <li>• Mejorar la comunicación y el clima familiar.</li> <li>• Promover actitudes saludables en el ámbito de la familia.</li> </ul>
<p><b>Prevención Comunitaria</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar a la población sobre el problema de las drogas.</li> <li>• Desarrollar redes de apoyo social.</li> <li>• Potenciar factores del entorno social protectores del consumo y favorecedores de las conductas saludables.</li> <li>• Fomentar el asociacionismo y la participación comunitaria.</li> <li>• Favorecer la implicación en actividades de ocio y tiempo libre saludables.</li> </ul>
<p><b>Prevención Laboral</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciar las medidas informativas acerca de los riesgos laborales por consumo, incidiendo en alcohol, tabaco y fármacos.</li> <li>• Colaborar con sindicatos en la planificación y puesta en marcha de medidas de fomento de la comunicación y clima laboral.</li> <li>• Promocionar actividades saludables dentro del marco laboral.</li> <li>• Generar recursos rápidos de consulta acerca del problema del consumo de drogas.</li> <li>• Fomentar el autocontrol mediante programas al efecto.</li> </ul>

**Cuadro 7.2.** Síntesis de objetivos según distintos ámbitos de intervención.



**BLOQUE III**  
**Estrategias preventivas**



## Capítulo 8

### **Prevención desde el ámbito familiar**

#### **8.1. La familia en la prevención del abuso de drogas**

En nuestro país continúa viviendo una cultura muy arraigada hacia la familia como máximo exponente del cuidado y desarrollo educativo de los hijos. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2013) la familia es el aspecto más importante para más del 91 % de los españoles, siendo muy significativo el grado de satisfacción con la vida personal, que para más del 92 % es la familia, por encima de todos los demás aspectos de la vida (p.e.: el trabajo, el tiempo libre, la vivienda, etc.). En esta misma línea, consideramos que el papel más importante que juega la familia es el de la crianza y educación de los hijos muy por encima de las demás variables medidas (p.e.: proporcionar amor y afecto; mantener los valores culturales y morales; cuidar de la salud de sus miembros, entre otros). Todas estas cuestiones confirman que somos un país donde la familia es considerada como la mayor y más representativa institución en velar por la educación y formación de sus miembros de una forma integral (Espada, Lloret y García del Castillo, 2008).

El interés por la familia como foco de intervención en prevención de las drogodependencias está justificado por varias razones. En primer lugar, la mayoría de modelos teóricos que explican el consumo de drogas destaca el importante papel de los factores de riesgo familiar. De este modo, una familia donde predomina una relación afectiva entre los cónyuges, hermanos y también paterno-filial tiene de partida menos probabilidad de presentar problemas con las drogas que en el caso contrario. Una segunda razón es el papel de la familia en el proceso de socialización del sujeto. La educación familiar tiene papel decisivo en el desarrollo del sujeto, especialmente a ciertas edades. La autoestima, la capacidad de enfrentarse a los problemas o los hábitos de vida saludables se transmiten de padres a hijos. Los padres tienen además un importante papel como modelos de comportamiento. Cuando se analiza de forma empírica la influencia del consumo de los padres en el consumo de sus hijos, se observa una alta relación. Entre los adolescentes cuyos padres beben la intención de consumo de alcohol aumenta a más del doble si

se compara con los adolescentes cuyos padres son abstemios (Espada, Pereira y García-Martínez, 2008).

Cuando se aborda el problema del abuso de drogas desde las instituciones se tiene muy presente la necesidad de abordar el problema incluyendo el marco familiar (Funes, 1990; Melero, 1995; Oñate, 1987). Sin embargo, esa necesidad no siempre se ve reflejada en los programas, o bien queda reducida a una presencia casi simbólica, dedicándose los mayores esfuerzos al desarrollo de intervenciones de ámbito escolar. De hecho, hay menos trabajos de investigación publicados en revistas científicas españolas sobre prevención familiar que escolar (Quiles, Espada y Méndez, 2000). La mayor dificultad de acceso a las familias en comparación con los escolares y la baja adherencia de los padres a los programas de prevención suelen ser las principales razones.

El Plan Nacional sobre Drogas, en la Estrategia Nacional sobre Drogas incide en el potencial que supone la intervención familiar y señala que «las actuaciones sobre las familias tenderán a fomentar las habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar; incrementar el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas, así como concienciarlos de la importancia sobre su papel como agentes de salud (...) Los programas deben estar orientados a dar respuesta a las necesidades e inquietudes de los padres, más que centrarse exclusivamente en la formación sobre drogas». El interés de la Administración hacia la intervención preventiva dirigida directamente a las familias es tal, que en las directrices estratégicas se establece que el año 2008 el 100 % de los programas de prevención escolar y comunitaria debían incluir acciones dirigidas específicamente a la familia.

### 8.1.1. Tipología de la prevención con familias

Los programas y en general las actuaciones preventivas dirigidas a la familia pueden presentar formatos y métodos muy diversos. Existen varias clasificaciones al respecto. Haciendo una síntesis, estas intervenciones pueden clasificarse atendiendo a diferentes criterios.

Por su *duración*, puede hablarse de intervenciones puntuales (por ejemplo, charlas y conferencias a cargo de especialistas) y de intervenciones de corta duración (por ejemplo, campañas semanales con motivo del día mundial contra el tabaco), que cuentan con un programa de actividades reducido, durante un período de tiempo concreto. Otros programas formativos tienen un carácter continuado (por ejemplo, escuelas de for-

mación de padres). En ellos se suele desarrollar un temario a lo largo del curso académico o durante varios meses.

Por sus *contenidos*, se distingue entre programas específicos sobre la prevención de drogadicencias, centrados en ofrecer a los padres información sobre las sustancias, sus efectos, factores de riesgo para el consumo, etc. Por su parte, los programas inespecíficos tienen como objetivo dotar a los padres de habilidades para la educación de los hijos, detectando y resolviendo problemas relacionados con la conducta infantil. En ellos se abarcan temas como la disciplina en la educación, la comunicación familiar, la psicología del adolescente, etc. La idoneidad de realizar acciones preventivas específicas o inespecíficas ha sido tratada con profundidad en otros lugares (García-Rodríguez, 1989). La recomendación al respecto consiste en desarrollar programas inespecíficos que incorporen ciertas actuaciones específicas.

Un tercer criterio es el *ámbito de aplicación* de los programas. Las campañas a gran escala en medios de comunicación utilizan mensajes en televisión, radio y otros medios de comunicación. Los lemas de estas campañas varían según la situación del problema en el momento. En ocasiones se dirigen directamente a los progenitores con frases del tipo «Habla con tu hijo...». A un nivel menor, la divulgación de folletos y material gráfico trata de promover la concienciación en los padres, sensibilizarlos y dar orientación. Las entidades que desarrollan estas campañas suelen ser asociaciones de padres, organismos regionales, o entidades locales. Frecuentemente tienen como objetivo informar y sensibilizar a ambos grupos de destinatarios. Pueden resultar muy útiles como material de apoyo en intervenciones de carácter más global. Los programas para grupos reducidos inciden de forma más directa en cada sujeto o familia, ya que se dedica un mayor tiempo en las sesiones a debatir inquietudes particulares de los asistentes y a practicar las habilidades necesarias.

Según las *características de los participantes*, existen programas dirigidos únicamente a las familias, cuyos destinatarios son los padres o la unidad familiar completa. El lugar donde se desarrolla puede ser el domicilio familiar, el centro educativo, o cualquier otro local de la comunidad. Otra opción son los programas escolares y/o comunitarios con módulos o sesiones destinadas a los padres. En muchos programas de ámbito escolar se incluyen actividades de refuerzo con los padres, por ejemplo, el programa «Órdago» (EDEX, 1996). En estos casos, la intervención con las familias tiene la función de complementar la intervención realizada en clase con los escolares.

### 8.1.2. Principios de la prevención con familias

Los padres desempeñan un importante papel en la formación de la personalidad y la adquisición de hábitos de los hijos, lo que ha quedado demostrado en numerosos estudios (Becoña, 2006; Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary, 1998; Méndez y Espada, 2002; Merikangas, Dierker y Fenton, 1998). Los meta-análisis sobre programas preventivos indican que los mayores tamaños del efecto corresponden a los programas en los que se interviene con el conjunto de la familia (Kumpfer, Alexander, McDonald y Olds, 1998).

La intervención con familias parte de los siguientes supuestos:

- Proporcionar a los padres y madres información sobre el desarrollo infanto-juvenil, les hará estar más capacitados para comprender las conductas de sus hijos, crear un clima afectivo en el hogar y resolver conflictos adecuadamente.
- Informar a los padres y madres mejorará su preparación para responder a preguntas de los hijos y para detectar situaciones de riesgo.
- Fomentar comportamientos saludables en los padres y madres posibilitará que ejerzan como modelos adecuados, reduciendo la probabilidad del consumo de drogas en los hijos.
- Entrenar a los padres y madres en habilidades de comunicación eficaz mejorará la relación con sus hijos, mejorando así la detección temprana de problemas y reduciendo la probabilidad de consumo de sustancias en los hijos.
- Enseñar a los padres y madres a resolver conflictos familiares hábilmente servirá para mejorar el clima familiar y reducir la probabilidad de consumo en los hijos.
- Potenciar en los padres y madres valores que fomenten la responsabilidad de sus hijos, la autonomía progresiva a la hora de enfrentarse a los problemas cotidianos, afrontar frustraciones y mantener hábitos saludables, reducirá los factores de riesgo de abuso de drogas.

Mientras que los dos primeros supuestos hacen referencia a aptitudes puramente informativas o cognitivas (lo que los padres deberían saber), los restantes tienen que ver con habilidades y comportamientos de los padres que pueden contribuir al desarrollo saludable de los hijos: la posibilidad de actuar como modelos de conducta saludable, mediante la abstinencia o el uso responsable de las drogas, la habilidad de comunicarse, de afrontar conflictos y transmitir valores y comportamientos positivos para la salud.

Un programa preventivo familiar debería incluir por tanto acciones que mejoren los conocimientos de los padres y madres acerca del problema, y también dotarles de la capacidad necesaria para reducir al máximo el riesgo de consumo de drogas en los hijos.

Por su parte, la agencia estadounidense encargada del estudio y tratamiento de las adicciones propone los siguientes principios de prevención para los programas que se dirigen al medio familiar (NIDA, 1997):

1. Procurar la participación de toda la unidad familiar en la aplicación del programa, en todas las etapas de su desarrollo.
2. Incidir en la formación de padres y madres sobre la conducta, con los objetivos de:
  - Reducir los problemas conductuales de sus hijos.
  - Mejorar la relación intergeneracional.
  - Establecer un modelo de convivencia respetuosa.
  - Controlar las actividades de sus hijas e hijos durante la adolescencia.
3. Incluir componentes educativos para padres con información específica sobre drogas.
4. Realizar programas dirigidos a padres y madres de estudiantes de todas las edades.
5. Facilitar el acceso de las familias en situación de riesgo a los servicios especializados de orientación y asesoramiento.

En el contexto español, Pinazo y Berjano (1994) resaltan las siguientes características que debe reunir un programa de prevención familiar:

1. Ofrecer una formación básica sobre las drogas, de forma que estén capacitados para actuar como auténticos agentes educativos en este tema.
2. Sensibilizar hacia la adopción de un compromiso para la prevención del consumo de drogas en sus hijos mediante el aprendizaje de ciertas pautas.
3. Fomentar la colaboración entre los padres en la realización de actividades de educación y prevención.

En términos operativos, las metas a alcanzar en la intervención familiar con padres son adquirir información sobre el problema y adquirir y/o mejorar las habilidades necesarias para prevenir su aparición o abordarlo a tiempo. Tal y como señalan Ary et al. (1998), la principal aportación

de la intervención familiar en la prevención del abuso de drogas es mejorar la capacidad de los padres para educar a sus hijos, lo que influye positivamente en su socialización, en mejorar conductas que reducen la aparición de diversos problemas, además del consumo de drogas, como el fracaso escolar, embarazos no deseados, conductas delictivas, o trastornos de conducta.

## **8.2. Contenidos y habilidades a desarrollar en los programas de prevención familiar**

### **8.2.1. Prevención y estilos educativos en la familia**

Aunque el interés por prepararse para la tarea de ser padres ha ido en aumento progresivo, abundando las escuelas de padres y las publicaciones de autoayuda, uno de los principales métodos de aprendizaje de los padres es el de dejarse guiar por el sentido común y mejorar mediante el sistema de ensayo y error. En ese proceso los padres pueden acertar en función de su habilidad y de las características de cada hijo (muchos padres comprueban que el mismo sistema que aplicaron exitosamente en la educación de un hijo no funcionó con su hermano).

Uno de los problemas que con mayor frecuencia consultan los padres de adolescentes es cómo establecer normas y mantener los límites con sus hijos. Lograr un equilibrio entre un clima cálido y comunicativo, y el cumplimiento de reglas es habitualmente complicado. Para ello los programas de intervención familiar incluyen generalmente educación para los padres sobre estilos educativos. El objetivo es que los padres sean capaces de mantener una posición de autoridad democrática. Se repasa con ellos los diferentes estilos educativos (permisivo, democrático, autoritario), analizando los pros y contras de cada uno de ellos y evaluando desde esta perspectiva sus propias conductas como educadores (véase el cuadro 8.1).

Otros temas relacionados que suelen incluirse entre los contenidos informativos de los programas para padres son:

- Diferencias entre estilo educativo autoritario, permisivo y democrático.
- Pautas para el establecimiento de normas y límites.
- Problemas para mantener las normas.
- Utilización de la negociación en los conflictos con los hijos.

Esta fase puede desarrollarse mediante exposiciones didácticas, actividades de discusión o análisis de casos. Una actividad consiste en discriminar en situaciones familiares el estilo predominante.

Caso 1:

Domingo por la tarde en la sala de estar. Carlos, de 13 años sentado frente al televisor.

- Mamá: Carlos, ¿has hecho ya los deberes para mañana?
- Carlos: Casi...
- Mamá: (gritando) ¿Cómo que «casi»? ¿Eso es que no los has hecho? ¡Mira que te tengo dicho que no los dejes para el último momento! ¡Tira para tu habitación y que no te vea yo levantarte de tu mesa hasta que no los tengas acabados!

A partir de situaciones como ésta y otras similares se dialoga con los padres sobre cómo establecer unas pautas estables en casa, establecer normas de comportamiento en sus hijos, instaurar hábitos de forma adecuada y cómo actuar ante conductas indeseadas. Se resaltan los beneficios del estilo democrático en cuanto al mantenimiento de un clima agradable en casa, el razonamiento de las normas en lugar de la mera imposición, la constancia en la aplicación de reglas, etc.

		ESTILOS EDUCATIVOS		
		Permisivo	Democrático	Autoritario
DIMENSIONES	Disciplina	<b>Deficitaria</b> Normas de conducta: escasas y variables Actitud disciplinaria: blandura Tendencia emocional de los padres: ansiedad	<b>Adecuada</b> Normas de conducta: suficientes y razonables Actitud disciplinaria: firmeza Tendencia emocional de los padres: autocontrol	<b>Excesiva</b> Normas de conducta: numerosas y arbitrarias Actitud disciplinaria: intransigencia Tendencia emocional de los padres: ira
	Afecto	<b>Excesivo</b> sobrepotección, indulgencia	<b>Adecuado</b> comprensión, apoyo	<b>Deficitario</b> hostilidad, rechazo
	Comunicación	<b>Excesiva</b> irregular, inconsistente	<b>Adecuada</b> recíproca, participativa	<b>Deficitaria</b> unilateral, problemática

**Cuadro 8.1.** Estilos educativos (Méndez, 1998).

### 8.2.2. Psicología del adolescente

Este tema está presente en la mayoría de programas para padres porque se considera que frecuentemente el origen de los problemas en la relación padres-hijos se debe al desconocimiento por parte de los padres sobre lo que es «normal» en cada etapa evolutiva. Se pretende por tanto que los padres conozcan mejor el desarrollo y el comportamiento de sus hijos e hijas a cada edad. El supuesto de partida es que una mejor comprensión de las conductas del adolescente facilitará que la actuación de los padres sea la más adecuada en cada momento, mejorando a la par las relaciones familiares.

Algunos de los contenidos más indicados para desarrollar en este apartado son:

- a) Características generales de la adolescencia: desarrollo físico-biológico del adolescente.
- b) La transición a la adultez, características sexuales secundarias, creencias, actitudes y valores del adolescente, etc.
- c) Desarrollo cognitivo del adolescente, se revisa el grado de maduración intelectual de los adolescentes, las capacidades intelectuales, etc.
- d) Desarrollo afectivo, se analiza la importancia del autoconcepto y la autoestima del adolescente, así como sus cambios en el estado de ánimo.
- e) Desarrollo social: se revisa la formación de la identidad social, la relación con los compañeros, la necesidad de aceptación, etc.

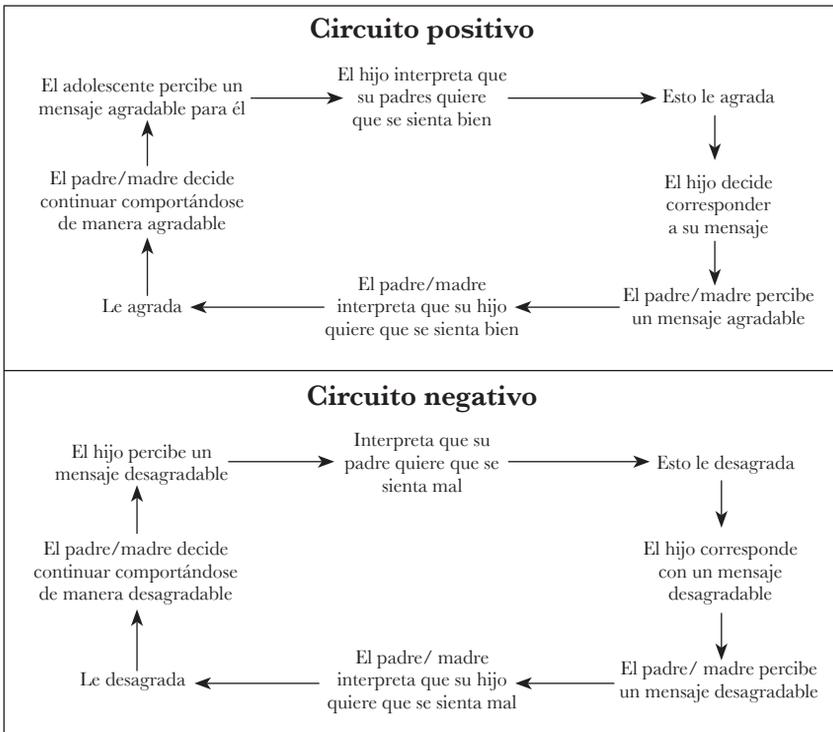
### 8.2.3. La comunicación en la familia

Existe suficiente evidencia de la influencia del clima y la comunicación familiar como factores de protección frente al abuso de drogas. Las investigaciones realizadas en esta línea coinciden en afirmar que las relaciones familiares positivas, fruto de unas pautas de comunicación adecuadas, correlacionan con una menor probabilidad de presentar problemas de conducta en general y consumo de sustancias en particular (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009). Así, la comprensión por parte de los padres de las bases de la comunicación humana, sus componentes y obstáculos más comunes y las formas más adecuadas de comunicación, aumenta su disposición a mejorar sus habilidades y por tanto la calidad de la relación con sus hijos. Los

contenidos a tratar en las sesiones formativas con padres abarcan entre otros:

- Naturaleza, elementos y etapas de la comunicación interpersonal.
- Tipos de comunicación humana: verbal, no verbal.
- El mejor clima para la comunicación.
- Situaciones y elementos que dificultan la comunicación.
- Características del «buen emisor».
- Características del «buen receptor».

Un objetivo importante consiste en sensibilizar a los padres del papel de la comunicación en la dinámica familiar y su potencial para que la relación resulte positiva o, por el contrario, se creen tensiones que pueden establecer barreras ante sus hijos. A tal fin, puede exponerse el modelo de comunicación de Liberman et al. (1987) (Figura 8.1). Con frecuen-



**Figura 8.1.** Circuito positivo y negativo de la comunicación (adaptado de Liberman et al., 1987).

cia, los padres participantes en programas preventivos se sorprenden al comprobar que la forma concreta de expresarse y de escuchar a sus hijos incluye tantos matices, y cómo mejorándolos y volviendo la comunicación positiva, pueden cambiar sustancialmente las relaciones familiares.

### *Dialogar sobre las drogas en la familia*

Por lo que respecta a la comunicación familiar sobre las drogas, se requiere un nivel adecuado de información por parte de los padres a fin de que sus creencias y actitudes sobre el tema estén basadas en datos objetivos. De igual modo, han de estar capacitados para tratar el tema con sus hijos y ser capaces de atender a las dudas que éstos les planteen. Es también importante para los padres conocer los factores que pueden aumentar la probabilidad de consumo, en especial los relacionados con el contexto familiar. Alguno de los contenidos básicos sobre este tema que pueden incluirse en la formación de padres son:

- Información general sobre las drogas, tipos de sustancias, drogas institucionalizadas, características y origen de las sustancias.
- Efectos nocivos del consumo a corto y largo plazo.
- Factores individuales de riesgo: personalidad, autoestima, autocontrol, déficit en habilidades sociales, déficit para el afrontamiento y solución de problemas.
- Factores sociales de riesgo: disponibilidad del producto, influencia de la publicidad, influencia del grupo de iguales.
- Factores familiares de riesgo: papel del modelado y del clima familiar.

### *Mejorar las habilidades de comunicación en la familia*

Cuando se incluye este apartado en los programas preventivos para padres, los objetivos que se persiguen son mejorar la capacidad de los padres y madres para comunicarse con sus hijos, tanto como emisores como receptores, favoreciendo el acercamiento mutuo. Se pretende también capacitar a los padres y madres para que ejerzan como modelos adecuados de comunicación ante sus hijos.

En una primera fase es conveniente evaluar la adecuación de las conductas de comunicación que poseen los padres. Entre los métodos a emplear destacan los autoinformes (véase el cuadro 8.2). Otra posible

técnica de evaluación consiste en la observación de situaciones artificiales mediante dramatizaciones realizadas en la propia sesión. En función de los déficits detectados en los participantes, puede establecerse un plan de trabajo basado en el *entrenamiento en habilidades de comunicación*. Espada y Méndez (2002) sugieren algunas las estrategias que pueden estar incluidas en este entrenamiento:

- Resolución de casos prácticos: mediante ejercicios de lápiz y papel, se facilita que los padres identifiquen conductas inadecuadas desde el punto de vista de una comunicación eficaz, y se proponen formas alternativas para comunicarse adecuadamente. Las situaciones prácticas pueden referirse a momentos familiares habituales (p.ej., dialogar con los hijos sobre el colegio, pedirle a un adolescente que ordene su habitación, etc.), y otros relacionados directamente con las drogas (p.ej., un chico llega a casa tarde y ebrio).
- Modelado: los terapeutas o monitores del programa pueden actuar como modelos, de manera informal (durante todo el desarrollo de las sesiones) o formal (representando situaciones donde se practica la comunicación eficaz). Si las sesiones se realizan en grupo, los componentes pueden actuar mutuamente como modelos, al observar comportamientos adecuados e inadecuados por parte de los otros miembros del grupo.
- Role playing: es un método muy empleado para la adquisición y mejora de nuevas habilidades. Consiste en la representación de papeles, simulando situaciones en las que se pongan a prueba el repertorio de conductas comunicativas por parte de los padres.
- Entrenamiento en imaginación: se pide a los padres que imaginen una situación en la que interactúan con su hijo. Pueden incluirse situaciones «fáciles» y conflictivas. Durante el ejercicio, imaginan expresando tranquilamente su punto de vista, permaneciendo calmados y aplicando lo aprendido en la fase educativa.
- Tareas para casa: entre sesión y sesión, es frecuente solicitar a los participantes que pongan en práctica lo aprendido ese día. Las tareas pueden ir aumentando su grado de dificultad progresivamente. De esta forma se consigue afianzar el aprendizaje llevado a cabo en las reuniones, y generalizar las habilidades comunicativas en contextos reales. Otra utilidad de las tareas para casa es que permiten contrastar en la siguiente reunión las dificultades con las que se han encontrado los padres a la hora de comunicarse con sus hijos, y evaluar las mejoras conseguidas en ese área.

*A continuación, encontrará una serie de frases que quizá describan cómo es su comunicación cuando se relaciona con los demás. Tras leer cada frase, púntiela según sea la frecuencia con la que ocurre el comportamiento descrito, siguiendo la siguiente escala:*

*1: Casi siempre / 2: Bastantes veces / 3: A veces / 4: Casi nunca*

*No hay respuestas correctas o incorrectas, no se trata de un examen. Puede ser totalmente sincero.*

	Casi nunca	A veces	Bastante	Casi siempre
1. Habla demasiado	4	3	2	1
2. Cuando usted habla, no deja que nadie le interrumpa	4	3	2	1
3. Habla con rodeos	4	3	2	1
4. Nunca inicia las conversaciones	4	3	2	1
5. Hace referencias al pasado, saca los «trapos sucios»	4	3	2	1
6. Omite alabanzas o cosas agradables en sus comentarios	4	3	2	1
7. Realiza afirmaciones radicales de tipo «blanco o negro»	4	3	2	1
8. Solo habla de cosas sin interés	4	3	2	1
9. Solo habla de cosas embarazosas	4	3	2	1
10. Utiliza palabras complicadas, difíciles o raras	4	3	2	1
11. Pregunta como en un interrogatorio	4	3	2	1
12. Cuando no controla una discusión la abandona o la corta bruscamente	4	3	2	1
13. Sus órdenes son ambiguas e imprecisas	4	3	2	1
14. No negocia nada	4	3	2	1
15. Sus críticas son mordaces y descalificadoras	4	3	2	1
16. Nunca hace suficientes preguntas	4	3	2	1
17. Hace callar a los demás con críticas, reproches o insultos	4	3	2	1
18. Repite información ya dada o conocida	4	3	2	1
19. No da señales de escucha	4	3	2	1
20. Habla en tono de mando	4	3	2	1
21. No hace gestos al hablar	4	3	2	1
22. No mira al otro cuando habla	4	3	2	1
23. Se mantiene distante y reservado	4	3	2	1
24. No le gusta comentar las cosas cotidianas	4	3	2	1
25. Le cuesta discutir los problemas	4	3	2	1
26. Le cuesta expresar sus sentimientos	4	3	2	1
27. No comenta sus preocupaciones	4	3	2	1
28. No escucha con atención	4	3	2	1
29. No se interesa por lo que le dicen	4	3	2	1
30. No tiene en cuenta las opiniones de los demás	4	3	2	1
31. Cuando discute, no llega a un acuerdo	4	3	2	1
32. Cree que no es del todo sincero	4	3	2	1
33. Cree que su comunicación no es buena	4	3	2	1
34. Está tenso cuando habla	4	3	2	1
35. En las negociaciones, no cede	4	3	2	1
36. Nunca reconoce su parte de responsabilidad	4	3	2	1
37. Supone lo que el otro quiere decirle o siente	4	3	2	1
38. Se centra en el problema y no busca soluciones	4	3	2	1

**Cuadro 8.2.** Autoevaluación de la comunicación familiar (Adaptado de Vallés, 1997).

### 8.2.4. Entrenamiento en habilidades sociales en la familia

El entrenamiento en habilidades sociales es uno de los elementos centrales de la intervención comportamental educativa por varias razones. En primer lugar, existe relación entre la competencia social infantil y el posterior desarrollo psicológico y social (Macià, 2000). En segundo lugar, los educadores coinciden en la importancia de las habilidades de relación interpersonal de cara a tener una buena adaptación a la vida cotidiana.

En prevención de drogodependencias, además de la práctica de habilidades sociales generales, se ha otorgado especial importancia a un tipo concreto de habilidad social denominado *asertividad*. Este término se utiliza de forma genérica para referirse a la conducta socialmente hábil, pero también como una habilidad específica: la defensa de derechos personales, incluyendo el derecho a decir «no». La mejora de esta habilidad puede tener como destinatarios tanto a los adolescentes como a sus padres. El entrenamiento dirigido a los padres se justifica por varios motivos. Por un lado, los progenitores han de enfrentarse a situaciones con sus hijos en que la asertividad les será útil, especialmente durante la adolescencia. Por otra parte, un padre o una madre asertivos actúan como modelos de comportamiento que ayudarán a que el hijo aprenda a decir «no» de manera habilidosa.

Los objetivos del entrenamiento en habilidades sociales en la formación de padres son, en primer lugar, sensibilizar a los padres y madres sobre el papel de la autoafirmación en la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables de los hijos. Es también necesario aprender a identificar los obstáculos al comportamiento asertivo, principalmente la presión de la otra parte, el deseo de «quedar bien», en ocasiones la falta de argumentos para negarse salvo la propia voluntad o la dificultad para expresar la negación. Al tratarse de una habilidad que se puede adquirir y mejorar, otro objetivo consiste en que los progenitores aprendan a ser «padres asertivos» en distintas situaciones de la vida y en especial en la educación de los hijos.

El procedimiento indicado para lograr estas metas es el entrenamiento asertivo. Este procedimiento se desarrolla en las siguientes fases<sup>1</sup>:

1. Presentación de la técnica: la habilidad para ser asertivo es algo que se aprende mediante la experiencia continuada. Aunque existan

---

<sup>1</sup> Un desarrollo más pormenorizado del procedimiento puede encontrarse en obras monográficas como la de Caballo (1993).

- dificultades para defender la opinión personal ante la presión de otros, todas las habilidades sociales pueden mejorarse a través de la práctica.
2. Evaluación de las habilidades asertivas por parte de los padres: mediante la observación directa, la autoobservación durante un periodo de tiempo, o la medición mediante inventarios o cuestionarios.
  3. Fase educativa:
    - Explicación de los estilos de conducta social: pasivo, asertivo y agresivo.
    - Criterios para considerar una conducta social como adecuada o hábil.
    - Reconocimiento de los derechos personales.
    - Obstáculos para decir que «no» de forma adecuada.
  4. Fase de entrenamiento en habilidades: Práctica de habilidades asertivas.
    - Selección de una habilidad específica a entrenar.
    - Modelado por parte del monitor.
    - Escenificación de una situación relacionada con la habilidad.
    - Reforzamiento positivo a los participantes destacando los aspectos positivos de la ejecución.
    - Retroalimentación por parte del monitor y resto del grupo señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo de participantes. Se debe atender a los aspectos verbales, paraverbales y no verbales de la interacción social.
    - Repetición de la escenificación.

### **8.2.5. Educar en la autonomía y la autoestima**

Entre los factores de protección del consumo de drogas se incluye que los adolescentes tengan un apropiado nivel de autoestima. Aunque eso es el resultado de un largo proceso, el estilo educativo paterno y el tipo de relación contribuye en parte a la formación del autoconcepto del niño y a la aceptación de sí mismo. Su inclusión en muchos programas preventivos para padres se basa también en la hipótesis de que la autoestima elevada capacita al joven para la toma de decisiones, fomenta su responsabilidad y le ayuda a resistir la presión de grupo.

En la formación de padres pueden incluirse acciones que contribuyan a sensibilizar sobre el papel que juega la familia como entorno en el que

el niño construye su autoconcepto. Es importante también que los progenitores conozcan los mecanismos por los que la personalidad, actitudes y comportamientos de los padres modulan la evaluación que los niños hacen sobre sí mismos. En los casos en que sea necesario, es conveniente que un padre o madre sepa detectar a tiempo cuándo un hijo tiene baja autoestima. Si se diera ese caso, se pretende a través de los programas que los padres adquieran estrategias para mejorar la autoestima de los hijos por medio de la interacción cotidiana con ellos.

Los contenidos básicos referentes a la autoestima son los siguientes (Espada y Méndez, 2002):

- Cómo se forma el autoconcepto y la autoestima.
- Relación entre autoestima y conductas de riesgo.
- Influencia de los padres en el autoconcepto y la autoestima.
- Cómo potenciar la autoestima de los hijos.
  - Educar a los hijos en la responsabilidad y la autonomía.
  - Enseñar a los hijos la aceptación de la crítica y los fracasos.
  - Realizar las críticas de forma constructiva.
  - Elogiar y alabar a los hijos ante los pequeños logros.

Se cuenta con publicaciones monográficas en castellano que tratan ampliamente el tema de la autoestima, como la de McKay y Fanning (1991) o Quiles y Espada (2004) que ofrecen documentación específica y actividades prácticas para realizar en la escuela y en familia.

### **8.2.6. Negociación y resolución de conflictos en la familia**

Otro importante factor de riesgo del consumo está relacionado con la capacidad de resolver problemas y conflictos. Por lo que respecta específicamente a los padres, gestionar y solucionar adecuadamente los conflictos cotidianos contribuye a mejorar el clima familiar y la relación paterno-filial. Por lo que atañe al propio adolescente, el déficit en la habilidad de resolución de conflictos es un importante predictor incluido por los modelos teóricos del consumo de drogas (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003). Por esa razón, el aprendizaje tanto de los padres como de los hijos de la habilidad de afrontar problemas eficazmente contribuye de forma potencial a preservar la salud y el bienestar.

La intervención con los padres y madres persigue sensibilizar sobre el papel de los conflictos familiares en las conductas de los hijos. Se pretende

que conozcan la importancia de la toma de decisiones para la prevención de comportamientos de riesgo por parte de los adolescentes. A su vez, se busca capacitar a los padres para afrontar eficazmente los problemas surgidos en el ambiente familiar y para que enseñen a sus hijos métodos adecuados para enfrentarse a los problemas diarios.

Uno de los procedimientos más utilizados para el entrenamiento en resolución de problemas es la técnica clásica de D'Zurilla y Goldfried (1971). El método a seguir consta de los pasos siguientes:

1. Orientación hacia el problema.
  - Percepción del problema.
  - Valoración de las causas.
2. Definición y formulación del problema.
  - Recopilación de información relevante para el problema.
  - Comprensión del conflicto.
  - Establecimiento de metas realistas respecto al problema.
  - Re-valoración del problema.
3. Búsqueda del mayor número de alternativas como posible solución al problema.
  - Principio de cantidad antes que calidad.
  - Principio de dilación del juicio: no valorar aún las consecuencias.
  - Principio de variedad.
4. Valoración de cada solución posible, atendiendo a las consecuencias de la puesta en práctica de esa alternativa, tanto positivas como negativas, a corto y largo plazo.
5. Toma de decisiones.
6. Puesta en práctica de la medida elegida.
7. Evaluación de la puesta en práctica.
  - Autoevaluación
  - Autorrefuerzo si los resultados son satisfactorios, o nuevo proceso si la medida no ha solucionado el problema.

Este podría ser el ejemplo del proceso de resolución de problemas realizado por los padres de un adolescente de 16 años:

### ***1. Descripción del problema***

*Nuestro hijo Daniel, de 16 años, sale con los amigos por la noche cada vez con más frecuencia. Hasta ahora solía regresar a casa a la hora acordada, pero desde hace dos semanas ha empezado a retrasarse. La última fue el sábado pasado, que llegó a las 5 de la mañana. Estuvimos a punto de llamar al hospital por si le había pasado algo grave. Daniel suele ser un chico responsable, buen estudiante, que respetaba las normas*

*de casa, pero últimamente nos preocupa su comportamiento. Insiste en que todos sus amigos regresan a su casa a esa hora, y que si se lo está pasando bien no sabe por qué debe regresar «tan pronto».*

## **2. Definición operativa del problema**

*Cuando Daniel sale con sus amigos llega a casa más tarde de la hora establecida.*

## **3. Alternativas posibles**

- *Confiar en él: como es responsable, sabrá lo que hace. Ampliar la hora de retirada.*
- *Castigarle a no salir durante un tiempo por haber llegado tarde.*
- *Hablar con los padres de sus amigos para ponernos de acuerdo sobre la hora de llegada.*
- *Tratar de conocer mejor a los amigos de Daniel.*
- *Hablar con Daniel para convencerle de que su hora de retirada es muy razonable.*
- *Establecer con él las consecuencias de nuevos retrasos: no disponer de su «moto», perder su paga, etc.*
- *Seguirle cuando sale para ver lo que hace o pedir a su hermano que lo controle desde cierta distancia.*

## **4. Valoración de las alternativas**

	<b>Consecuencias positivas</b>	<b>Consecuencias negativas</b>
1	Daniel comprobará que sus padres le consideran responsable, y eso le hará madurar.	Existe riesgo de que Daniel no se comporte responsablemente, y sus salidas nocturnas sean peligrosas, por ejemplo, conduciendo su moto bebido.
2	Aprendería la lección de que debe respetar las normas, por ejemplo, su hora de llegada.	Se enfadaría porque los padres de sus amigos les permiten llegar tarde y no les castigan.
3	Comprobar la hora real de llegada de sus amigos, y la actitud de los demás padres. Llegar a un acuerdo con ellos sobre la hora de retirada, y las pautas a seguir con los chicos.	Ninguna
4	Observar si los amigos de Daniel pueden ser una mala influencia para él.	Quizá Daniel se moleste por sentirse «controlado» por sus padres.
5	Sería una solución pacífica, y nos dejaría muy tranquilos por saber que no va a estar por ahí tanto tiempo.	Que se comprometa de palabra, y luego no lo cumpla.

	Consecuencias positivas	Consecuencias negativas
6	Daniel aprendería que su comportamiento le puede proporcionar consecuencias más o menos agradables para él.	Ninguna
7	Comprobar realmente si hace algo malo.	Asumir un papel de «padre-policía» que no nos gusta. No podríamos seguirle las 24 horas del día. Daniel se enfadaría en caso de enterarse.

### 5. Elección de la mejor alternativa:

*Las soluciones que hemos valorado mejor son la 2, la 3, y la 6. Por tratarse de la primera vez que Daniel llega tarde, vamos a descartar la opción 2 (castigarlo a no salir durante un tiempo), ya que la opción 6 (establecer con él las consecuencias por futuros retrasos) cumpliría la misma función que la 2. Creemos que, teniendo en cuenta su edad, no debemos prorrogar su hora de llegada, de modo que estableceremos con él la pérdida de derechos (no usar la moto, perder parte de su paga semanal) si se repiten los retrasos. Al mismo tiempo, buscaremos la oportunidad para tratar este tema con los padres de sus amigos cercanos, para ponernos de acuerdo, y que no «nos mareen» poniendo como excusa que a sus amigos sí les dejan.*

### 8.3. Programas de prevención familiar

Durante los últimos años han sido numerosas las experiencias en nuestro país y fuera de él sobre prevención familiar. En este apartado describimos, de forma ilustrativa, algunos de los programas más representativos<sup>2</sup>.

#### Programa de fortalecimiento de la familia (Kumpfer, Molraard y Spoth, 1996)

Se trata de un programa dirigido a familias cuyos padres han tenido problemas de abuso de sustancias. Incluye tres componentes: a)

<sup>2</sup> Una revisión más exhaustiva de los programas y otros aspectos relacionados con la intervención familiar en la prevención del consumo de drogas puede consultarse en la monografía de Fernández-Hermida y Secades (2002).

Programa de formación para padres y madres, que persigue mejorar las habilidades en la educación de los hijos; b) Formación para niños y niñas: tiene como objetivo mejorar la socialización de los hijos, y c) Formación para familias: su meta es mejorar la calidad de las relaciones familiares.

La intervención cuenta con 14 sesiones semanales de dos horas de duración. En la primera parte los progenitores y los hijos trabajan por separado. En la segunda hora la sesión es conjunta, terminando con alguna actividad lúdica como compartir una cena o película.

El *Programa de Fortalecimiento de la Familia de Iowa* (Iowa Strengthening Families Program, ISFP), una revisión del programa *Fortalecimiento de la Familia*, tiene una duración de siete semanas, con una sesión semanal de dos horas de duración. Cada una de las sesiones se divide en dos partes: durante la primera hora, padres y adolescentes se reúnen por separado, desarrollando lo que los autores denominan un «currículum de adquisición de habilidades». En la segunda hora de reunión, se reúnen los dos grupos y practican las habilidades aprendidas en la primera parte. El contenido de las sesiones para padres incluye estrategias de clarificación de expectativas basadas en el desarrollo infantil, aprendizaje del uso apropiado de la disciplina, manejo de emociones relacionadas con sus hijos, y comunicación eficaz con los hijos.

En las sesiones para los hijos se tratan los mismos temas que en las de los padres, junto al aprendizaje de estrategias para afrontar la presión social y otra serie de habilidades sociales. La parte conjunta de la sesión se dedica a que padres e hijos practiquen la resolución de conflictos y las habilidades de comunicación.

Los estudios de evaluación sobre el programa muestran su eficacia al compararse con un grupo control, manteniéndose los resultados a los 12 y 24 meses de la finalización (Spath, Redmond y Lepper, 1999). No solo se redujeron las tasas de consumo, sino que mejoraron los factores de protección. Se observó en los padres una mejora en las habilidades educativas. Existen evidencias de que el programa ayuda a mejorar las relaciones familiares, disminuye los conflictos familiares, los problemas de conducta infantil, la agresividad y el abuso de sustancias.

Este programa cuenta con una versión española de este programa, denominada «Familias que funcionan», una adaptación realizada por el Grupo de conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo (Errasti, Al-Halabí, Secades, Fernández-Hermida, Carballo y García Rodríguez (2009).

### **Programa Relaciones padres-hijos (Loveland-Cherry, Ross y Kaufman, 1999)**

Este programa se dirige a disminuir el consumo de alcohol en adolescentes. Para ello persigue potenciar los factores familiares de protección (por ejemplo, el apoyo familiar, el establecimiento de normas claras, el seguimiento paterno de los hijos, etc.) y reducir las prácticas que aumentan los riesgos de consumo de alcohol (disciplina inconsistente o permisiva, uso de alcohol por parte de los padres, etc.). Los autores del programa parten de la premisa de que proporcionando a los adolescentes un ambiente con normas de comportamiento claras, donde se ofrezca apoyo y los padres estén implicados en la vida de sus hijos, disminuye la probabilidad de que los adolescentes consuman y/o abusen del alcohol.

La intervención se realiza en tres sesiones de una hora, que tienen lugar en las casas de los participantes. Las reuniones se apoyan en material escrito que se entrega a los padres. A la finalización del programa se hace un seguimiento telefónico de las familias. Entre los contenidos de las sesiones se incluye el entrenamiento de habilidades educativas, la dinámica familiar, los factores de riesgo para el consumo de alcohol, los cambios propios del desarrollo adolescente, etc.

Los resultados de la evaluación del programa indican que es eficaz para reducir el uso y el abuso de alcohol en los participantes que no tomaban alcohol antes del programa. Sin embargo, no lograba mejoras en aquellos que ya consumían.

### **Programa Centrado en las familias (Bry et al., 1998)**

Es un programa dirigido a familias con alto riesgo por existir antecedentes de consumo de drogas. La intervención persigue dos objetivos: el primero consiste en facilitar la abstinencia de los padres y el segundo en dotarles de conocimientos y estrategias para mejorar la educación de sus hijos. Se organiza en 32 sesiones formativas de hora y media de duración, y una sesión intensiva de convivencia familiar. Los hijos asisten a doce de estas sesiones. En estas sesiones se abordan los siguientes contenidos:

1. Comunicación familiar
2. Establecimiento de objetivos familiares
3. Actitudes positivas hacia el futuro
4. Resolución de problemas (dirigido a los niños/as).

5. Habilidades para rechazar ofrecimientos de droga (dirigido a niños/as)
6. Formas de mejorar el rendimiento escolar.

Los estudios de valoración del programa muestran que reduce el consumo de drogas en los padres y sus habilidades parentales. Sin embargo, no se tiene evidencia de los efectos del programa en el consumo de los hijos.

### **Proyecto Northland (Williams, Perry, Farbakshsh y Veblen-Mortenson, 1999)**

Este proyecto fue desarrollado por el Instituto Nacional para el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo de los Estados Unidos. Incluye dos estrategias generales en la prevención del abuso de sustancias: la reducción de la demanda y el control de la oferta. Por un lado, pretende enseñar habilidades de resistencia para evitar el consumo de alcohol y otras drogas. Por otro lado, se persigue reducir la accesibilidad al alcohol en el entorno del adolescente, controlando su presencia en el hogar y otros ambientes que frecuenten los jóvenes. Es un programa diseñado para realizarse durante varios años. Entre las principales actividades que incluye destacan las siguientes:

- *Liderazgo entre iguales*: los alumnos elegidos por sus compañeros reciben formación para conducir las sesiones de grupo. A continuación, se encargan de realizar en el centro las actividades «libres de alcohol».
- *Currículo conductual*: en cada curso se realiza entrenamiento a profesores sobre temas de salud pública e inicio temprano a la bebida. Posteriormente se realizan sesiones en clase. Por ejemplo, en 7º se desarrollan 8 sesiones semanales de 45 minutos, dirigidas por los profesores y por otros chicos que ejercen de monitores. En estas sesiones se practican habilidades para identificar y resistir las influencias que incitan al uso de alcohol y se ofrecen alternativas a su consumo. La metodología se basa en grabaciones de audio, cómics, discusión de grupo, juegos, práctica de solución de problemas y role playing.
- *Cambios en la comunidad*: se desarrollan campañas de concienciación en medios de comunicación locales, de forma simultánea a la intervención escolar y familiar.

Algunas de las actividades se realizan mediante libros de cómics, que abordan temas como los problemas de salud por el consumo de alcohol,

el papel de los padres y de la publicidad en el modelado de conductas de beber, formas para afrontar la presión del grupo, etc. Durante los tres años que dura el programa, los padres reciben periódicamente cartas e informes, participan en fiestas y juegos con sus hijos, y actúan como educadores en los grupos de los alumnos participantes.

Las evaluaciones del programa han mostrado los estudiantes que participaron en los tres primeros años presentaban un menor consumo de alcohol respecto al grupo control. Se observaron mayores efectos del programa en los sujetos que previamente no eran bebedores. Entre los resultados alcanzados, además de la reducción de nuevos casos de bebedores, destaca que disminuyen los factores de riesgo del consumo, y mejoran otras variables familiares y personales relacionadas con otros problemas de conducta.

### **Programa de New Hampshire (Stevens, Freeman, Mott y Youells, 1996)**

El programa consiste en un curso durante el cual se entrena a los padres en habilidades de comunicación familiar. En este estudio se comparan los resultados de un programa escolar con un programa a nivel comunitario en el que tenía especial importancia la formación de padres. Los resultados obtenidos destacan el papel de la intervención familiar: a los tres años de seguimiento. El programa basado en un currículo escolar no lograba disminuir las tasas de inicio al consumo de marihuana ni de su uso habitual. Sin embargo, el programa con padres, a pesar de que no conseguía prevenir por completo el inicio del consumo, sí lograba prevenir el uso regular de marihuana. Los autores explican este resultado por la importancia del rol de los padres y otros adultos como modelos para el consumo de marihuana y otras drogas por parte de los niños, tanto por sus comportamientos, como por sus creencias y actitudes hacia las drogas.

### **Programa Beginning Alcohol and Addictions Basic Education Studies (BABES)**

Este programa está dirigido a niños de edades comprendidas entre los cuatro y ocho años. Mediante el uso de marionetas, se presentan a los niños conceptos relacionados con la autoimagen, la toma de decisiones, la presión del grupo, la búsqueda de ayuda y la solución de conflictos. En

las diversas sesiones se intercalan contenidos relacionados con el alcohol, el tabaco y las demás drogas. El programa se divide en tres componentes: lecciones en el aula, actividades nocturnas y actividades en casa para padres e hijos. Cada una de las siete sesiones sigue el mismo esquema:

- Presentación de contenidos.
- Narración de una historia con marionetas.
- Role playing.
- Actividades de seguimiento.

Padres e hijos acuden juntos a las sesiones del programa y atienden las indicaciones del monitor, que trata la información mediante una historia narrada con las marionetas. Posteriormente son los niños los encargados de contar nuevamente la historia. Las sesiones familiares se apoyan en una guía elaborada a tal fin (BABES FUNbook), con actividades que refuerzan los conceptos tratados y la interacción positiva entre padres e hijos.

Las variables dependientes fueron el nivel de consumo de drogas de los padres evaluado mediante la Encuesta Nacional de consumo de drogas, el nivel de autoestima de los padres, medido a través de la escala de Rosenberg, la sintomatología depresiva evaluada mediante la Escala de Depresión de los Centros de Estudios Epidemiológicos de EEUU, el nivel de estrés de las madres evaluado con el Índice de Estresores Diarios, la calidad de las relaciones familiares, medido con el Cuestionario de Funcionamiento Familiar, y las habilidades educativas de los padres, registrado mediante la Escala de Prácticas de Manejo Familiar.

A la hora de evaluar el programa se tuvo en cuenta el nivel de implicación de los padres. A pesar de lo atrayente del diseño, los resultados de la evaluación no han sido muy esperanzadores. Aunque se observaron mejorías en el *postest*, los cambios no resultaron estadísticamente significativos. A pesar de ello, los datos cualitativos indicaban efectos positivos del programa sobre el grupo experimental: había ayudado a los padres a comprender mejor los sentimientos de sus hijos y a comunicarse más con ellos.

### **Proyecto STAR (Pentz, 1995)**

Este programa consta de cinco componentes. El primero consiste en una intervención escolar basada en el modelo de la influencia social, con una duración de dos años. El segundo módulo se basa en los medios de comunicación, con el fin de promocionar y reforzar los mensajes del

programa. La parte del programa para padres y madres persigue que éstos adquieran y mejoren habilidades de comunicación en la familia y participen activamente en las actividades organizadas en su comunidad. Los otros dos componentes del programa se centran en la coordinación y gestión de iniciativas locales y en proponer cambios en la política sanitaria. Según informan sus responsables, estas actuaciones han mostrado efectos positivos, con una reducción 30 % en el consumo de marihuana, un 25 % en el consumo de tabaco y un 20 % en el consumo alcohol.

### **Programa Transición Adolescente (Dishion et al., 1998)**

Originalmente se trataba de un programa de prevención escolar, si bien otorga un papel muy relevante a la intervención con los padres. Incluye por ello un «aula de recursos familiares», en la que se repasan algunos aspectos básicos de la educación de los hijos como el empleo de reforzadores positivos, el establecimiento de límites y normas, habilidades para la relación familiar y la detección de indicadores de riesgo. En el programa se emplea una videocinta titulada «El papel de los padres con hijos adolescentes». Otra parte del programa se centra en las familias con riesgo de consumo o con problemas de conducta. Cuando se considera necesaria, se proporciona terapia familiar a los participantes.

### **Programa de visitas de enfermería a domicilio (Olds et al., 1986)**

Este programa se basa en las estrategias de *prevención universal*, es decir está dirigido a todas las familias sin diferenciar niveles de riesgo ni características particulares. Está seleccionado, junto con otros programas de eficacia probada, por la Oficina para la Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia de los Estados Unidos, por su validez de cara a mejorar el desarrollo saludable durante la infancia más temprana. Entre sus objetivos destaca prevenir que durante el embarazo la madre se exponga a tabaco, alcohol y otras drogas, evitando consecuencias en el desarrollo fetal. También persigue mejorar la nutrición infantil, prevenir los accidentes domésticos y el estrés de la madre. La intervención es desarrollada por enfermeras que realizan visitas quincenales a domicilio. En otros casos las visitas eran realizadas por paraprofesionales, con el fin de analizar la influencia del tipo de agente de salud.

La intervención consiguió los siguientes resultados:

1. Se redujeron las conductas de cuidado materno inadecuadas, que se observó por el descenso de casos de maltrato infantil y de las consultas al médico por lesiones de los niños o ingestiones indebidas.
2. Se logró una mayor implicación de las madres en la educación de sus hijos, observándose un aumento en la consistencia a la hora de mantener pautas educativas, por ejemplo cuando se aplicaban medidas de disciplina.
3. Los niños de los grupos participantes presentaban menor número de problemas de conducta.
4. Se reducía el consumo de tabaco y alcohol en las madres embarazadas.

**Familias y escuelas juntas (Families and Schools Together; FAST), (Mc Donald et al., 1996; Kratochwill, McDonald, Levin, Scalia y Coover, 2009)**

Este programa está dirigido a jóvenes de alto riesgo, por lo que puede considerarse de prevención selectiva. En sus inicios los destinatarios eran niños entre 5 y 9 años, considerados en situación de riesgo por presentarse absentismo y/o fracaso escolar, conductas disruptivas o estar implicados en causas judiciales por problemas de conducta o adicción a alcohol y otras drogas. Posteriormente, el programa se adaptó para otros dos rangos de edad: niños de preescolar y jóvenes. Uno de los objetivos principales del programa es mejorar la cohesión de los miembros de la unidad familiar y disminuir su aislamiento social.

La intervención estándar consta de tres fases:

1. Reclutamiento mediante visitas domiciliarias.
2. Reuniones familiares (ocho sesiones semanales de dos horas).
3. Reuniones familiares mensuales durante dos años.

Las sesiones se mantienen en tono distendido, e incluyen actividades para las familias al completo y también para jóvenes y adultos por separado.

La evaluación del programa muestra mejoras en las variables de resultado entre los niños de las familias participantes respecto al grupo control, que resultaban clínicamente relevantes, aunque sin llegar a ser estadísti-

camente significativa. En 30 ciudades de las casi 60 en las que se aplicó el programa FAST se encontraron evaluaciones positivas con cambios significación entre el pretest y el postest. Los seguimientos 2 y 4 años tras finalizar el programa mostraron que los padres participantes estaban más implicados en la escuela. La estimación global de la mejoría clínica fue de un 25 %.

### **Programa FFT (Alexander y Parsons, 1973)**

El programa FFT representa un caso de intervención preventiva secundaria, por dirigirse a sujetos que presentan conductas de riesgo. Es un programa que lleva implantado más de 25 años en los Estados Unidos. Los destinatarios son jóvenes con comportamientos pre-delictivos y delictivos, junto con sus familias. Las fases en las que se desarrolla son: 1) introducción, 2) motivación (terapia) 3) evaluación, 4) cambio conductual, y 5) generalización. Un terapeuta interviene con cada familia participante de forma separada, dentro de un contexto clínico.

Parte de un modelo teórico que combina el aprendizaje social y cognitivo, y los principios de la terapia familiar sistémica. Durante las sesiones se entrena a los padres de forma sistemática en habilidades de comunicación, especialmente aplicadas a la familia, estrategias educativas y habilidades de resolución de conflictos. Desde su implantación se han realizado numerosas evaluaciones de los resultados del programa, que han variado según el lugar de aplicación. Los análisis sobre sus efectos demuestran que los participantes tienen menor reincidencia en las conductas delictivas respecto a grupos que participaban en otros tratamientos, y en comparación con el grupo control.

### **Programa Preparándose para los años sin drogas (Catalano et al., 1998)**

Se trata de un programa destinado a padres de preadolescentes que se enmarca entre los programas de prevención universal. Esta intervención se basa en el modelo del desarrollo social, la teoría del control social, la teoría del aprendizaje social y la asociación diferencial. El objetivo del programa es reducir el abuso de drogas de los adolescentes y posibles problemas de conducta mediante la mejora de las relaciones familiares. Se pretende aumentar la interacción entre padres e hijos y mejorar el manejo de las

contingencias por parte de los padres, para incrementar las recompensas que obtienen los niños por las conductas deseadas.

El programa se desarrolla en cinco sesiones de dos horas, dirigidas por dos personas de la propia comunidad que reciben formación para ejercer como monitores. El material del programa incluye una guía para el monitor del taller, un video para cada sesión y un libro de actividades para cada familia.

Las cinco sesiones se estructuran de la siguiente manera:

- Sesión 1: «Cómo prevenir el abuso de drogas en tu familia». Se tratan los factores familiares e individuales de riesgo. Los padres practican los pasos para plantear una reunión familiar en la que hagan planes para realizar juntos una actividad de ocio.
- Sesión 2: «Aclarando las actitudes de la familia sobre las drogas y el alcohol». Se dedica a reducir los factores de riesgo derivados de unas actitudes en la familia favorables hacia el uso de sustancias. Para ello se entrena a los padres a clarificar sus propias expectativas sobre el uso del alcohol y otras drogas.
- Sesión 3: «Evitando problemas». Se centra en los factores de riesgo relacionados con los amigos que consumen drogas o realizan comportamientos antisociales. De forma conjunta, padres e hijos aprenden estrategias para resistir la presión de grupo, empleando diversas técnicas cognitivo-conductuales como las instrucciones, el role-playing y el feedback.
- Sesión 4: «Manejando problemas familiares». Los padres aprenden habilidades para controlar su ira de forma que no se afecte a la relación familiar.
- Sesión 5: «Fortaleciendo los lazos familiares». Los padres aprenden a expresar sus sentimientos positivos y de afecto a sus hijos. Se fomenta una red de apoyo formada por otros padres para continuar la relación después del programa.

En la evaluación del programa se utilizan autoinformes de conocimientos. Se realizan también grabaciones de las familias mientras ponían en práctica dos tareas estructuradas de interacción. Tras la evaluación, se observó que en los participantes del grupo de intervención había incrementado de forma significativa la comunicación proactiva y que los conflictos disminuían. Asimismo, los padres percibían la relación con los hijos como de mejor calidad.

### **Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 1996)**

El programa pretende «informar, sensibilizar y dotar de estrategias para fortalecerse y afrontar mejor los distintos problemas que surgen en el seno del grupo familiar, entre ellos, el del consumo de drogas». El material del programa se organiza en siete módulos que abordan los siguientes temas:

1. Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar: se presenta el modelo bio-psico-social de la salud, con el fin de que los padres revisen sus hábitos relacionados con la salud.
2. Información básica sobre drogas: se explican las diferencias entre el uso y el abuso, los conceptos de dependencia, tolerancia e intoxicación, los tipos de drogas y sus efectos.
3. Elementos básicos para una buena prevención familiar: se exponen los factores de riesgo y protección familiar, incidiendo en el establecimiento de normas, la relación con los hijos y el empleo del tiempo libre.
4. Intervención con hijos de cero a doce años: se presentan las claves del desarrollo en esta etapa de la vida y se proponen formas de mejorar la educación en niños de esa edad.
5. Intervención con hijos de trece a diecisiete años: se explica el desarrollo evolutivo en la etapa adolescente ofreciendo pautas para tratar al hijo en esa edad.
6. La familia ante los problemas de drogas: se dan orientaciones sobre cómo actuar cuando un miembro de la familia tiene problemas de abuso de drogas.
7. Prevención, familia y escuela: se pretende potenciar la participación de los padres en la dinámica del colegio de sus hijos, implicándose den la asociación de padres, actividades extraescolares, consejo escolar, etc.

### **Programa Órdago (EDEX, 1996)**

El programa «Órdago» supone una intervención escolar, dirigida a estudiantes de secundaria, pero incluye también un módulo destinado a padres y madres. Los contenidos del programa se desarrollan a lo largo de veinte actividades más cuatro sesiones de trabajo con las familias. El pro-

grama contiene una publicación para padres que sigue idéntico formato al resto de módulos (guía para el profesor, cuadernos para los alumnos, etc.). Las reuniones familiares se estructuran del siguiente modo:

- Encuentro 1: Conocer las drogas. En esta sesión se proporcionan conocimientos sobre las drogas, para que los padres reflexionen acerca de las razones que explican que algunos adolescentes las consuman. Se tratan también los riesgos que conlleva para la salud el consumo abusivo de alcohol y otras drogas.
- Encuentro 2: Reacciones de los padres/madres ante las drogas. El objetivo de esta sesión es tomar conciencia sobre las actitudes que los padres mantienen hacia las drogas y hacia los consumidores. Se emplean técnicas de discusión y role-playing.
- Encuentro 3: Influencias, presiones y decisiones. Se analizan las fuentes de influencia sobre las decisiones de los adolescentes y la capacidad de resistir las presiones.
- Encuentro 4: ¿Dejar decidir a los jóvenes? En la última sesión se aborda la toma de decisiones por parte de los hijos, dando a los padres la oportunidad de discutir sobre el grado de autonomía idóneo que deben ofrecer a sus hijos.

El programa se acompaña de abundante material de apoyo para el monitor de las sesiones, incluyendo cuestionarios para evaluar los conocimientos y la satisfacción con el programa.

### **8.4. Conclusiones**

A pesar de que durante los últimos años los avances en prevención familiar han sido notables, quedan importantes cuestiones pendientes a fin de mejorar progresivamente la intervención en el campo de la prevención familiar. A lo largo del capítulo se han descrito las estrategias más utilizadas en los programas de prevención familiar, en el contexto español e internacional. Las futuras investigaciones habrían de demostrar cuáles son los componentes de los programas familiares que, de forma diferencial, muestran mayor éxito en la consecución de resultados. La realización de meta-análisis sobre la intervención familiar en la prevención del consumo de drogas haría posible disponer datos con el poder estadístico necesario para lograr esa meta (Etz, Robertson y Ashery, 1998). Para mejorar la evaluación de los programas conviene refinar los diseños metodológicos,

haciendo operativas las variables de resultados, y empleando instrumentos de evaluación válidos y fiables.

Es necesario replicar los programas evaluados, aplicándolos a otros contextos culturales, a fin de comprobar si su eficacia es generalizable a poblaciones distintas de las originales. No obstante, las diferencias sociales y culturales, como el entorno rural o urbano, deben ser tenidas en cuenta para adaptar el programa. Los esfuerzos en nuestro país han sido notables, destacando la adaptación cultural a la población española de programas de eficacia probada, como es el caso del programa *Familias que funcionan* (Errasti, Al-Halabí, Secades, Fernández-Hermida, Carballo y García, 2009). Estas adaptaciones son de gran valor por seguir un método científico riguroso en la adaptación y evaluación de los programas.

La prevención familiar, inespecífica y temprana, que potencie los factores de protección frente al abuso de drogas, se muestra como una modalidad de intervención de gran potencial, y con la ventaja de que no implica efectos contrapreventivos. Se precisa hallar estrategias para mejorar la captación y retención de los participantes en los programas. En estudios nacionales (Pinazo y Berjano, 1994) se ha hallado que el 88,5% de los padres estaría dispuesto a acudir a charlas de prevención en el centro de estudios de sus hijos. No obstante, la mayoría de estudios refieren dificultades a la hora de lograr un seguimiento continuado del programa, por parte de ambos miembros de la pareja.

## Capítulo 9

# Prevenir desde las instituciones educativas

### 9.1. Tipología y evolución de los programas de prevención escolar

Durante los últimos años se han desarrollado distintos tipos de intervenciones para prevenir el inicio del consumo de drogas en el contexto escolar. Las estrategias tradicionales, como la transmisión de información, la educación afectiva o los programas basados únicamente en proporcionar alternativas, continúan siendo comunes, a pesar de la evidencia científica que muestra sus carencias. Otras orientaciones, como las basadas en el entrenamiento en habilidades de resistencia o en la mejora de competencias personales han mostrado mayor eficacia. Las estrategias tradicionales partían de nociones intuitivas sobre cómo prevenir el abuso de drogas, mientras que las más recientes se basan en las teorías psicológicas de la conducta humana. En este apartado se presenta cómo han evolucionado las estrategias de prevención escolar, en base a las teorías que en cada caso explican el consumo, las variables en las que inciden, y los presupuestos básicos.

#### 9.1.1. Aproximaciones tradicionales

##### *Los programas informativos*

Una forma muy común de prevención se basa en el modelo de *transmisión de información*. El supuesto básico de este modelo se resume en que los individuos consumen drogas porque desconocen sus efectos nocivos. Por ello estos programas ofrecen a los adolescentes información sobre las drogas y su abuso. Por ejemplo, se informa a los alumnos acerca de los peligros de las drogas en término de sus consecuencias negativas a nivel social, legal y de salud. También instruyen a los adolescentes acerca de los distintos patrones de consumo de drogas, su farmacología y el proceso de adicción. Los agentes que generalmente aplicaban este tipo de programa solía ser personal sanitario. En algunos programas participaban dando su testimonio antiguos consumidores, que trataban con el grupo los problemas de su adicción. Algunas de estas estrategias recurrían a la activación del miedo mediante presentaciones

muy realistas e incluso dramáticas de los peligros del consumo. Los estudios de evaluación muestran que los programas informativos tienen cierto impacto en el nivel de conocimientos y en las actitudes antidrogas, pero fallan a la hora de reducir el consumo o de modificar la intención de consumir drogas.

### *Programas de educación afectiva*

Otra aproximación tradicional ha sido denominada como *educación afectiva*. Este tipo de programas asume que fomentando un adecuado desarrollo afectivo individual se reduce la probabilidad del abuso de drogas. Aunque los programas basados en este modelo se centran en muchos de los factores incluidos en las intervenciones actuales, la educación afectiva tradicional ha empleado métodos ineficaces. Se enfatizaban los juegos experienciales y las actividades de clase que persiguen fomentar el crecimiento personal de los estudiantes, el auto-conocimiento y la auto-aceptación. Sin embargo, no hay evidencia de que ese tipo de actividades mejoren realmente la toma de decisiones, la asertividad o las habilidades de comunicación. Al igual que el modelo de transmisión de información, el modelo de la educación afectiva carece de evidencias que demuestren su impacto en las conductas de consumo, si bien en ocasiones sí que modifican alguna de las variables moderadoras del consumo.

### *Programas de oferta de alternativas*

Una tercera aproximación clásica se basa en el *modelo de alternativas*, que asume que si el adolescente dispone de ofertas igual o más atractivas que el consumo, éste se reducirá. El modelo originalmente surge desde centros de ocio juvenil que programaban actividades deportivas, medioambientales, de voluntariado, etc. Los estudios que evalúan estos programas no han hallado impacto sobre la conducta de consumo, aunque pueden producir otros efectos beneficiosos.

## **9.1.2. Aproximaciones actuales**

### *Programas de entrenamiento en habilidades de resistencia*

Este tipo de programas tienen como supuesto de partida que muchos adolescentes no desean consumir drogas, pero carecen de la capacidad

para rechazar la oferta. Dado que la influencia del grupo de amigos y la presión grupal son especialmente relevantes en la etapa adolescente, esta estrategia enseñar habilidades para resistir las presiones sociales. Aunque los programas de habilidades de resistencia incluyen las influencias de la familia, los amigos y los medios de comunicación, la mayoría se centra en la influencia del grupo de iguales. El principal objetivo de este enfoque es enseñar a los destinatarios a reconocer las situaciones donde pueden encontrarse bajo la presión para consumir. El objetivo es que los alumnos aprendan a evitar las situaciones de alto riesgo y/o adquirir los conocimientos, confianza y habilidades para afrontar la presión en ese tipo de situación. Se suele incluir también un componente sobre la influencia de los medios de comunicación, especialmente sobre las técnicas empleadas por los publicistas para fomentar las conductas de consumo. Por último, estos programas a menudo incluyen un componente dirigido a corregir las expectativas normativas sobre el consumo mayoritario entre los adolescentes, dado que la creencia de que se trata de un comportamiento muy común o aceptado en el grupo de iguales (percepción normativa) puede incitar al sujeto a realizar dicho comportamiento. Un gran número de estudios han probado la efectividad de los programas que emplean el entrenamiento en habilidades de resistencia (p. e., Snow, Tebes, Arthur y Tupasak, 1992; Sussman, Dent, Stacy y Sun, 1993). Según la mayoría de trabajos, los programas basados en este enfoque son capaces de reducir el consumo de tabaco entre el 30 % y el 50 % (Botvin y Griffin, 2000). Sin embargo, son menos los estudios que han evaluado el impacto del entrenamiento en habilidades de resistencia en el consumo de alcohol o marihuana.

### *Programas de mejora de competencias*

Los anteriores enfoques parten de la premisa de que los escolares no desean consumir drogas, sin embargo empiezan a tomarlas por la influencia de los mensajes persuasivos de su entorno social o porque carecen de las habilidades suficientes para resistir la presión. Esto supone una limitación, ya que no consideran la posibilidad de que algunos adolescentes hayan decidido consumir por otros motivos. Por ejemplo, algunos sujetos fuman como estrategia para afrontar la ansiedad. Dada la complejidad de los factores determinantes del consumo, parece lógico que la actuación preventiva debería ser integral, abarcando el máximo de variables etiológicas.

Los programas de mejora de competencias optan por la instrucción de habilidades personales generales y sociales en combinación con habilidades de resistencia. El programa *Entrenamiento en Habilidades de Vida* (Botvin, 1998) es un buen ejemplo de este tipo de intervención. En nuestro país, el programa *Saluda* (Espada y Méndez, 2003) se basa en las premisas de este modelo. Estas intervenciones tienen en algunos métodos en común con los programas de habilidades de resistencia, si bien un rasgo distintivo es el énfasis en el fomento de habilidades de autonomía personal y de afrontamiento social. Estas habilidades se enseñan usando técnicas de tipo cognitivo-conductual: instrucción y demostración, representación de papeles, *feedback* y refuerzo, ensayo conductual y práctica extensiva mediante tareas para casa. Es habitual incluir un entrenamiento en toma de decisiones y resolución de problemas, habilidades cognitivas para resistir la influencia social, habilidades para mejorar la autoestima (establecimiento de objetivos, técnicas de cambio de conductas), estrategias de afrontamiento para el estrés y la ansiedad, así como habilidades sociales generales. Este tipo de programas suele incluir habilidades generales y su aplicación a situaciones directamente relacionadas con el consumo de drogas. Además, un beneficio añadido es que el repertorio de habilidades adquiridas son útiles para el adolescente en muchas otras situaciones de su vida, por tanto, lo que aprenden en los programas no se reduce únicamente a situaciones relacionadas con la droga. Esta es una diferencia respecto a los programas de entrenamiento en habilidades de resistencia, centrados exclusivamente en el campo del consumo de drogas.

Numerosos estudios han comprobado la eficacia de los programas basados en este modelo (Botvin y Eng, 1982; Botvin, Epstein, Baker, Diaz y Williams, 1997; Espada, 2002; Pentz, Dwyer, MacKinnon, Flay, Hansen, Wang, y Johnson, 1989).

### 9.1.3. Llevando la evidencia científica al campo aplicado

El marco legal vigente en educación en España lo determina la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), de 1990. Se destaca la necesidad del desarrollo integral del alumno, procurando que el curriculum escolar no se limite a la adquisición de conocimientos académicos, sino que incluya otros aspectos para el desarrollo de la persona. Para ello se implantaron los llamados temas transversales, entre los cuales se incluye la educación para la paz, la educación ambiental y la educación para la salud.

La mayoría de programas de prevención universal aplicados en España son multicomponentes. En educación infantil y primaria predominan los programas de promoción de la salud, mientras que en educación secundaria se desarrollan intervenciones específicas basadas en las teorías del aprendizaje social, la teoría cognitivo social y la teoría de la autoeficacia.

La implantación de los programas preventivos en el territorio español es muy variable en función de las distintas comunidades autónomas. Algunas comunidades cuentan con una estructura definida para la aplicación de programas, elaboran estudios de evaluación y desarrollan una legislación específica. Otras comunidades autónomas no disponen de esa estructura para realizar programas, de forma que la prevención escolar se basa en intervenciones muy puntuales (principalmente mediante charlas) o bien en programas cortos sin estructuración. En estos casos se valoran las intervenciones en función de su grado de cobertura más que en base a los resultados.

Entre los principales programas aplicados en el contexto escolar, basados en la evidencia y con nivel de implantación relevante, se encuentra el programa *Barbacana* (García-Rodríguez y López, 1998). Se dirige a la prevención del conjunto de drogas en general. Consta de 8 sesiones, y se basa en la estrategia de la transmisión de información, el modelado y la resolución de problemas. Incide en la identificación de los líderes con mayor influencia sobre las conductas de salud. El programa ha sido objeto de distintas evaluaciones que han ratificado su eficacia. Este programa se ha exportado a países centroeuropeos, como es el caso de Rumanía. En el marco de un programa financiado por la Comisión Europea se realizó la traducción de los materiales y una revisión técnica de los mismos. El proceso se completó con el entrenamiento de los profesionales rumanos encargados de la administración del programa, a cargo de profesionales españoles que se desplazaron al lugar. El contenido de las sesiones no sufrió ninguna modificación, así como el diseño de los materiales, por considerarse apropiados al contexto rumano.

El programa *Saluda* (Espada y Méndez, 2003) es otra de las intervenciones que ha sido llevada del campo de la investigación al ámbito aplicado. Se dirige a la prevención del consumo de drogas durante el tiempo de ocio, por ser la pauta de consumo que más preocupa en los últimos años en España. Se basa en el modelo del aprendizaje social, y se ubica entre los programas de mejora de competencias. Consta de 10 sesiones con una metodología interactiva. En ellas se incluye un componente educativo, formado por dos sesiones en las que se ofrece mediante juegos información adaptada a la edad de los destinatarios. La fase de entrenamiento en habi-

lidades consta de 7 sesiones, en las que se enseñan habilidades sociales, de resolución de problemas y de búsqueda de actividades saludables en el entorno del alumno. La fase de generalización consiste en una sesión en la que se enseñan habilidades de autocontrol y se establece un compromiso público. Ha sido objeto de evaluaciones en la que se ha puesto a prueba su eficacia preventiva frente a otro programa de eficacia probada, un programa de prevención inespecífica, una intervención placebo y un grupo lista de espera. Los primeros estudios piloto se realizaron en 2001. Desde entonces ha sido aplicado en el sureste de España, siempre en investigaciones controladas. En las evaluaciones se ha comprobado que resultaba tan eficaz como un grupo de atención placebo y otro en lista de espera (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003).

Recientemente se ha estudiado la eficacia de los componentes mediante la estrategia de dismantlar el programa (Pereira, Espada y García-Fernández, 2008). El programa Saluda ha sido exportado a países iberoamericanos como Colombia, para lo cual se realizaron las pertinentes adaptaciones culturales. Los principales cambios fueron relativos al argot, modificando los términos que en aquel país podían ser malinterpretados. Igualmente, se adaptaron los ejemplos de las situaciones de entrenamiento en habilidades sociales. Las escenas seleccionadas variaban en función del contexto escolar. Los instrumentos de evaluación del programa fueron igualmente adaptados, básicamente en cuestiones lingüísticas. También se realizaron los pertinentes análisis psicométricos para comprobar la fiabilidad de los instrumentos en una población distinta a la española. Para una adecuada adaptación, la formación de los monitores encargados de la implementación estuvo a cargo de profesionales españoles. Asimismo, se realizó un estudio piloto en el que se detectaron dificultades de comprensión y anomalías en cuanto a la adaptación cultural, que fueron subsanadas para la aplicación a mayor escala que actualmente está en curso.

En España contamos con otro caso importante de adaptación de programas surgidos de la experimentación científica y que a su vez han sido adaptados al contexto español. Uno de ellos es el programa Construyendo Salud (Luengo, Gómez-Fragüela, Garra, Romero y Otero-López, 1998), que fue traducido y adaptado del original estadounidense *Life Skills Training* (Botvin, 1998). La traducción de su contenido se mantiene fiel al original y el resultado es válido para ser aplicado a escolares españoles. Para su adaptación a la realidad española fue necesario realizar las siguientes modificaciones: a) se adaptaron las cifras de prevalencia del consumo, de tabaco, alcohol y marihuana a la realidad española, empleando estudios

realizados en el territorio español; b) se sustituyeron referencias al contexto estadounidense, modificando los ejemplos considerados culturalmente inapropiados, c) se incluyó en las sesiones sobre el tabaco una tarea que ilustra el proceso por el que los adolescentes comienzan a fumar; d) se incluyó un experimento que ilustra lo que ocurre en los pulmones al fumar un cigarrillo; e) se distinguió entre uso y abuso de alcohol para diferenciar el consumo problemático de alcohol. En España está socialmente aceptado el consumo moderado de alcohol. Si bien con otras sustancias, como el tabaco, la normativa legal y la postura social se ha vuelto cada vez más firme, en el caso del alcohol existe una gran tradición de consumo de vino y cerveza, especialmente como aperitivos o acompañando la comida; y f) Introducción de un nuevo componente que no era abordado en el programa original, centrado en las actividades de ocio.

Los pasos siguientes en la adaptación consistieron en aplicar el programa piloto primero con estudiantes de psicología, con el fin de comprobar la adecuación de actividades y materiales. El siguiente paso fue realizar dos estudios piloto con alumnos de secundaria, para determinar si el material era comprensible, generaba las discusiones que se pretendían y se ajustaba a los horarios disponibles en los centros educativos españoles. En distintas evaluaciones el programa ha demostrado ser un instrumento eficaz para prevenir el inicio de consumo de drogas y la realización de conductas antisociales (Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence, 1999; Gómez-Fraguela, Luengo y Romero, 2003).

El programa *¡Órdago!* (EDEX, 1996) Es el resultado de la traducción y adaptación del programa canadiense PAVOT (Coulombe, 1991). En la actualidad está implantado en la mitad del territorio nacional (8 comunidades autónomas de las 17 que forman el territorio español). Se dirige a estudiantes entre 12 y 16 años, y en su versión completa contiene 32 sesiones de trabajo. Está basado en el modelo teórico del desarrollo de habilidades para la vida (OPS, 2001). El manual de aplicación tiene un alto grado de estructuración, lo que posibilita la fidelización de la intervención. Los autores señalan la necesidad de que los aplicadores reciban una formación *ad hoc*, lo cual no siempre se realiza. Según afirman sus promotores españoles, prácticamente el 100% de los escolares de estas regiones participan en las actividades del programa, aunque en diferentes intensidades. Esta variedad en la implementación resta potenciales análisis de eficacia. La propia filosofía del programa, que pretende ser flexible en la aplicación de sus materiales dificulta la estandarización y evaluación de resultados. Los informes de evaluación ofrecidos por los promotores del programa son de proceso. En un estudio sobre la implementación del programa, el 68% de

educadores considera que las actividades son adecuadas para prevenir las drogodependencias con sus escolares, lo que indicaría que los contenidos están ajustados a la realidad del alumno español. Sin embargo, el 42% realizan ajustes en las actividades, justificados como adaptaciones necesarias a las peculiaridades de cada región y grupo destinatario. Este hecho, aunque dificulta la evaluación del programa, responde a la realidad de que en el contexto educativo los programas suelen adaptarse a la realidad del contexto de aplicación.

Otra serie de programas españoles han surgido como respuesta a la necesidad de materiales educativos, siendo posteriormente objeto de evaluación. La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción es una entidad no gubernamental española que fue creada en 1986 con la participación de instituciones privadas y públicas. Uno de sus objetivos es promover intervenciones educativas e investigaciones sobre las causas y consecuencias de los consumos de drogas. Ha exportado sus programas a América Latina, implantando su experiencia en catorce países. Algunos de estos programas son *Y tú ¿qué piensas?*, dirigido a fomentar factores inespecíficos de protección, o el programa *Necesarios*, que promociona la implicación comunitaria de los escolares a través del voluntariado. Se trata de iniciativas bien diseñadas, materiales atractivos, pero con ausencia de estudios de evaluación publicados. Los únicos informes sobre la eficacia de los programas son de carácter interno.

Algunas de las características que, en nuestra experiencia, condicionan la aplicación de los programas aplicados a nivel escolar son:

- La programación escolar. Por lo general, los centros educativos españoles tienen una alta intensificación de actividades que hace complicado ubicar actividades de prevención. Cuando los programas son aplicados por agentes externos al centro escolar, existe una gran variedad en el tiempo que los centros ofrecen para la aplicación. En la mayoría de casos, se dispone de una hora de clase en la que el tutor desarrolla actividades grupales. Otro aspecto del calendario escolar que limita la implementación según criterios de calidad es la diversa oferta de actividades transversales, y las numerosas evaluaciones a las que son sometidos los alumnos. Este último hecho hace necesaria la planificación con bastante antelación de las intervenciones.
- Concepto de programa preventivo. Algunos centros educativos continúan solicitando intervenciones muy puntuales para la educación sobre las drogas, siguiendo un formato breve como charlas.

La implementación de un programa de duración larga en ocasiones es menos preferida, dados los ajustes en la programación escolar.

- Diferencias en los niveles de implicación y participación. Cuando se opta por la modalidad de aplicación del programa a través de los educadores, encontramos que los distintos grados de implicación por parte de los docentes afecta considerablemente a la implementación del programa. Esta es una variable que no se evalúa habitualmente en las intervenciones españolas, ya que se parte de la base, posiblemente errónea, de que si el docente acepta voluntariamente participar aplicando un programa lo hará con el mismo grado de interés en todos los casos.
- Fidelidad en la implementación. Este aspecto está relacionado con el anterior, y tampoco es evaluado en las intervenciones españolas. Raramente se controla el grado en que el aplicador sigue las instrucciones del programa, y cuando se realiza esta supervisión suele ser mediante una escala en la que el propio docente se autoevalúa, lo que puede resultar muy poco preciso.
- Motivación y conducta de los escolares. Algunos sectores del mundo educativo han criticado que el sistema educativo actual en España ha generado un descenso en la exigencia académica, con el consiguiente descenso del rendimiento escolar. Los profesores deben realizar su trabajo en ocasiones un ambiente de bajo respeto hacia la figura del docente, posiblemente debido a los cambios sociales en la familia española y a que la legislación vigente facilita la promoción de los estudiantes aunque presenten un bajo rendimiento. Este clima no favorece la implicación de los docentes en la realización de programas de prevención.
- Escasa implicación de padres y madres. La participación en las actividades escolares de las familias españolas es baja, como exponemos en el apartado sobre la prevención familiar en España. La consecuencia es que las intervenciones escolares, a pesar de lo conveniente de complementarse con acciones a nivel familiar y comunitario, suelen realizarse de forma aislada.

Por último, existe otro factor clave que condiciona la aplicación de programas preventivos escolares en España y es que la preocupación social hacia las drogas ha disminuido con el paso del tiempo. Esto implica un menor grado de demanda de programas por parte de los centros educativos, y un grado de interés más bajo en su correcta implementación.

## 9.2. Eficacia de los programas de prevención escolar

Una importante laguna en la prevención del abuso de drogas es la valoración de resultados. Este análisis suele estar incorporado al proceso de intervención modificadora en otros campos de la psicología, sin embargo, no ha recibido la atención que merece en el ámbito de la prevención. La necesidad de valorar los programas se justifica porque de lo contrario es imposible conocer, salvo intuitivamente, si *funcionan* y alcanzan los objetivos propuestos.

La preocupación por el abuso juvenil de drogas ha contribuido a fortalecer la creencia de que es preferible cualquier intervención antes que no hacer nada. Este planteamiento se ha fomentado indirectamente desde la administración, más interesada en llevar a cabo actuaciones con gran eco social que en comprobar su hipotética eficacia, es decir, desde un punto de vista político se ha primado la «visibilidad» de los programas sobre su efectividad.

Evaluar un programa de prevención implica una serie de dificultades:

- El establecimiento de metas. Desde el inicio de la planificación es frecuente que el programa no siga una metodología sistemática que establezca unos objetivos operativos y, por tanto, *evaluables*.
- El establecimiento de variables de resultado. Froján y Santacreu (1994) comprobaron que solo el 30% de los programas formulaban hipótesis operativas. Este dato pone de relieve que la mayoría de los estudios no delimitan con precisión las variables dependientes, que deberían definirse de forma operativa y cuantificable. Aunque la principal variable dependiente en la prevención del abuso de sustancias es el consumo o abuso de la droga, es frecuente considerar otras variables de resultado, como las actitudes o la información sobre estas sustancias.
- El diseño de investigación. En ocasiones se comete el error de renunciar al avance del conocimiento científico, cuya aplicación suele requerir tiempo, ante la urgencia política y la presión social para alcanzar éxitos inmediatos. En este sentido, algunas investigaciones financiadas con fondos públicos priman los resultados a corto plazo sobre los logros a largo plazo más sólidos, renunciando al control de variables que permiten una valoración más comprensiva.
- El proceso de evaluación. Una vez definidas las variables de resultado es preciso elegir los momentos y los instrumentos de evaluación. Un serio inconveniente para los investigadores es la escasez de pruebas estandarizadas con garantías psicométricas, de modo que en este terreno existe una gran pobreza de datos normativos que faciliten la interpretación y comparación de los resultados.

- La comprobación de cambios directos inmediatos. Esta limitación es inherente a la prevención del abuso de drogas, puesto que los cambios en las tasas de abstinencia, no consumo o consumo saludable, difícilmente se constatan a la finalización del programa. Son las variables mediadoras, de ahí la importancia de una selección acertada, y los seguimientos a largo plazo, con los problemas que implican como la mortalidad experimental, los que corroboran la efectividad de los programas.

De acuerdo con Graham y Brichmore (1989), el proceso de evaluación consta de varias fases, que comienzan antes de diseñar y aplicar el programa, y son las siguientes:

- Evaluación de necesidades, cuyo principal objetivo es la descripción del problema y la identificación de estrategias para abordarlo.
- Evaluación del proceso, cuya finalidad es valorar la puesta en práctica del programa y lo adecuado de su implementación.
- Evaluación de resultados, donde se determina si los objetivos (cambios a producir) del programa se han visto conseguidos.

En la prevención del abuso de drogas son muy comunes los informes con evaluaciones descriptivas (Martínez, 2001) o de proceso (Rodríguez-Martos, Torralba y Vecino, 1996), en comparación con los estudios que evalúan de forma experimental la aplicación de un programa preventivo. El estudio de Froján y Santacreu (1994) recopiló 350 programas de prevención realizados en Europa y América, seleccionando 100 que reunían las condiciones para ser incluidos en una base de datos. Se constató que únicamente el 5% de las intervenciones aportaba una valoración de los resultados de acuerdo con los objetivos fijados. Salvador y Martínez (1997) analizaron 503 programas de la base de datos del *Sistema de Información sobre Prevención del Uso Indebido de Drogas (IDEA-Prevención)*, encontrando que, aunque el 60% efectuaban algún tipo de evaluación, en la mayoría de los casos se limitaban a evaluaciones de proceso.

### **9.2.1. Evaluación cuantitativa de los programas de prevención escolar**

El meta-análisis de estudios de investigación es un procedimiento que permite integrar los hallazgos de la investigación, convirtiendo los resulta-

dos de los diferentes estudios en una métrica común, el tamaño del efecto, y permitiendo hallar relaciones entre las características de los estudios y los resultados obtenidos (Lence, Gómez y Luengo, 1997; Watcher y Straff, 1990; Wolf, 1986). Como estrategia aplicada a la valoración de los programas de prevención de drogas, el meta-análisis presenta una serie de ventajas de las que Tobler (1997) destaca las siguientes:

- Cada variable del estudio queda definida de forma operativa, de forma que se pueden establecer categorías claramente diferenciadas. De este modo, la evaluación del programa no se basa en impresiones subjetivas, propias de la evaluación de proceso, sino en medidas cuantitativas de las variables de resultado.
- Los programas que obtienen puntuaciones que se salen de lo habitual pueden informar de las diferencias esenciales del programa y revelar qué tipo de programa conviene ofrecer, a quién, a qué edad y con qué duración.
- De acuerdo con Flay (1985), con frecuencia los estudios primarios no obtienen resultados estadísticamente significativos, pero al unificar los estudios, pequeños aunque consistentes efectos positivos de una serie de estudios pueden resultar relevantes.
- El meta-análisis es un procedimiento poco propenso a rechazar programas que son efectivos, por lo que se reduce el error tipo II.
- Las revisiones tradicionales sobre programas de prevención de drogas llegan a conclusiones contradictorias acerca de su efectividad general. Los estudios que informan sobre resultados mixtos o marginales llegan a la conclusión de que los programas no funcionan. Además, los buenos programas se pierden en la mezcla con los menos eficaces. Para evitar esto, el meta-análisis puede agregar los programas altamente satisfactorios y los insatisfactorios en dos grupos e inspeccionar las características que tiene en común cada grupo.
- A través de la agregación meta-analítica es posible atender a todas las exigencias que deberían cumplir las investigaciones reales. La otra alternativa es realizar múltiples replicaciones de investigaciones primarias, lo que supone un método más costoso y que precisa muchos años para ofrecer resultados.

Muchas de las limitaciones del meta-análisis se pueden solventarse mediante una adecuada selección de los estudios. Para ello es fundamental establecer unos criterios de inclusión apropiados, por medio de los cuales

«se definen las mediciones dependientes e independientes, se determinan las características de la población diana y se especifican los aspectos del diseño de la investigación» (Tobler, 1997; p. 277).

Han sido varios los trabajos meta-analíticos realizados en el campo de la prevención de la drogodependencia. En este apartado presentamos una síntesis de ocho investigaciones realizadas desde 1986 hasta 1999.

### *Meta-análisis de Tobler (1986)*

La profesora Nancy S. Tobler realizó un ambicioso meta-análisis en el que se incluían 143 programas de prevención. Los criterios para seleccionar los estudios fueron: 1) que incluyeran datos cuantitativos de las variables de resultados, 2) que tuvieran un grupo de control o de comparación, 3) que estuvieran dirigidos a estudiantes desde sexto a duodécimo grado, 4) que tuvieran como objetivo la prevención primaria, entendida como el desarrollo de actitudes, valores, conductas y modelos que disminuyan la probabilidad del consumo de drogas. Tras la búsqueda extensiva, se localizaron 98 informes de investigación, que contenían 143 programas. Se clasificaron en cinco categorías: la primera estaba formada por programas informativos, impartidos en forma de conferencia y haciendo uso de estrategias de recurso al miedo. Un segundo grupo eran programas afectivos, que desarrollaban un currículo inespecífico para la mejora de la autoestima, la clarificación de valores y las habilidades de competencia. El tercer grupo era una combinación de los dos anteriores (informativos+afectivos), el cuarto incluía programas de variables psicosociales, entre los que se encontraban los programas de habilidades sociales y de vida, y los programas de habilidades de resistencia. Un último grupo, los programas de alternativas, trataban de promover la participación de los destinatarios en actividades comunitarias, como voluntariado, asociacionismo, etc.

Se efectuó un análisis de los tamaños del efecto en función de las variables independiente y dependiente. Según el tipo de programa, resultaron más eficaces los centrados en factores psicosociales que los focalizados en la generación de alternativas, mientras que no se mostraron eficaces los basados en la transmisión de información y/o en la educación afectiva. Según el aspecto evaluado, los programas produjeron un efecto moderado en el nivel de conocimiento sobre las drogas, pequeño en el desarrollo de habilidades sociales y en el consumo autoinformado, e insignificante en el cambio de actitudes.

### *Meta-análisis de Rundall y Bruvold (1988)*

En este estudio fueron seleccionados 47 programas de prevención del tabaquismo y 29 del abuso de alcohol, todos ellos implementados en contextos escolares. Como criterios de inclusión, los estudios debían tener grupo de comparación o grupo control e informar de medidas cuantitativas de resultados respecto a conductas, actitudes o conocimientos. El objetivo del estudio era cuantificar la eficacia de los programas, diferenciándolos según la sustancia, la duración de los resultados y el modelo teórico. Las principales conclusiones de este meta-análisis fueron:

- Los programas sobre tabaco fueron los únicos en lograr un pequeño efecto positivo a largo plazo sobre el consumo;
- Los programas aumentaron moderadamente el nivel de conocimiento, pero mientras este incremento se mantuvo para el tabaco, disminuyó para el alcohol;
- Los programas no consiguieron modificar las actitudes.

También compararon programas «tradicionales», basados en un modelo racional que predice que la información modifica las actitudes y las conductas de los escolares, con programas «innovadores», fundados en modelos de refuerzo social, normas sociales y desarrollo. Con respecto al tabaco, se constató una diferencia en la velocidad de prevención, esto es, los cambios producidos de inmediato por los programas innovadores se constataban con los programas tradicionales solo después de cierto tiempo. Por el contrario, ni los programas innovadores ni los tradicionales se mostraron efectivos para prevenir el abuso de alcohol.

### *Meta-análisis de Bangert-Drowns (1988)*

Bangert-Drowns (1986) criticó varios aspectos metodológicos del meta-análisis pionero de Tobler. En primer lugar, el procedimiento *clásico* o *glassiano* utilizado que, a pesar de considerarse una técnica potente, es excesivamente tolerante con los estudios metodológicamente pobres. En segundo lugar, la inclusión de programas inespecíficos realizados fuera del contexto escolar. En tercer lugar, la exclusión de tesis doctorales y de programas destinados a niños de corta edad.

Para subsanar estas limitaciones realizó un meta-análisis en 1988, fijando criterios de selección más rigurosos, de modo que excluyó los

estudios sin grupo de control y los estudios centrados exclusivamente en el tabaco. Cumplieron los requisitos establecidos 33 estudios de los 126 preseleccionados. El efecto de los programas fue moderado en conocimiento, pequeño en actitud, especialmente si el método se reducía a charlas informativas, e insignificante en consumo. Los programas en los que intervenían como monitores compañeros líderes de grupo obtenían claramente mejores resultados que los aplicados exclusivamente por adultos. Del mismo modo, la participación voluntaria en el programa se traducía en mayores cambios conductuales.

### *Meta-análisis de Tobler (1992)*

En respuesta a las críticas recibidas, Tobler realizó un nuevo meta-análisis en 1992 con 120 programas procedentes de 90 estudios de investigación. En esta revisión distinguió entre contenido y aplicación de los programas, se limitó a los programas escolares, y abarcó un período de tiempo más amplio, 1978-1990. Los programas interactivos, como las habilidades para la vida o las influencias sociales, se mostraron ligeramente eficaces para modificar el consumo de drogas de los adolescentes. Por el contrario, los no interactivos, como la transmisión de información y/o la educación afectiva, fueron ineficaces. También se comprobó la eficacia de los programas aplicados a pequeña escala (20-400 participantes), pero no a gran escala (400-4.000 participantes).

### *Meta-análisis de Enneth, Tobler, Ringwalt y Flewelling (1994)*

Enneth, Tobler, Ringwalt y Flewelling (1994) analizaron el programa *Drug Abuse Resistance Education (DARE)*, creado en 1983 por el Departamento de Policía y la Junta Escolar de Los Angeles. Se aplica por oficiales de policía uniformados, que emplean técnicas didácticas como exposición teórica, discusión de grupo, sesiones de preguntas y respuestas, audiovisuales, cuadernos de ejercicios y representación de papeles. La eficacia del programa DARE fue media-baja para mejorar el conocimiento sobre las drogas y baja para adquirir habilidades sociales. Se constató un cambio estadísticamente significativo con el tabaco, pero no con el alcohol o la marihuana. En general el programa DARE se mostró menos eficaz que otros programas. Este meta-análisis presenta dos importantes limitaciones. En primer lugar, la inclusión de solo ocho

estudios y, en segundo lugar, la comparación de DARE, un programa comercial, elaborado con fines de divulgación y ampliamente diseminado por los currículos escolares en EE UU, su tasa de implantación se aproxima al 50%, con programas desarrollados en el marco de proyectos de investigación.

### *Meta-análisis de Rooney y Murray (1996)*

Rooney y Murray (1996) revisaron 131 programas de prevención del tabaquismo localizados en 90 artículos, publicados entre 1974 y 1991. Se codificaron catorce componentes, clasificando los programas en influencia social, habilidades de resistencia y habilidades sociales genéricas. Globalmente los programas redujeron un 5% el consumo de tabaco. Se mostraron más eficaces los programas que realizaron seguimientos en torno al año, que asignaron aleatoriamente los grupos a las intervenciones preventivas, que incluyeron observación y retroalimentación del experimentador, que distribuyeron la intervención en lugar de concentrarla temporalmente, que incluyeron diez sesiones o menos, que incorporaron a compañeros de la misma edad como monitores, y que llevaron a cabo sesiones de recuerdo en años posteriores.

### *Meta-análisis de Womer (1998)*

Esta autora presentó en la Reunión Anual de la Sociedad Americana de Criminología en Washington los resultados de un estudio meta-analítico que tenía los siguientes objetivos: a) conocer los elementos y componentes que favorecían el éxito de las intervenciones preventivas del abuso de drogas en la escuela, y 2) contrastar la eficacia de los programas tipo DARE frente a otro tipo de aproximaciones. Hemos comentado las características de este programa en el meta-análisis de Enneth, Tobler, Ringwalt y Flewelling (1994).

Se incluyeron 66 estudios, 14 de ellos eran evaluaciones del programa DARE (11 publicadas y 3 no publicadas) y 52 evaluaban otros programas. Los criterios de inclusión de los estudios fueron: 1) que tuvieran como objetivo la prevención de la drogodependencia, 2) que se desarrollaran dentro del ámbito escolar o bajo su auspicio, 3) que estuvieran destinados a un rango de edad desde educación infantil (5 años) hasta duodécimo grado (16 años), 4) con un formato instruccional, 5) que incluyeran un

grupo de comparación, 6) que aportaran datos cuantitativos de las variables de resultado evaluadas y 7) que estuvieran publicados (excepto las evaluaciones del DARE).

Se encontró que en el postest el tamaño del efecto promedio en cuanto a las actitudes en contra de las drogas era nulo, y negativo en cuanto a su uso. Se observó, no obstante, que había diferencias significativas en el pretest, notándose que los sujetos de los grupos de tratamiento habían consumido más que los de los grupos control, lo que se justifica por la tendencia a realizar programas con población de mayor riesgo. Comparando los programas tipo DARE frente al resto, los primeros tenían en cuanto a la actitud anti-droga un tamaño del efecto medio y negativo en el consumo. Los demás programas tenían un efecto todavía inferior en las medidas de actitud y en las de consumo.

Las principales conclusiones de este estudio, además de la información cuantitativa proporcionada sobre la eficacia de los distintos programas y del análisis de las variables moderadoras, fueron, por un lado, constatar que la instrucción era la estrategia didáctica más habitual y, por otro, que la eficacia de los programas tipo DARE resulta similar (considerablemente baja) respecto a otros programas.

Autor/es y año	Número de estudios	Región	Conclusiones principales
Tobler (1986)	143	Estados Unidos y Canadá	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tamaño del efecto medio de los programas es de 0,52 (empleando como criterio de evaluación el grado de conocimiento sobre las drogas); <math>d=0,26</math> (criterio: habilidades sociales); <math>d=0,24</math> (criterio: consumo); <math>d=0,18</math> (criterio: cambio de actitudes).</li> <li>• Según el criterio “tipo de programa”: Los centrados en variables psicosociales tienen un <math>d=0,40</math>. Los centrados en alternativas tienen un <math>d=0,22</math>. Centrados en conocimientos: <math>d=0,07</math>. Centrados en educación afectiva: <math>d=0,07</math>. Conocimientos + Educación afectiva: <math>d=0,15</math>.</li> </ul>

Continúa

Autor/es y año	Número de estudios	Región	Conclusiones principales
<b>Bangert-Drowns (1988)</b>	33	Estados Unidos y Canadá	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos sobre el nivel de conocimiento: <math>d=0,76</math>.</li> <li>• Efectos sobre las actitudes: <math>d=0,34</math>.</li> <li>• Efectos sobre el consumo de drogas: <math>d=0,12</math>.</li> <li>• El método más débil eran las charlas informativas.</li> <li>• El empleo de líderes consigue resultados medios superiores.</li> <li>• La participación voluntaria en el programa mostraba mayor efecto positivo en cuanto a cambios conductuales.</li> </ul>
<b>Rundall y Bruvold (1988)</b>	76	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los <math>d</math> eran mayores en los programas de prevención del tabaquismo vs. abuso del alcohol.</li> <li>• A corto plazo, los programas de prevención del tabaquismo tenían un <math>d=0,15</math>, y a largo plazo <math>d=0,34</math>.</li> <li>• En los programas de alcohol los <math>d</math> eran de 0,11 y 0,12 respectivamente.</li> <li>• Los <math>d</math> a corto plazo de los programas tradicionales eran más bajos que los innovadores, aunque tendían a igualarse en los seguimientos.</li> </ul>
<b>Tobler (1992)</b>	91	Estados Unidos y Canadá	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refina el meta-análisis de 1986, incluyendo sólo las medidas de consumo.</li> <li>• Datos de eficacia similares a 1986.</li> <li>• Eficacia diferencial en función del personal que aplica el programa. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Profesionales de la salud: <math>d=0,70</math>.</li> <li>– Profesores + profesionales salud: <math>d=0,38</math>.</li> <li>– Especialistas en educación o compañeros de estudiantes: <math>d=0,25</math>.</li> <li>– Profesores: <math>d=0,15</math>.</li> </ul> </li> </ul>

Continúa

Autor/es y año	Número de estudios	Región	Conclusiones principales
Enneth, Tobler, Ringwalt y Flewelling (1994)	8	Estados Unidos y Canadá	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se analiza la eficacia del programa DARE.</li> <li>• En los programas tipo DARE, los mayores TE correspondían a variables de conocimientos (<math>d=0,42</math>) y habilidades sociales (<math>d=0,19</math>), seguidos por la actitud hacia el uso de drogas (<math>0,11</math>) y autoestima (<math>d=0,06</math>). Los tamaños del efecto más bajos corresponden a la variable consumo de drogas (<math>d=0,06</math>).</li> <li>• El TE para el alcohol era de <math>0,06</math>, tabaco <math>0,08</math> y marihuana <math>-0,01</math>.</li> <li>• Comparándolos con otros programas, los TE del DARE eran más bajos.</li> </ul>
Rooney y Murray (1996)	131	No lo específica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los mayores tamaños del efecto se daban en los programas con: <ul style="list-style-type: none"> <li>– la intervención distribuida a lo largo del tiempo.</li> <li>– 10 sesiones de tratamiento o menos.</li> <li>– compañeros de la misma edad como co-terapeutas.</li> <li>– sesiones de recuerdo.</li> </ul> </li> <li>• El promedio del tamaño del efecto era del orden de <math>0,10</math>.</li> <li>• Los programas reducen el consumo de tabaco un <math>5\%</math>.</li> <li>• No se incluyen informes sin publicar; por lo que el tamaño del efecto puede estar sobreestimado.</li> </ul>
Womer (1998)	66	Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamaño del efecto en actitudes: <math>d=0,00</math></li> <li>• Consumo de drogas: (<math>d=-0,03</math>)</li> <li>• Programas DARE actitud anti-droga: (<math>d=0,02</math>)</li> <li>• Consumo: (<math>d=0,01</math>)</li> <li>• Otros programas: actitudes: <math>d=-0,01</math> consumo: <math>d=-0,04</math></li> <li>• La instrucción es la estrategia didáctica más habitual.</li> <li>• La eficacia de los programas tipo DARE resulta similar a la de otros programas.</li> </ul>

Continúa

Autor/es y año	Número de estudios	Región	Conclusiones principales
Tobler, Lessar, Marshall, Ochshorn y Roona (1999)	37	Estados Unidos y Canadá	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como promedio, <math>d= 0,09</math>.</li> <li>• Programas no-interactivos: (n=15) <math>d=-0,05</math>.</li> <li>• Programas interactivos (n=22) <math>d= 0,17</math>.</li> <li>• En las variables de actitudes, los programas no interactivos <math>d=0,04</math>, menor que en las de consumo (<math>d= 0,09</math>).</li> <li>• Los programas interactivos tenían un <math>d=0,27</math> en actitudes y <math>d=0,29</math> en consumo.</li> <li>• Según el tipo de monitor; compañeros, <math>d=0,26</math>, profesionales de salud mental <math>d=0,98</math> y profesores más líderes, <math>d=0,03</math>.</li> </ul>

**Tabla 9.1.** Descripción de los distintos meta-análisis sobre programas de prevención de la drogodependencia.

### *Meta-análisis de Tobler, Lessard, Marshall, Ochshorn y Roona (1999)*

Tobler, Lessard, Marshall, Ochshorn y Roona (1999) seleccionaron una submuestra de los estudios revisados en Tobler y Stratton (1997), constituida únicamente por las intervenciones preventivas del consumo de marihuana. Se analizaron 37 programas implementados en escuelas estadounidenses y canadienses entre 1978 y 1991. Los programas interactivos lograron modificar ligeramente la actitud y el consumo de los escolares. El cambio era bastante mayor cuando los programas interactivos los aplicaban profesionales de salud mental en vez de los compañeros de los participantes o de sus profesores y compañeros.

En nuestro país, Lence, Gómez y Luengo (1997) han revisado los meta-análisis sobre drogas en el ámbito escolar. Las principales conclusiones de su revisión fueron:

- Los programas preventivos se muestran más eficaces para mejorar el conocimiento sobre las drogas que para producir cambios de conducta en los escolares.
- Los programas que modifican variables psicosociales son más eficaces que los programas meramente informativos.

- Los programas de educación afectiva resultan ineficaces, aunque producen algún efecto cuando se complementan con otros componentes como la información.
- Los datos sobre la eficacia diferencial de los programas en función de las personas que los aplican, monitor «máster» (profesional experto) u otros monitores (compañeros, profesores), son contradictorios.

A nivel internacional se han realizado en los últimos años varios meta-análisis sobre programas de prevención del abuso de drogas en el ámbito escolar. Uno de los más recientes es el publicado en *Preventive Medicine* por Faggiano y colaboradores (2008). Las intervenciones fueron clasificadas según se basaran en habilidades, afectividad o conocimiento. En su revisión se incluyó 29 estudios de los cuales 28 se llevaron a cabo con estudiantes estadounidenses de 6° y 7° grado. Entre las principales conclusiones se encontró que los programas centrados en habilidades presentaban un efecto positivo sobre las variables conocimiento sobre las drogas, toma de decisiones, autoestima y resistencia a la presión). Los resultados en el postest mostraron una reducción del 20% en el consumo de la cannabis y de un 55% en el consumo de otras drogas. Estos resultados son consistentes con otros estudios con resultados que persisten a lo largo del tiempo (p.ej. Sussman et al., 2002). Por otro lado, los programas centrados en afectividad, mejoraron las habilidades en la toma de decisiones y en el conocimiento sobre las drogas, pero no mostraron pruebas sobre la eficacia en la prevención del consumo de drogas. Finalmente los programas centrados en el conocimiento mejoraron las variables mediadoras especialmente el conocimiento sobre las drogas, pero no mostraron ser más efectivos que los programas basados en competencias ni en afectividad. En esta revisión se concluye que los programas basados en habilidades ayudan a detener el consumo de drogas.

En 2009, Peters, Kok, Ten Dam, Buijs y Paulussen, realizaron una revisión sistemática sobre revisiones de programas de promoción de la salud escolar con el objeto de examinar los elementos eficaces que dominaban con mayor similitud en los programas sobre abuso de sustancias, comportamientos sexuales y nutrición. Un total de 55 revisiones y meta-análisis fueron seleccionadas desde el año 1995 hasta 2006. De estos 55 estudios, 36 fueron calificados de eficacia alta, 6 moderada y 13 baja. Los resultados de este estudio identificaron la evidencia de cinco elementos en revisiones de eficacia alta en todos los dominios: 1) la teoría social cognitiva; 2) entrenamiento en resistencia a las influencias sociales, especialmente en referencia al componente de la norma social; 3) el entrenamiento en habilidades cognitivo-conductuales; 4) la formación o entrenamiento de facilitadores; 5) inclusión de

múltiples componentes en los programas. Por otro lado, otros dos elementos adicionales fueron identificados en revisiones de eficacia moderada por proporcionar pruebas provisionales sobre la contribución positiva a los tres dominios: 1) la participación de los padres en los programas; 2) que los programas incorporen un alto número de sesiones. Por último, también hallaron elementos en otras revisiones de eficacia más débil en el dominio del abuso de sustancias que fue el uso de métodos interactivos en los programas y como elementos ineficaces los programas basados exclusivamente en la transmisión de conocimientos. Los autores concluyen que los cinco elementos principales se mostraron eficaces en los programas de promoción de la salud escolar para el abuso de sustancias, comportamientos sexuales y nutrición por lo que proponen factible un programa que integre los tres dominios.

Recientemente, Lemstra et al. (2010) en una revisión sistemática de programas de prevención escolar de cannabis y alcohol desde el año 1980 hasta el 2007 de adolescentes con edades entre 10 y 15 años y un seguimiento de un año o más, hallaron que los programas más eficaces fueron los que integraban además de información, también habilidades de rechazo, negociación y habilidades sociales.

En nuestro país no abundan los datos que permitan comparar nuestra situación con el estado actual del campo y que proporcionen información contrastada experimentalmente sobre las intervenciones preventivas, a fin de que los profesionales dispongan de información que les guíe en la elección y aplicación de los programas más eficaces en nuestro contexto sociocultural. Nosotros desarrollamos un meta-análisis sobre la eficacia de los programas de prevención españoles (Espada et al., 2002). Fueron incluidos 21 estudios independientes que cumplieron los criterios de selección. La mayoría de los programas se basaron en la teoría del aprendizaje social y utilizaron una metodología activa. Todos ofrecieron información oral, escrita y/o audiovisual sobre las drogas, siendo la combinación oral + escrita la fórmula más empleada. Los programas desarrollaron principalmente contenidos sobre los tipos de drogas y sus efectos, sobre las repercusiones negativas a corto y largo plazo, y sobre los factores de riesgo. Más de la mitad de los programas incluyeron el compromiso público respecto al uso de drogas y el entrenamiento en habilidades sociales, en general, y en resistencia a la presión social, en particular. Aproximadamente un tercio incorporaron como componentes activos el entrenamiento en resolución de problemas, la toma de una decisión personal sobre el uso de drogas, y el modelado, especialmente activo y en vivo. Los elementos menos comunes fueron la educación emocional centrada en la mejora del autoconcepto y la autoestima, relajación y autoinstrucciones como habilidades de afrontamiento,

y técnicas operantes como el contrato conductual y el autorrefuerzo. El programa preventivo promedio comprendió 9 horas de intervención, distribuidas en 9 sesiones semanales. Los monitores que aplicaron los programas, pertenecientes o no a la plantilla del centro escolar, fueron profesionales, sobre todo psicólogos, pedagogos y maestros, y en uno de ellos intervinieron además adolescentes líderes (Alonso y Del Barrio, 1998). Aproximadamente la mitad de los estudios realizaron seguimientos, cuya duración media fue once meses. Se estableció una escala de diez puntos para valorar la calidad de los estudios, 0 = calidad mínima, 9 = calidad máxima, que contemplaba además de las variables anteriores, otras como la mortalidad experimental, la ceguera experimental, el uso de pruebas estandarizadas o medidas objetivas, y la aplicación homogénea del programa a los participantes.

Los programas basados en las teorías de la acción razonada y del aprendizaje social fueron más eficaces que los fundados en la teoría de la transmisión de información, aunque esta diferencia fue solo marginalmente significativa. Los programas que presentaban la información combinando la transmisión oral con los medios escritos eran los más eficaces. Los programas con contenidos sobre los tipos de drogas y sus efectos, y sobre las repercusiones negativas a corto y largo plazo, fueron más eficaces que los que no proporcionaron esta información, aunque la diferencia fue pequeña ( $d_+ = 0,25$ ). La diferencia entre debatir o no los factores de riesgo fue marginalmente significativa, mientras que ofrecer datos sobre consumo no aumentó la eficacia.

El único componente incluido por la totalidad de programas fue la información sobre las sustancias y sus repercusiones negativas en la salud. Otros componentes que mostraron una tendencia a incrementar ligeramente la eficacia de las intervenciones fueron la resolución de problemas, la toma de decisión personal sobre el uso de sustancias y las tareas para casa.

El tamaño del efecto medio global reveló que los programas en el contexto escolar para disminuir el abuso de drogas son eficaces, aunque su eficacia fue pequeña ( $d_+ = 0,20$ ). Sin embargo, al analizar los programas con seguimiento a medio plazo (rango: 6-18 meses), entonces la eficacia aumenta hasta alcanzar un nivel moderado ( $d_+ = 0,65$ ). Los programas resultaron más eficaces con el alcohol, que con el tabaco u otras drogas. También obtuvieron más éxito para disminuir el consumo y mejorar el conocimiento, que para modificar las actitudes hacia las drogas. El componente de los programas que se mostró más eficaz fue la información sobre las sustancias.

En líneas generales, el efecto de los programas preventivos en España es pequeño y se sitúa en el límite inferior de la categoría baja eficacia establecida por Cohen (1988). En este sentido, la situación de la preven-

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>Porc.</b>
<b>Sustancia</b>	1. Drogas en general 2. Tabaco 3. Alcohol + Tabaco 4. Alcohol 5. Alcohol + Drogas de síntesis	43 % 24 % 19 % 9 % 5 %
<b>Teoría</b>	1. Aprendizaje social 2. Transmisión de información 3. Acción razonada 4. Sin especificar	66 % 14 % 9 % 9 %
<b>Metodología</b>	1. Activa 2. Pasiva 3. Sin especificar	71 % 24 % 5 %
<b>Componentes del programa</b>	1. Información 2. Compromiso público 3. Habilidades sociales 4. Resolución de problemas 5. Toma de decisión personal 6. Modelado 7. Tareas para casa 8. Educación emocional 9. Habilidades de afrontamiento 10. Técnicas operantes	100 % 62 % 52 % 38 % 33 % 33 % 26 % 14 % 14 % 5 %
<b>Información proporcionada</b>	1. Tipos de drogas y sus efectos 2. Repercusiones negativas a corto plazo 3. Repercusiones negativas a largo plazo 4. Factores de riesgo 5. Tasas de consumo 6. Expectativas normativas 7. Sin especificar	62 % 62 % 62 % 52 % 24 % 5 % 5 %
<b>Monitor</b>	1. Profesional 2. Profesional + compañeros líderes	95 % 5 %
<b>Formación del monitor</b>	1. Psicología 2. Educación 3. Sin especificar	43 % 33 % 24 %
<b>Vinculación del monitor</b>	1. Ajeno al centro escolar 2. Perteneciente al centro escolar	57 % 43 %

**Tabla 9.2.** Características de los programas preventivos españoles (Adaptado de Espada et al., 2002).

ción escolar de nuestro país no es mejor ni peor que la estadounidense y canadiense (Bangert-Drowns; 1988; Enneth *et al.*, 1994; Rooney y Murray, 1996; Tobler, 1986, 1992; Tobler *et al.*, 1999).

Variable	k <sup>a</sup>	Mín.	Máx.	Med.	Des. Est.
Número de sesiones	10	5	17	9,4	4,09
Duración de la intervención en semanas	4	5	17	9,40	4,09
Cantidad de la intervención en horas	17	5	17	9,06	3,29
Edad media de los participantes en años	21	5	15,10	12,24	2,48
Género de los participantes en % de varones	13	21,40	66,30	50,14	6,49
Seguimiento más largo en meses	12	6,00	18,00	11,00	5,62
Calidad del estudio de 0 a 9	19	3,50	7,00	5,58	1,12

<sup>a</sup> número de estudios.

**Tabla 9.3.** Características de los programas españoles (Espada et al., 2002).

### 9.3. Metodología de la prevención escolar: cómo diseñar, ejecutar y evaluar un programa

Este apartado pretende servir de guía para los profesionales que planeen llevar a cabo una acción preventiva en el ámbito escolar. Se presentan las fases que forman el proceso de intervención en el ámbito de la prevención escolar de drogodependencias.

#### *1ª fase: Diagnóstico*

Un adecuado análisis de la situación de los destinatarios es necesario por las siguientes razones:

- Permite detectar las carencias principales de los alumnos: en cada grupo de escolares (población, centro escolar o grupo de clase) exis-

ten unas pautas de consumo específicas y unas necesidades formativas concretas. Por ejemplo, mediante la evaluación previa puede detectarse el nivel de información de partida de los alumnos, y así detectar en qué aspectos presentan mayores lagunas o creencias inexactas.

- Posibilita adaptar los programas a la población diana. El hecho de que la prevención escolar sea generalmente universal (no suele distinguir a los sujetos en más o menos situación de riesgo) hace que los programas tiendan a estar estandarizados. No obstante, los protocolos de prevención permiten aplicar programas eficaces enfatizando más unos componentes u otros. La intervención «a medida» pretende centrar los programas en las características de los destinatarios. Así, en un grupo con baja competencia social, pueden ampliarse las sesiones dirigidas a mejorar la asertividad.

El diagnóstico puede basarse en varias fuentes: la primera, el conocimiento directo de los destinatarios. Nadie mejor que el propio tutor conoce al grupo de estudiantes, y en el caso de que vaya a encargarse de desarrollar el programa, cuenta con información valiosa sobre los alumnos. Si no se conoce al grupo (aula, cursos por nivel o centro escolar completo) las mejores fuentes de información son las entrevistas con el equipo docente y la evaluación previa del grupo.

Respecto a qué evaluar, interesa contar con información detallada sobre variables personales de riesgo y protección. En base a ellas serán adaptados los contenidos del programa. Además servirán como indicadores de la eficacia del programa. La intervención educativa puede contar con un sencillo diseño experimental, de modo que todo educador o agente preventivo actúa también como un científico que aportará al término de su trabajo información valiosa sobre las estrategias de prevención que funcionan. También resultará muy útil para conocer el resultado del trabajo y plantear las futuras intervenciones.

La información para este diagnóstico inicial debe ser lo más fiable posible. Por eso conviene incluir medidas de evaluación multimétodo (entrevistas, autoinforme, medidas psicofisiológicas, etc.). Generalmente los autoinformes se cumplimentan de forma anónima, de modo que no las respuestas no estén sesgadas por la deseabilidad social. La inclusión de un código que solo el alumno conoce sirve para comparar las respuestas de las distintas medidas a lo largo del tiempo.

Instrumento	Descripción
<b>Cuestionario sociodemográfico.</b>	<p>Recoge información sobre estructura familiar; nivel socioeconómico, nivel formativo de los padres, estilo educativo, satisfacción con las relaciones familiares, disponibilidad económica y consumo de sustancias por los padres. Consta de diecisiete preguntas de opción múltiple.</p>
<b>Cuestionario de Información sobre Drogas (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003).</b>	<p>Indaga el conocimiento sobre los efectos a corto y largo plazo del alcohol, el tabaco, el cannabis y otras drogas ilegales como la cocaína y las drogas de síntesis. También identifica creencias erróneas sobre estas sustancias. Se compone de cuarenta preguntas con tres alternativas de respuesta y de seis escalas gráficas sobre la percepción del consumo de drogas por compañeros de la misma edad. Con el fin de descartar preguntas con escasa capacidad discriminativa, se estudiará el índice de dificultad comprobando que ninguna sea contestada erróneamente por más del 90% de los participantes. La prueba consta de cuatro escalas de diez preguntas: alcohol (1-10), tabaco (11-20), cannabis (21-30), otras drogas ilegales (31-40). Las escalas explican más del 40% de varianza y presentan coeficientes de consistencia interna, alfa de Cronbach, mayores de 0,70. Ejemplos: «Los licores tienen menos graduación que la cerveza» o «El alcohol es una sustancia estimulante»</p>
<b>Cuestionario de Intención de Consumo (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003).</b>	<p>Examina la intención de realizar conductas relacionadas con la compra, consumo ocasional o habitual de drogas legales e ilegales. Son siete cuestiones de respuesta dicotómica. El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, es 0,66, que se sitúa por debajo del límite recomendable de 0,70 (Prieto y Muñoz, 2000), sin embargo, puede considerarse aceptable teniendo en cuenta el reducido número de elementos. El porcentaje de varianza explicada es del 37%. Ejemplos: «Compraría alcohol para mi uso» o «Estaría dispuesto a emborracharme alguna vez».</p>
<b>Inventario de Habilidades Sociales para Adolescentes (TISS; Inderbitzen y Foster, 1992).</b>	<p>Evalúa la competencia social especialmente las relaciones con los compañeros. Consta de cuarenta ítems agrupados en dos escalas: conducta prosocial y conducta antisocial. El formato de respuesta es una escala Likert de seis puntos. Se usó la adaptación española de Inglés, Hidalgo, Méndez e Inderbitzen (2003). El coeficiente alfa de Cronbach es 0,89 para conducta prosocial y 0,84 para conducta antisocial. El porcentaje de varianza explicada fue 33%. Ejemplos: «Digo a otros chicos cómo siento las cosas realmente» o «Miento para salir de un apuro»</p>

Continúa

Instrumento	Descripción
<b>Escalas de Actitudes hacia el alcohol, el tabaco y otras drogas (López-Sánchez, García-Rodríguez, Mira y Estévez, 2000).</b>	Mide las actitudes hacia el tabaco, el alcohol y otras drogas, mediante una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta, mediante trece ítems por cada escala. La varianza explicada en cada una de las escalas alcanza el 60% de la misma.
<b>Cuestionario de Aserción ante las Drogas (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003).</b>	Estima la probabilidad de diez conductas asertivas relacionadas con la oferta y consumo de alcohol y drogas de síntesis mediante una escala de cinco puntos. El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,86. El análisis de la dimensionalidad reveló la existencia de un único factor que explicó el 46% de la varianza. Ejemplos: «Rechazaría un trago de cubata si no me apeteciera» o «Defendería en público que es peligroso conducir la moto después de pasarte con el alcohol».
<b>Inventario de Resolución de Problemas Interpersonales (SPSI-R; Maydeu y D’Zurilla, 1996).</b>	Recaba información sobre estrategias para abordar problemas y sobre estilo de afrontamiento. Se empleó la adaptación para adolescentes de Luengo et al. (1999), compuesta por veintisiete preguntas con tres opciones de respuesta. El análisis psicométrico de la prueba las redujo a diecisiete, eliminando diez cuya correlación con el test fue inferior a 0,30. El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,67 y la varianza explicada 42%. Ejemplos: «Cuando tengo que decidir algo valoro y comparo cada alternativa» o «Creo que soy demasiado impulsivo a la hora de tomar decisiones».
<b>Cuestionario de Consumo de Drogas (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003).</b>	Evalúa de forma anónima el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. Está formado por trece ítems de alternativa múltiple. Incluye cinco ítems para la valoración de la percepción de riesgo para cada sustancia en una escala de cinco puntos. Ejemplo: «En tu opinión, ¿qué grado de riesgo para la salud crees que hay en fumar habitualmente?».

**Tabla 9.4.** Algunos autoinformes de evaluación empleados en prevención escolar.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas cualitativas de recogida de información <ul style="list-style-type: none"> <li>– Entrevistas con informantes clave: profesores, padres.</li> <li>– Grupos focales de discusión.</li> </ul> </li> <li>• Autoinformes <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cuestionarios de información.</li> <li>– Cuestionarios de consumo.</li> <li>– Cuestionarios de evaluación de variables mediadoras de riesgo.</li> </ul> </li> <li>• Medidas psicofisiológicas <ul style="list-style-type: none"> <li>– Coximetría (monóxido de carbono en el aire espirado).</li> <li>– Otras.</li> </ul> </li> </ul>
--

**Cuadro 9.1.** Recogida de información.

## *2ª fase: Programación*

Los objetivos a cumplir en esta fase son:

- Elegir el programa protocolizado que más se adapte a las necesidades de la población diana. Además de este criterio, otros a tener en cuenta son que el programa preventivo haya sido experimentado previamente con buenos resultados con población de características similares.
- Adaptar los contenidos del programa a la población diana, dentro de las recomendaciones sugeridas el protocolo del programa. Se trata de ajustar el programa sin que pierda su esencia y por tanto su eficacia. Generalmente los manuales de aplicación incluyen sesiones opcionales, actividades a adaptar al momento o características de los destinatarios, etc.
- Seleccionar el formato y cronograma de las sesiones:
- Determinar los agentes responsables de la aplicación. Como se expuesto en el apartado sobre eficacia de los programas preventivos, puede optarse por distintos agentes: profesores previamente entrenados, profesionales expertos, o pares entrenados. También es factible combinar distintos agentes en la aplicación. Cada figura presenta ventajas respecto a las demás (mayor identificación del par, más prestigio del experto, etc.)
- Entrenar y coordinar a los aplicadores: principalmente sobre la metodología del programa y las respuestas estándar ante dudas de los participantes. Resulta útil una revisión sesión por sesión del programa.
- Preparar los materiales precisos para la aplicación: cuadernos del alumno si los hay, recursos audiovisuales, etc.

## *3ª fase: Implementación*

Esta etapa consiste en la aplicación propiamente dicha del programa preventivo. Algunas recomendaciones que pueden tenerse en cuenta en esta fase son:

- Elegir un lugar apropiado para las actividades del programa. El aula habitual puede ser el sitio escogido, siempre y cuando permita la realización de las actividades.

- Supervisar con la antelación suficiente la disponibilidad de materiales para los participantes y los medios didácticos que se precisen.
- Informar con veracidad sobre los contenidos que se traten, evitando ofrecer datos innecesarios o poco contrastados, y mensajes atemorizantes que generan rechazo.
- Adoptar una postura abierta a las opiniones de los alumnos, promoviendo la reflexión y el análisis de ventajas e inconvenientes del consumo.
- Realizar un seguimiento de la marcha de las sesiones, evaluando que efectivamente son adecuadas a las características del grupo, pertinentes a las necesidades y bien aceptadas por los alumnos.

#### *4ª fase: Evaluación y seguimiento*

En esta fase se pretende comprobar empíricamente los efectos del programa. En prevención de drogodependencias los resultados a corto plazo generalmente afectan a las variables de riesgo y a medio y largo plazo a las variables de consumo (ocurrencia del consumo, frecuencia, combinación con otras conductas de riesgo como conducir, etc.).

La evaluación de un programa nos indica si éste ha tenido éxito en la consecución de los objetivos propuestos, y en qué medida. Para ello interesa conocer si los participantes han adquirido la información y las habilidades necesarias para poner en práctica las conductas-meta, y si éstas se mantienen a lo largo del tiempo. A la hora de valorar la eficacia de un programa podemos atender, entre otras, a variables informativas como los conocimientos sobre los efectos negativos a corto y largo plazo del uso de sustancias. Entre las variables actitudinales, se evalúa la actitud favorable hacia la abstinencia o el consumo responsable, la intención de poner en práctica dichas conductas, la reducción/eliminación de miedos irracionales y la actitud positiva hacia los afectados. Las principales variables conductuales a evaluar son las habilidades sociales generales y la resistencia a la presión social hacia el consumo, la capacidad de afrontar eficazmente problemas, la toma de decisiones respecto al consumo.

La evaluación de los resultados se realiza normalmente mediante un diseño A-B, en el que se operativizan y evalúan las variables de resultado. Es preciso, asimismo, hacer un seguimiento al cabo del tiempo (12, 24 meses) para comprobar si los cambios producidos por el programa se mantienen.

## 9.4. Técnicas de intervención en prevención escolar

### 9.4.1. Métodos de entrenamiento en habilidades

#### *Entrenamiento en habilidades sociales*

El entrenamiento en habilidades sociales es uno de los elementos centrales de la intervención comportamental-educativa por dos razones (Macià, 2000): 1) por la estrecha relación entre la competencia social infantil y el posterior desarrollo psicológico y social, y 2) por la importancia de las habilidades de relación interpersonal en la adaptación a la vida cotidiana. Además de la práctica de habilidades sociales generales, en la prevención de la drogadicción se ha otorgado especial importancia a un tipo concreto de habilidad: la *asertividad*. Ésta se ha definido como la capacidad de expresar los propios derechos y opiniones con respeto hacia los derechos de los demás. Si bien el entrenamiento en asertividad comenzó constituyendo una terapia individual para adultos (Wolpe y Lazarus, 1966), se ha ido extendiendo progresivamente a numerosos programas de entrenamiento, especialmente de tipo educativo o preventivo. Se considera especialmente indicado durante el inicio de la adolescencia, por los beneficios que supone potenciar en esta etapa el autoconcepto y promover el locus de control interno (Wise, Bundi, Bundy y Wise, 1991). El objetivo que se persigue con este entrenamiento es que los alumnos aprendan a identificar los obstáculos al comportamiento asertivo y a comportarse de forma asertiva en todo tipo de situaciones. La estrategia indicada es el entrenamiento en habilidades sociales, que se desarrolla en varios pasos:

- Fase educativa:
  - Paso 1: Discusión sobre los estilos de comportamiento: pasivo, asertivo, agresivo.
  - Paso 2: Diálogo sobre los obstáculos para comportarse de forma asertiva (p.e. decir «no» de forma adecuada).
- Fase de entrenamiento en habilidades: Práctica de habilidades asertivas.
  - Paso 3: Selección de una habilidad concreta a entrenar.
  - Paso 4: Modelado por parte del monitor-terapeuta.
  - Paso 5: Escenificación mediante representación de papeles una situación relacionada con la habilidad.
  - Paso 6: Refuerzo positivo a los participantes, destacando los aspectos adecuados de su ejecución.

- Paso 7: Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo de participantes. Se debe atender a los aspectos verbales, paraverbales y no verbales de la interacción social representada.
- Paso 8: Repetición del ejercicio de representación de papeles.

En la tabla 9.5 se resumen los contenidos a tratar en la fase educativa del entrenamiento en habilidades sociales y las principales habilidades genéricas y específicas a practicar.

Contenidos informativos	Habilidades genéricas	Habilidades específicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios para unas habilidades sociales adecuadas.</li> <li>• Mecanismos de adquisición de las habilidades sociales.</li> <li>• Estilo pasivo, asertivo y agresivo.</li> <li>• Proceso y componentes de la comunicación.</li> <li>• Lenguaje verbal y no verbal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conversaciones.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Iniciar, mantener y finalizar conversaciones.</li> <li>– Escuchar activamente.</li> <li>– Presentarse a desconocidos.</li> </ul> </li> <li>• Introducirse en una conversación.</li> <li>• Opiniones positivas.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hacer cumplidos, elogiar.</li> <li>– Recibir cumplidos.</li> </ul> </li> <li>• Opiniones negativas.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hacer críticas.</li> <li>– Aceptar críticas.</li> </ul> </li> <li>• Expresión de sentimientos.</li> <li>• Defender los propios derechos.</li> <li>• Hacer peticiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defender la propia postura ante las drogas y su abuso.</li> <li>• Expresar opiniones positivas sobre las conductas saludables.</li> <li>• Expresar opiniones contrarias al abuso de drogas.</li> <li>• Rechazar el ofrecimiento de una droga.</li> <li>• Pedir una bebida no alcohólica en un bar.</li> <li>• Resistir la presión cuando varios amigos insisten en beber o tomar otras drogas.</li> <li>• Rehusar a beber cuando se va a conducir.</li> </ul>

**Tabla 9.5.** Entrenamiento en habilidades sociales en un programa preventivo.

### *Entrenamiento en resolución de problemas*

Los primeros estudios sobre los procesos de resolución de problemas y su relación con un buen ajuste social fueron desarrollados por Spivack, Platt y Shure (1976). La capacidad de tomar decisiones responsablemente es para el adolescente una importante habilidad que le proporciona autonomía personal. Éste constituye el objetivo de partida del entrenamiento en resolución de problemas. Por otro lado, la toma de postura ante el consumo de

drogas supone en sí misma una decisión a adoptar. Por ambas razones es un componente que se incluye en muchos programas de fomento de competencias personales. Además, la habilidad de toma de decisiones se cita a menudo como uno de los principales factores asociados con el consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia (Grimes y Swisher, 1989; Pfeffer, 1993).

Uno de los procedimientos más utilizados para el entrenamiento en resolución de problemas es la técnica de D'Zurilla y Goldfried (1971). Estos autores definen la resolución de problemas como «un proceso conductual (...) que hace disponibles diversas alternativas de respuesta potencialmente eficaces para hacer frente a la situación y que aumenta la probabilidad de seleccionar la respuesta más eficaz entre estas alternativas» (o.c., p. 108).

El método consta de los siguientes pasos:

1. Orientación hacia el problema.
  - Percepción del problema.
  - Valoración de las causas.
2. Definición y formulación del problema.
  - Recopilación de información relevante para el problema.
  - Comprensión del problema.
  - Establecimiento de metas realistas respecto al problema.
  - Re-valoración del problema.
3. Búsqueda del mayor número de alternativas como posibles soluciones al problema.
  - Principios aplicables en esta etapa:
  - Principio de cantidad antes que calidad.
  - Principio de dilación del juicio: esperar a valorar las consecuencias en la siguiente fase.
  - Principio de variedad.
4. Valoración de cada solución posible, atendiendo a las consecuencias de la puesta en práctica de esa alternativa, tanto positivas como negativas, a corto y largo plazo.
5. Toma de decisiones.
6. Puesta en práctica de la medida elegida.
7. Evaluación de la puesta en práctica.
  - Autoevaluación.
  - Autorrefuerzo si los resultados son satisfactorios, o nuevo proceso si la medida no ha solucionado el problema.

En los programas de prevención de la drogodependencia, los alumnos pueden aprender los pasos básicos del método de resolución de proble-

mas aplicado a situaciones cotidianas. Posteriormente, se pueden plantear supuestos relacionados con la oferta de drogas (véase el cuadro 9.2). Por último, los adolescentes pueden aplicar el método para la toma de decisión sobre su postura en el futuro ante las drogas, una vez analizadas las ventajas e inconvenientes de su consumo.

García-Rodríguez y López (1988) valoraron dos programas preventivos, uno de ellos basado en el modelado y la representación de papeles y otro en la técnica de resolución de problemas. Ambas condiciones experimentales fueron comparadas con un grupo control sin tratamiento. En el seguimiento a los doce meses, se observó que las actitudes saludables en los dos grupos experimentales eran significativamente mayores que las de los sujetos que no recibieron ninguna intervención.

**El caso de Laura**

Es sábado, y como muchos fines de semana Laura está con sus dos mejores amigas en la puerta de un pub al que suelen ir. Un chico se acerca a ellas y les ofrece «chocolate». Ellas suelen fumar algún cigarro de vez en cuando, pero casi nunca compran tabaco. Piensan en decirle al chico que no quieren, pero las tres se miran, pensando que les apetecería probar cómo sienta un cigarro con hachís.

**El caso de Eduardo**

Eduardo se lo suele pasar muy bien con sus amigos. Les gusta ir a las discotecas, bailar y ver a las chicas que van por allí. Este sábado hay una fiesta especial, vienen disc-jockeys invitados y habrá música durante ocho horas seguidas. Antonio, uno del grupo propone comprar pastillas y tomar todos. Conoce a un chico que las pasa, y no son muy caras. Eduardo no sabe qué hacer.

**El caso de Adrián**

Adrián cumple quince años dentro de una semana, y lo quiere celebrar con sus amigos. Durante el verano han celebrado varios cumpleaños, ya que son muchos en la pandilla, y todos han sido parecidos: comprar bebida y hielo en el supermercado, e irse a la playa a beber y a estar allí. Se lo suelen pasar bien, pero alguna vez ha habido malos rollos porque alguno ha bebido mucho y se ha puesto agresivo. Una vez dos de ellos llegaron a las manos discutiendo, y otra vez se pelearon con otros chicos que les habían provocado. Adrián no está seguro de querer celebrar así su cumpleaños, pero sabe que a sus amigos les gustaría.

**Cuadro 9.2.** Ejercicios para la práctica de la toma de decisiones. (Adaptado de Espada y Méndez, 2003).

### *Manejo de la ansiedad y la ira*

Algunos programas preventivos incluyen entre sus objetivos el enseñar a los adolescentes a afrontar situaciones estresantes (p. ej., Botvin, 1998).

El entrenamiento en este tipo de técnica se justifica porque entre las motivaciones para consumir tabaco, alcohol u otras drogas se incluye la intención de vencer las dificultades de la vida diaria. Así por ejemplo, un adolescente puede beber para superar su timidez, o fumar para calmar los nervios antes de un examen. El objetivo a la hora de enseñar estas estrategias es, por tanto, que los destinatarios aprendan a controlar su conducta sin ayuda de las drogas.

Como señalan Luengo *et al.* (1999), para la enseñanza de técnicas de manejo de la ansiedad se puede partir de situaciones que desaten reacciones emocionales negativas, propuestas por el grupo, analizando sus componentes cognitivos, fisiológicos y comportamentales, transmitiendo la importancia de detener precozmente la respuesta agresiva. También se presentan técnicas como el entrenamiento en respiración profunda, la relajación muscular progresiva, el ensayo mental y la reestructuración cognitiva.

### *Establecimiento de objetivos*

Con esta técnica se pretende fomentar en los adolescentes la reflexión sobre sus conductas futuras, enseñándoles a plantearse metas de cambio a corto, medio y largo plazo. Se comienza pidiendo a cada participante que evalúe en qué áreas personales les gustaría mejorar o hacer algún cambio. Después de transcribirlas, se les propone que establezcan submetas o pasos intermedios necesarios para conseguir ese cambio propuesto. Seguidamente, planifican el tiempo que han de invertir en dar esos pasos, y las acciones concretas a realizar. Por último, se decide una fecha en la que se revisará el grado de cumplimiento y se repasarán los siguientes pasos a dar.

En el programa desarrollado por Casas (1998) los participantes aplican este método, programando metas personales y evaluándose a sí mismos en cuanto a su consecución.

### *Autorrefuerzo*

El autorrefuerzo consiste en la autoadministración de un reforzador de forma contingente a la ejecución de una conducta. Es decir, justo después de haber realizado algo que una persona se ha propuesto, se premia a sí misma, por ejemplo realizando una actividad agradable. Así, alguien que lleva una semana sin fumar, podría comprarse una camisa nueva como premio por haber superado ese plazo. El autorrefuerzo puede ser

también encubierto, o sea, consistente en un mensaje de felicitación que el individuo se dice a sí mismo.

El programa *Saluda* (Espada y Méndez, 2003) dedica una sesión a enseñar a los alumnos esta técnica. Se practica primero con situaciones elegidas por los participantes, para posteriormente emplear el autorrefuerzo por el cumplimiento semanal de su decisión de no consumo o consumo responsable.

Explicación del monitor sobre el uso del autorrefuerzo encubierto. Modificado de Espada y Méndez (2003).

A veces nos decimos frases mediante un diálogo interno para castigarnos por algo que nos ha salido mal (“soy un desastre» «no valgo para eso», etc.). Vamos a darle «la vuelta a la tortilla», cambiando esas frases negativas por otras que nos infundan ánimo a pesar de haber tenido algún fallo.

Por ejemplo, Luis se comprometió con su clase a beber alcohol solo de forma moderada. El sábado pasado bebió demasiado, se sintió mareado y acabó vomitando en la calle. Ahora se siente mal y piensa (*anotándolo en la pizarra*): «Qué poca fuerza de voluntad tengo», «Ya he faltado a mi palabra, ahora da igual si me emborracho otra vez», «Soy un borracho», «Soy incapaz de parar a tiempo», etc. ¿Qué podría pensar Luis en lugar de estas frases negativas? (*Anotad un pensamiento alternativo para cada una, por ejemplo «No se acaba el mundo por fallar una vez», «He incumplido mi compromiso solo uno de diez fines de semana, luego he cumplido en un 90 %», «Pasarse un día no significa ser un borracho», o «La próxima vez me daré cuenta de cuándo debo parar»*).

A partir de ahora intenta darte ánimos empleando auto-diálogos. Cada semana que hayas cumplido tu compromiso personal, felicítate a ti mismo con una frase de ánimo. Puedes decírselo también a alguno de tus compañeros. Si alguien os lo cuenta, entonces le felicitáis efusivamente por su logro.

**Cuadro 9.3.** Explicación del monitor sobre el uso del autorrefuerzo encubierto. Modificado de Espada y Méndez (2003).

### *Educación emocional (autoconcepto y autoestima)*

Tener una autoestima alta constituye un factor de protección frente al consumo y abuso de drogas. La justificación de su inclusión como tema formativo para padres se basa, además, en la hipótesis de que la autoestima elevada capacita al joven para la toma de decisiones, fomenta su responsabilidad y le ayuda a resistir la presión de grupo.

### *Compromiso público*

Algunos programas incluyen la manifestación pública del compromiso de no consumir o consumir responsablemente (Becoña, 2006; Espada

y Méndez, 2003; Palomares, 1997). Para ello se puede dar la palabra a los participantes que deseen expresar su decisión, o emplear una técnica grupal para mostrar la postura personal.

### *Alternativas de ocio*

Se parte de la premisa de que si los adolescentes cuentan con una oferta suficiente de actividades saludables para el tiempo libre, entonces se reduce la probabilidad de consumir o abusar de las drogas. En ese sentido, se considera la implicación en actividades asociativas o deportivas como un factor de protección ante el abuso de drogas (Espada, Sarabia y Lillo, 1998; Macià, Olivares y Méndez, 1990).

## **9.5. Consideraciones finales**

Las drogas están presentes en las distintas culturas desde antiguo. Un objetivo de la educación sobre las drogas debe ser enseñar al adolescente a convivir con ellas. El hecho de que drogas como el alcohol supongan un problema de salud depende de que los individuos sean capaces de discriminar y marcar un límite entre el uso no perjudicial para la salud y el consumo abusivo. El problema de las drogodependencias, como se ha visto, tiene un origen multicausal, por lo que la intervención educativa ha de atender a múltiples variables. Igualmente, las actuaciones educativas habrían de complementarse con medidas a nivel político para favorecer la reducción de la oferta de drogas. Aunque los avances en la investigación y desarrollo de intervenciones preventivas han sido notables en los últimos años, se precisa:

- Disponer de información sobre la efectividad de los programas atendiendo a variables comportamentales. Las medidas de conocimientos sobre las drogas y actitudes sirven como estimación de los cambios en las variables mediadoras, pero es necesario saber si el programa funciona en cuanto a promover cambios de conductas (retraso en la edad de inicio, descenso en las tasas de consumo).
- Fundamentar todas las intervenciones preventivas en modelos teóricos que hayan demostrado su utilidad e incluir técnicas de eficacia probada, optimizando paulatinamente los contenidos de los programas.

- Adaptar los curriculums formativos a las nuevas tendencias en el consumo (drogas y pautas de consumo, edad de inicio, motivaciones hacia el consumo, etc.).
- Integrar la educación sobre las drogas como una transversal en la educación primaria y secundaria. Para ello los docentes han de contar con el respaldo material y formativo que les permita desarrollar estos temas de forma continuada.

## Capítulo 10

# Intervención preventiva en el trabajo

### 10.1. La intervención preventiva en el trabajo

La prevención de riesgos laborales en el ámbito del consumo de drogas tiene una importancia capital, dada su repercusión sobre aspectos como la productividad, la capacidad competitiva de una empresa o la calidad de los servicios o los productos que ofrece al mercado. Pero no solo podemos medir el impacto del consumo de alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo en términos de costes económicos, sino del alto precio que se paga a nivel humano. La historia de las sociedades es testigo de la capacidad del trabajo para definirnos como personas, determinar nuestra posición en la sociedad, determinar nuestro proyecto de vida, nuestros intereses o amistades en algunos casos. Por todo ello, nos resulta imposible separar por completo nuestro espacio laboral del resto de dimensiones de nuestra vida.

El espacio que ocupa la actividad laboral no es un compartimento estanco respecto a las demás áreas que conforman la vida de una persona (familiar, relacional, de ocio, etc.). Teniendo esto en cuenta, es fácil llegar a la conclusión de que todos aquellos factores de riesgo que se puedan detectar en el ámbito familiar, social o personal, pueden repercutir sobre nuestra forma de relacionarnos o de gestionar el tiempo y el lugar de trabajo. En este sentido, el consumo de drogas como fenómeno multicausal, acaba salpicando a todas las áreas de funcionamiento personal, pero puede tener consecuencias irrecuperables, multiplicando las probabilidades del trabajador de enfermar o ser víctima de accidentes laborales y, en consecuencia, incrementar no solo el coste empresarial, sino también los costes socio-sanitarios.

Son muchos los estudios que aportan evidencias sobre el aumento de accidentes, absentismo, robos, baja productividad, problemas de salud o pérdida de empleo derivados del abuso de drogas. Como ejemplo, Webb y cols. (1994) establecían que el absentismo era dos o tres veces mayor entre aquellos que abusaban de las drogas y el alcohol frente a los demás empleados; Hingson y cols. (1985) afirmaban que en torno a un 10% de los accidentes en el trabajo tenían en su origen la intoxicación del trabajador por consumo de sustancias, y Cohen y cols. (1988), determinaron que aquellos trabajadores con problemas de consumo de alcohol u otras

drogas requerían tres veces más prestaciones por enfermedad y presentaban cinco veces más solicitudes de indemnización. Por otro lado, y en el marco de la crisis económica que vivimos, hay estudios que muestran un impacto considerable de factores como la inseguridad laboral en relación al consumo de drogas y alcohol (Kivimäki, Vahtera, Pentti y Ferrie, 2000) sobre todo en aquellas personas con sentimientos negativos y baja motivación hacia el trabajo. De manera que la calidad del empleo parece ser un determinante social con un importante peso en la explicación tanto de la salud individual como colectiva y en la que el consumo de sustancias psicoactivas puede actuar como variable mediadora (Benavides, Benach, Díez-Roux y Román, 2000).

## **10.2. Marco legislativo**

Los organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) o la Organización Mundial de la Salud (OMS), se han mostrado sensibles al problema trasladando a cada país la necesidad de establecer un marco legal en materia de adicciones, específico para el medio laboral, que respalde y proteja tanto a los trabajadores como a los empresarios.

En el ámbito estatal español, destacarían las medidas del Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, así como las legislaciones autonómicas, entre las que destaca el caso de la Comunidad Valenciana, como una de las regulaciones más avanzadas en cuanto al marco legal de cobertura y los criterios que establece.

### **10.2.1. Legislación internacional en materia de drogas en el trabajo**

Los organismos internacionales surgen de la necesidad de los diferentes países de hacer frente a problemas comunes a través de la firma de acuerdos de colaboración. Esto implica de partida, que las soluciones que se alcancen tendrán un carácter general, que en ocasiones resulta ser un aspecto determinante a la hora de implementarlas, dado que las medidas que se proponen pueden chocar frontalmente con la identidad o las particularidades del país donde se aplican. Por tanto, y teniendo en cuenta lo anterior, no bastan las medidas de carácter punitivo o exclusivamente legislativas, para hacer frente al consumo de alcohol y otras drogas en el

trabajo. La experiencia nos dice que previamente hemos de crear o promover experiencias prácticas y condiciones necesarias en la comunidad sobre la que vamos a intervenir, para poner en marcha dichas medidas de forma adecuada.

De entre los organismos internacionales más destacados en su trabajo preventivo frente al consumo de drogas en el ámbito laboral, resaltamos la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo o la Comisión en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Comunidad Europea.

Desde 1946, la ONU a través de sus organismo y órganos dependientes, como el Consejo Económico y Social, la Comisión de Estupefacientes, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, el programa para la Fiscalización Internacional de Drogas o el Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios, vienen desarrollando un intenso trabajo, que ha dado lugar desde entonces a diferentes protocolos, estrategias y programas, con objeto de combatir el uso indebido de drogas en el marco laboral.

Como ejemplo, en la «Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas» que se celebró en Viena en 1987, tras el estudio de la situación se propusieron una serie de recomendaciones que enfatizaban la importancia de la prevención a la hora de reducir el uso indebido de drogas en el lugar de trabajo. Se apostaba entonces por la puesta en marcha de campañas de divulgación sobre los riesgos que supone el consumo de sustancias, la organización de seminarios dirigidos tanto a supervisores como a trabajadores, y la difusión de las políticas y recursos de la empresa, en relación a los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas disponibles. Estas directrices habían de establecerse de forma consensuada con las partes interesadas, de modo que las organizaciones que agruparan tanto a empresarios como a trabajadores, pusieran en marcha medidas conjuntas para disminuir el uso indebido de drogas.

Otro ejemplo lo encontramos en el periodo extraordinario de sesiones sobre el problema de las drogas en el mundo, correspondiente a la Asamblea General de la ONU de 1998, en el que se afirmaba que:

- Las sociedades pagan un pesado tributo por el uso indebido de drogas, tanto en términos económicos como humanos.
- La mayoría de los consumidores tienen entre 18 y 35 años, son trabajadores y trasladan su comportamiento al centro de trabajo, con la consiguiente difusión, que plantea problemas graves.

- Los esfuerzos de los agentes económicos y sociales para frenar tal situación engendran a menudo situaciones agresivas y represivas, de general deterioro, perjudiciales para empresas y trabajadores.
- En consecuencia, disminuye tanto la productividad, la calidad y la competitividad, como la salud de los trabajadores, aumentando los accidentes y enfermedades profesionales, los costos empresariales, el absentismo y los gastos sociales y sanitarios.
- Por ende, los productos y servicios defectuosos crean riesgos de seguridad y salud para el público consumidor; que es quien, además, está pagando los gastos sociales y sanitarios mencionados.

La Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud, como organismos dependientes de la ONU, también prestan una atención especial al abordaje de las conductas adictivas en el trabajo.

La OIT apuesta por tres pilares básicos a la hora de elaborar políticas relativas al consumo de alcohol y drogas en el ámbito laboral. El primero de ellos es la colaboración entre los agentes sociales implicados, y no solo en referencia a trabajadores y empresarios sino también a otros expertos relacionados con la prevención y reducción de los problemas derivados de conductas adictivas, como el personal sanitario, profesionales de la psicología, especialistas en recursos humanos etc.

El segundo pilar se basa en la elaboración de políticas específicas sobre alcohol y drogas. Estas políticas han de contemplar medidas para reducir el consumo de sustancias, a través de la mejora de las condiciones de trabajo, las buenas prácticas de empleo, la adecuada gestión de los recursos humanos, y un sistema fluido y participativo de comunicación entre trabajadores, representantes y nivel directivo.

Otras medidas incluyen la prohibición o limitación del uso de alcohol y drogas en el lugar de trabajo, el establecimiento de normas de conducta al respecto, que de ser violadas impliquen sanciones disciplinarias y la puesta en marcha de programas educativos, formativos u otro tipo de actividades de corte preventivo.

Desde otro punto de vista, tendríamos las medidas destinadas a garantizar el tratamiento y rehabilitación de las personas con problemas de abuso de drogas, que de acuerdo con la legislación nacional y autonómica, les aseguren que pueden presentarse en igualdad de condiciones que otros trabajadores a la hora de acceder a un nuevo empleo.

El último de los pilares, se asienta en la evaluación. Aquí entraría la evaluación entendida como la búsqueda de indicadores que nos muestren la magnitud del problema, su distribución, características e impacto.

Éste último medido en términos de licencias por enfermedad, nivel de accidentalidad, movimientos de personal, absentismo, consumo de alcohol o tabaco en la cafetería o comedor de empresa, o bien opiniones de empleados, mandos intermedios o responsables de los servicios de salud laboral. También nos referimos en este punto a la evaluación tanto de las medidas implementadas para revertir la situación, como al impacto de las mismas (número de trabajadores atendidos, grado de satisfacción, etc.) y resultados obtenidos, es decir, grado de cumplimiento del objetivo de reducción o eliminación de conductas de abuso de drogas en el trabajo.

Desde su constitución en 1946, la OMS recoge en su artículo 2, el reconocimiento explícito de la necesidad de mejorar en el campo de la salubridad, la prevención de los accidentes de trabajo, y la mejora de las condiciones laborales. Como señalaba Argandoña (1998), la OMS produce conocimientos y recomendaciones con objeto de fortalecer y potenciar los efectos de los programas nacionales e internacionales de drogodependencias, implicando al ámbito comunitario. La OMS mantiene una postura firme respecto a la consideración de las sustancias psicoactivas como elementos potencialmente perjudiciales para los que se han de diseñar políticas de salud pública, capaces de prevenir su consumo y reducir la morbi-mortalidad que ocasionan. Según sus estadísticas, el abuso de drogas ilícitas, junto con tabaco y alcohol, es responsable de la pérdida de un 9% de lo que denominan *AVAD* o «Años de Vida Ajustados por Discapacidad» (en inglés: *Disability-Adjusted Life Years, DALY's*). Estamos hablando de un porcentaje significativo de años de vida perdidos por enfermedad o discapacidad, del que los principales responsables son a diferencia de lo que podríamos pensar, el consumo de las llamadas drogas legales; tabaco y alcohol, causantes del 8,1% de porcentaje total de *AVAD* (WHO, 2009).

Una de las tareas que realiza este organismo, a través de su Comité de Expertos en Farmacodependencia, es la de revisar y actualizar el listado de sustancias estupeficientes y psicotrópicas, como medida de control que favorece la fiscalización internacional y que permite limitar su uso a los ámbitos médico y científico.

De forma general, los informes emitidos por este comité de expertos, coinciden en subrayar las consecuencias negativas que tiene el abuso de drogas sobre la salud, apuestan por la epidemiología como técnica a la hora de detectar incrementos en la frecuencia o intensidad del consumo y por medidas de salud pública como instrumentos de control. Además consideran elementos clave, la existencia de legislaciones específicas sobre el uso de drogas, el desarrollo de planes nacionales y la valoración de las respuestas sociales, a la hora de determinar la evolución y las consecuen-

cias de dichos consumos problemáticos. Por último, estos informes reiteran la necesidad de seguir investigando para conocer los factores de riesgo implicados en el proceso de uso-abuso-dependencia de una sustancia, y también aquellos que resultan positivos y que contribuyen a la cesación del consumo o la reducción del mismo.

En 1993 la OMS aprobó un plan de trabajo denominado Programa sobre Abuso de Sustancias (*Programme on Substance Abuse, PSA*) cuyo objetivo era definir estrategias para conocer el impacto del consumo de drogas en el ámbito laboral, desarrollando y evaluando al mismo tiempo, medidas y programas para prevenir estos consumos entre los trabajadores y sus familias. Este programa consta de tres unidades operativas:

- La Unidad de Prevención, Promoción e Información.
- La Unidad de Tratamiento y Atención.
- La Unidad de Control y Regulación.

Todas ellas tienen un carácter multidisciplinar incorporando personal médico, profesionales del ámbito de la salud pública o las ciencias sociales y personal técnico-investigador.

Algunas de las líneas maestras del PSA son las siguientes:

- Control y revisión de los listados de sustancias psicoactivas.
- Apoyo y fortalecimiento de políticas, planes y programas de carácter nacional e internacional cuyo objetivo sea reducir los problemas derivados del consumo de drogas.
- Impulsar las buenas prácticas de empleo, la mejora del ambiente y el lugar de trabajo y la gestión de los recursos humanos.
- Recoger, validar y difundir información sobre datos epidemiológicos y sobre las consecuencias negativas del consumo drogas, así como de los recursos y medias de prevención e intervención disponibles.
- Contener y afrontar la difusión del VIH/SIDA y otros riesgos derivados del consumo de sustancias psicoactivas.
- Incentivar la investigación de aspectos relacionados con la epidemiología del consumo de drogas, su prevención y tratamiento.
- Fomentar la colaboración entre los diferentes agentes y sectores sociales potenciando las estructuras propias de la comunidad.

El Consejo de la Unión Europea, publicó en marzo de 2013 la Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga (2013-2020), que toma como elementos transversales la cooperación internacional y la necesidad

de coordinación, investigación, información, control y evaluación, articuladas en torno a dos áreas de acción: la reducción de la demanda y del suministro de drogas. De esta estrategia, derivará el Plan de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2013-2016), que hará hincapié en la detección e intervención temprana, la consolidación de estándares y reglas que delimiten las actuaciones preventivas, la necesidad de comunicar e intercambiar buenas prácticas y la reducción del riesgo y de los daños producidos por el consumo de drogas.

### **10.2.2. Legislación nacional en materia de drogas en el trabajo**

La legislación laboral española se enmarca de forma general en La Constitución que establece el deber de los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo (artículo 40), el derecho a la protección de la salud individual (artículo 43) y el derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona (artículo 45), mandatos constitucionales de los que se deriva la necesidad de promover estos derechos a través de políticas económicas y socio-sanitarias de carácter intersectorial.

Otro de los principios generales que rigen las políticas de prevención y asistencia de los problemas relacionados con el consumo de drogas en el lugar de trabajo, además de la Constitución, son los principios de Salud y Seguridad en el Trabajo, que tienen en cuenta factores como el compromiso de los empresarios en la protección de la salud de sus empleados, el compromiso de los trabajadores en la protección de su propia salud y la de sus compañeros, el reconocimiento de que el consumo de alcohol y otras drogas afecta de forma negativa a la salud y el bienestar del trabajador, y es capaz de deteriorar el ambiente de trabajo y la eficacia de la empresa a la que pertenece.

En 1991, la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio de los problemas de drogas, acordó la necesidad de impulsar medidas que permitieran conciliar el derecho a la intimidad del trabajador, con el interés público y que en ocasiones pasaría por la realización de controles de detección de consumo de drogas, con la garantía de confidencialidad en los resultados. La comisión también resaltó la importancia de evaluar la incidencia de las adicciones en el entorno laboral y el diseño e implementación de programas en los centros de trabajo, surgidos del acuerdo entre empresarios y representantes de los trabajadores para consensuar las medidas más apropiadas a adoptar.

Tres años más tarde, en 1994, se creó la Comisión Nacional para la Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias en el ámbito Laboral, como respuesta a la inquietud social de los agentes socio-económicos en torno al problema del alcoholismo y las adicciones en el entorno de trabajo. Pero un desarrollo más profundo de las cuestiones relacionadas con la Salud y Seguridad en el lugar de trabajo, se concreta en el desarrollo de dos textos legales que vienen a regular la responsabilidad de la empresa en materia de prevención de riesgos. Por una parte, la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (BOE, 1995) y por otra, el Real Decreto 39/1997 de 17 de enero, por el que se aprobaba el reglamento de los Servicios de Prevención (BOE, 1997). Este marco legislativo otorga a los empresarios la responsabilidad de garantizar la protección de la salud de los trabajadores, evaluando los posibles riesgos, combatiéndolos en su origen, planificando intervenciones preventivas de protección colectiva y ofreciendo a los trabajadores la normativa e instrucciones necesarias. La Ley señala que el incumplimiento o negligencia de la empresa en el ejercicio de las responsabilidades anteriores, se considera como falta (en un rango de «leve» a «muy grave») por parte de la empresa.

Los consumos de drogas como conductas de riesgo tanto para el trabajador como para la empresa, son susceptibles de ser tratados dentro del marco de las actividades de prevención de enfermedades, y en este marco normativo, los programas laborales de promoción de la salud, prevención y asistencia en relación a las drogas se apoyan en:

- La prevención de problemas que afecten a la salud y el bienestar de los trabajadores.
- La detección precoz y abordaje de posibles problemas en estadios iniciales.
- El tratamiento de aquellos trabajadores que presentan dependencia del alcohol u otras drogas que puedan deteriorar seriamente su salud.
- La garantía de confidencialidad sobre el tratamiento que se realice al trabajador con problemas.
- Asegurar en caso de consumo de tabaco en el lugar de trabajo, el derecho de los no fumadores a respirar aire libre del humo de tabaco, a la vez que se tienen en cuenta las necesidades de los trabajadores que fuman.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y el Plan de Acción 2013-2016, establecen como elementos clave la prevención y tratamiento de los problemas de drogas, incorporando la perspectiva de género y el principio de equidad en la prestación de servicios a lo largo de los seis Ejes del Plan de Acción.

Ejes	Contenido	Acciones
<b>I Coordinación</b>	Establece cauces operativos de trabajo en el ámbito laboral	Sin acciones específicas para el marco laboral.
<b>II Reducción de la Demanda</b>	Trata entre otras cuestiones, de sensibilizar a la sociedad sobre la importancia de los problemas, daños y costes personales y sociales relacionados con el consumo de drogas. Además se propone mejorar las capacidades y habilidades personales de resistencia ante la oferta de drogas, la disminución del consumo de drogas legales e ilegales, así como el retraso en la edad de inicio	<b>Acción 11.</b> Las Comunidades Autónomas crearán plataformas de coordinación con sindicatos y asociaciones empresariales, para elaborar un modelo marco de intervención integral en el lugar de trabajo. Se fomentará la implicación de grandes empresas en proyectos de reducción de la demanda a través de iniciativas de Responsabilidad Social Corporativa
<b>III Reducción de la Oferta</b>	Busca incrementar la eficacia de las medidas de control tanto de la oferta, como de los mecanismos de blanqueo de dinero y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas	Sin acciones específicas para el marco laboral
<b>IV Mejora del Conocimiento</b>	Trabaja por mejorar la investigación sobre las variables implicadas en el consumo de drogas, su prevención y tratamiento. Además de ello se potenciará la evaluación sistemática de programas y actuaciones	<b>Acción 26.</b> Fomentar la investigación y el análisis de datos sobre consumo de drogas en el ámbito laboral
<b>V Formación</b>	Implica la mejora y ampliación de la formación de profesionales y colaboradores en el ámbito de la intervención en material de adicciones	Sin acciones específicas para el marco laboral
<b>VI Coordinación Internacional</b>	Con objeto de optimizar la coordinación y cooperación en el marco europeo e internacional	Sin acciones específicas para el marco laboral

**Tabla 10.1.** Ejes del Plan de Acción en el Ámbito Laboral correspondientes a la Estrategia Nacional sobre Drogas 2013-2016. Fuente: Elaboración Propia.

### 10.2.3. Legislación autonómica en materia de drogas en el trabajo

Las actuaciones en el caso de la Comunidad Valenciana se inician en 1986 con la aprobación del Plan Autonómico Valenciano de Lucha contra la Droga (PAVLD), como instrumento para definir las estrategias y las líneas de actuación en drogodependencias, desarrollando infraestructuras básicas de información y atención en las áreas de prevención, formación, tratamiento, rehabilitación y reinserción. Años más tarde, en 1997 ve la luz la Ley 3/1997 de 16 de Junio, de la Generalitat Valenciana sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, como punto de partida de actuaciones para definir tanto el marco general de intervención en adicciones, como para el caso concreto de la mejora de la salud laboral y la calidad de vida de los trabajadores.

A continuación se relacionan los aspectos relacionados con la salud laboral contemplados por esta Ley (Masip, 1999, 151-152).

- En el Preámbulo se indica que el Título II (“De la asistencia e inserción social”) contiene la regulación de actuaciones en el ámbito laboral; también el judicial y el penitenciario, que se desarrollarán en colaboración con las organizaciones sociales y otras Administraciones Públicas con competencias en la materia.
- Las actuaciones previstas en el ámbito laboral se consideran como un factor que mejora la salud laboral y la calidad de vida de los trabajadores y las trabajadoras, e incrementa, a su vez, la productividad y la competitividad de las empresas, y por ende, de la sociedad valenciana en su conjunto.
- En materia de información (art. 5.3), la Administración Laboral, a través de los Gabinetes de Seguridad e Higiene en el Trabajo, realizará actividades informativas y formativas relativas a los efectos del consumo de drogas y otras conductas que generen adicción, destinadas a los trabajadores o trabajadoras, representantes sindicales y empresarios o empresarias.
- Estas actividades se dirigirán preferentemente a sectores de producción con alta prevalencia en el consumo de drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos, así como a otros en los que su uso pueda suponer un peligro para la salud o la vida de terceras personas.
- En el campo de la intervención (art. 8.3) e iniciativa (art. 37.3b) sociales, se establece que siendo el fracaso escolar y las carencias de alternativas laborales, factores que predisponen al consumo de

drogas y a la aparición de otros trastornos adictivos, se promocionarán entre la juventud alternativas de formación profesional, primer empleo, autoempleo y promoción empresarial.

- Serán ámbitos de actuación preferente, la prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en el ámbito comunitario y laboral.
- En el ámbito laboral (art. 13), las actuaciones en materia de drogodependencias se considerarán como un factor de mejora para la salud pública y la calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras, incrementando, a su vez, la productividad de las empresas.
- La Generalitat Valenciana impulsará la realización de programas de prevención y asistencia de trabajadores con problemas de consumo de drogas, especialmente de alcohol y del tabaco, así como de otros tipos de trastornos adictivos.
- En el diseño, ejecución y evaluación de estos programas deberán participar de manera prioritaria, los sindicatos, organizaciones empresariales y servicios de prevención, así como los consejos de Salud Laboral en las empresas e instituciones.
- La Conselleria de Empleo, Industria y Comercio potenciará los acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicatos encaminados a la reserva de puesto de trabajo de los trabajadores y trabajadoras drogodependientes durante su proceso de recuperación, y al desistimiento del ejercicio de las potestades disciplinarias que reconoce la legislación laboral en los casos de problemas derivados del abuso de drogas.
- Por lo que se refiere a las limitaciones al consumo (arts. 21.1.i; 217) y las prohibiciones (arts. 18.4.d; 18.5.g) no se permitirá la venta, suministro y consumo de bebidas alcohólicas en los locales de trabajo de las empresas de transporte público, no podrán venderse ni consumirse bebidas alcohólicas de más de dieciocho grados en los centros de trabajo, no se puede fumar en las áreas laborales donde trabajen mujeres embarazadas, se prohíbe estar bajo influencia de bebidas alcohólicas mientras se está de servicio o en disposición de prestarlo a todas las personas cuya actividad laboral, de realizarse bajo dicha influencia, pudiera causar un daño contra la vida o la integridad física de las personas.

En el año 2003 se aprobó el texto refundido de la Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (Decreto Legislativo I/2003, DOGV nº 4473 de 03/04/2003), que se refiere en su artículo 13 a las

actuaciones dentro del *Ámbito Laboral*. Estas se consideran como un factor de mejora de la salud pública y la calidad de vida de las trabajadoras y trabajadores, incrementando a su vez la productividad de las empresas.

Este artículo establece que la Generalitat ha de impulsar la realización de programas de prevención y asistencia de trabajadores con problemas de consumo de drogas, especialmente del alcohol y del tabaco, así como con otros tipos de trastornos adictivos. En el diseño, ejecución y evaluación de estos programas deberán participar de manera prioritaria los Sindicatos, Organizaciones Empresariales y Servicios de Prevención, así como los Consejos de Salud Laboral en las empresas e instituciones. También se mantiene lo establecido en el texto de 1997 acerca del acuerdo entre organizaciones empresariales y sindicatos para asegurar el puesto de trabajo a las personas con problemas de adicciones.

### **10.3. Estrategias preventivas en el ámbito laboral**

El espacio de trabajo, reúne una serie de condiciones que lo hacen particularmente propicio para el desarrollo de programas preventivos y promotores de conductas saludables en general y enfocadas hacia el NO uso de drogas en particular. Una cuestión que mejora la eficacia de cualquier programa o intervención preventiva es la posibilidad que nos ofrece el espacio de trabajo para programar actividades a largo plazo, con buenas posibilidades de seguimiento y control terapéutico, con estructuras organizativas y recursos humanos expertos en la aplicación y puesta en marcha de intervenciones desde los servicios médicos, psicológicos o sociales de la empresa y apoyados por los comités de seguridad y salud en el trabajo o los delegados de prevención.

En un entorno laboral con buenos mecanismos de control y comunicación entre niveles y un ambiente de trabajo apropiado, es posible detectar posibles consumos cuando estos se encuentran en estadios iniciales en los que es más fácil y efectiva la intervención. Existe además una motivación elevada para el cese de la conducta adictiva, ante la perspectiva de una posible pérdida del empleo y supone un entorno seguro a la hora de iniciar un proceso de rehabilitación o reinserción.

Estudios realizados por la OIT (1987) en diversos países, apoyan también la eficacia de los programas de intervención sobre drogas en el ámbito laboral en aspectos como la reducción de la mortalidad por accidentes, número de muertes prematuras, retención de empleados rentables y disminución de gastos de formación. A nivel estatal, la investiga-

ción sobre la presencia de drogas en el lugar de trabajo también se inició en 1987 con la publicación del estudio «Las Drogodependencias en el Mundo Laboral» que reveló que en torno a un 20% de los trabajadores declaraban consumos abusivos de alcohol, un consumo de cannabis en el último mes que se situaba en torno al 11,5%, un 3,1% en el caso de tranquilizantes, 2,4% para la cocaína y un 0,6 que declaraban haber consumido heroína.

Todos ellos afirmaban que estos consumos habían desembocado en problemas con sus relaciones sociales (dificultades de comunicación, aislamiento, rechazo por parte de las amistades), familiares (aumento del nivel de conflicto con sus cónyuges, padres e hijos, malos tratos, rupturas familiares), de salud (psicopatología y problemas orgánicos) y laborales (mal ambiente con los compañeros, dificultades económicas, absentismo, sanciones y despidos).

Estudios más recientes (FAD, 2001; GVA, 2006) apuntan en la misma dirección y confirman la necesidad de recoger información de forma regular sobre la incidencia de las drogas en el trabajo y los factores de riesgo y protección específicos para el ámbito laboral.

Con este objetivo, el Observatorio Español sobre Drogas publicaba en 2011 la «Encuesta 2007-2008 sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España». Los resultados constataban que el alcohol sigue siendo la droga psicoactiva más consumida entre la población laboral. Respecto a los riesgos psicosociales, parece que consumen más alcohol, tanto los hombres como las mujeres que deben realizar en su trabajo tareas peligrosas o en condiciones penosas (calor, frío, malos olores, posturas incómodas etc.).

El tabaco es la sustancia con la tasa de consumo diario más elevada. Entre los trabajadores fumadores parece que la inseguridad sobre el futuro profesional, el agotamiento y el estrés, son los riesgos psicosociales más influyentes.

La única droga psicoactiva consumida por una proporción mayor de mujeres que de hombres son los hipnosedantes, aunque cabe destacar que en el caso de los varones, el consumo de hipnosedantes es dos veces mayor en parados que en empleados. En los trabajos de mayor peligrosidad o penalidad, el consumo de hipnosedantes es mayor tanto en varones como en mujeres.

Por su parte, el cannabis es la droga ilegal más consumida tanto en población general como laboral. Destacan las cifras de consumo en varones con jornada reducida o media jornada, y la prevalencia es mayor en el caso de trabajos que exigen un rendimiento alto, aquellos que entrañan

condiciones de riesgo o bien aquellas situaciones en las que los trabajadores están insatisfechos con el trato de superiores o compañeros.

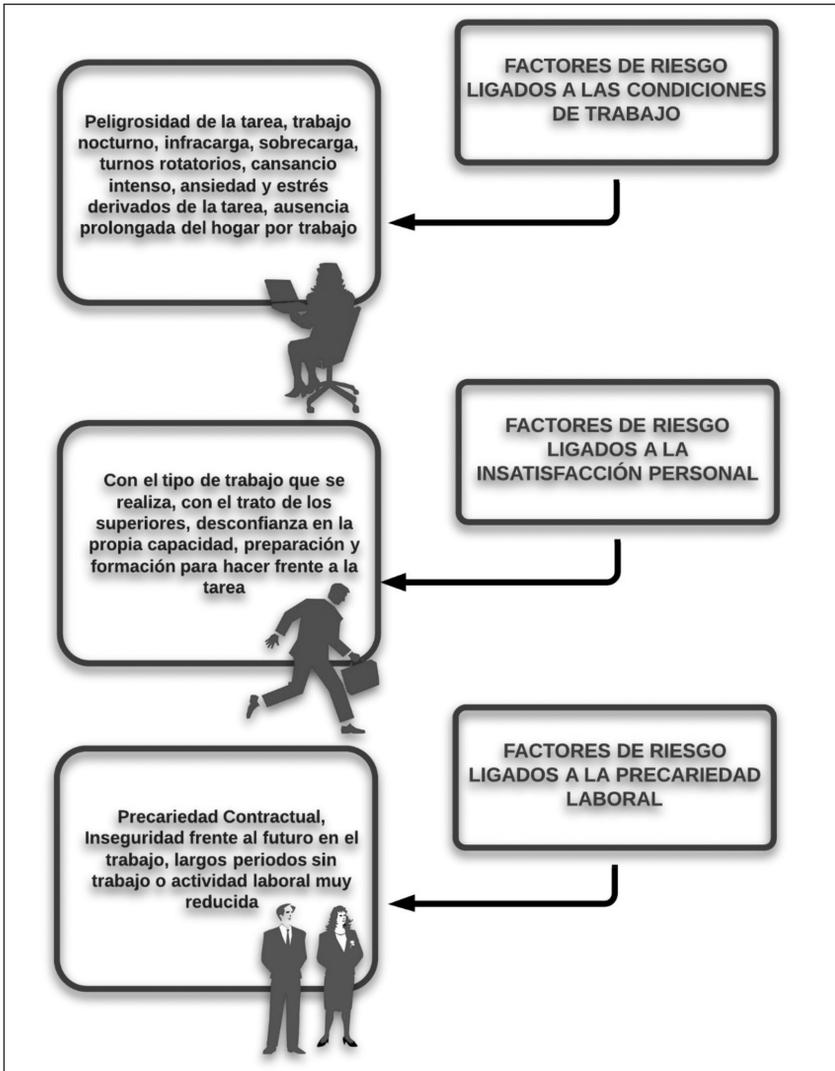
La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida en España tanto en población laboral como en población general. La prevalencia de consumo es mayor entre el grupo de varones con edades comprendidas entre los 16 y los 34 años. La construcción es el sector donde en el caso de los varones hay un mayor porcentaje de consumo de cocaína en polvo mientras que en las mujeres, los sectores con prevalencias más altas son el transporte, la comunicación y el almacenamiento.

En población laboral, no superan el 7% las personas que dicen haber consumido «alguna vez en la vida», las siguientes sustancias: éxtasis, anfetaminas y alucinógenos. En estos tres casos hay mayor prevalencia de consumo en los varones que pertenecen al grupo de edad entre 16-34 años y están parados. Los sectores de actividad donde el consumo es más prevalente son el transporte y la hostelería y al igual que ocurre con las demás drogas ilegales, hay mayor prevalencia entre los varones con media jornada o jornada reducida. Para finalizar, los porcentajes de consumo tanto de inhalables volátiles como de heroína, no sobrepasan el 2% ni en población general ni en población laboral, puesto que su uso está poco extendido en la actualidad.

A continuación presentamos un esquema que resume los principales factores de riesgo ligados al trabajo, agrupados en tres categorías: factores de riesgo relacionados con las condiciones de trabajo, con la insatisfacción personal del trabajador y con la precariedad laboral.

La encuesta del OED (2011) dejaba patente la «falta de visibilidad» en relación a la percepción del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral puesto que 8 de cada 10 entrevistados manifestaron que no conocían a ningún compañero que se excediera en el consumo de alcohol u otras drogas. Sin embargo 9 de cada 10 opinaron que el consumo de sustancias era un problema bastante importante o muy importante, y respecto a las razones de esta atribución, se situaban en primer lugar la posibilidad de que los consumos abusivos provocaran accidentes laborales, disminuyeran la productividad y el rendimiento o generaran mal ambiente o deterioraran las relaciones entre los compañeros.

En relación a las actuaciones de la empresa sobre información y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, llama poderosamente la atención el hecho de que el 84,5% de los encuestados decían no haber recibido ninguna información (charla, curso, folleto o material informativo) sobre riesgos laborales y sobre la prevención del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas en el año previo a la realización de la encuesta.



**Tabla 10.2.** Factores de riesgo ligados en el trabajo. Fuente: Elaboración propia.

#### 10.4. Incidencia y percepción del consumo de drogas en las empresas

El estudio sobre la «Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas» (ISTAS, 2006) en el que participaron 327 empresas de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Castilla y León, Cata-

luña, Madrid, País Vasco y Valencia, quedando representados los diversos sectores productivos, nos ofrece resultados muy interesantes a la hora de situar el estado del consumo de drogas en el lugar de trabajo.

Los datos revelaron que solo tres de cada diez entrevistados admitían fumar tabaco y no llegaba a dos de cada diez los que reconocían beber habitualmente. El consumo de otro tipo de sustancias se situaba en torno al 1%. Analizando los datos respecto al género, eran más las mujeres que reconocían fumar que los varones (31% y 29% respectivamente), mientras que eran casi el doble los varones que afirmaban consumir alcohol habitualmente. El sector de actividad en el que en mayor medida se reconocía fumar en la actualidad, beber habitualmente y consumir otro tipo de sustancias, era según el estudio, la agricultura (40%, 23%, y 3% respectivamente). Teniendo en cuenta el tamaño de la empresa, los empleados que trabajaban en empresas pequeñas (de 6 a 49 empleados) declaraban fumar en ese momento (40%), en mayor medida que los empleados que desarrollaban sus tareas profesionales en empresas de mayor envergadura (más de 2.000 trabajadores), con un 21%. También era algo mayor la proporción de entrevistados que trabajaban en empresas pequeñas, que reconocía beber habitualmente, respecto a los que lo hacían en empresas de más de 2.000 empleados (17% y 14% respectivamente).

En cuanto a los casos de problemas relacionados con el alcohol y otras drogas entre los años 2003 y 2005, parece que se cuantificaron 1.136 casos problemáticos, afectando casi en su totalidad a varones (94%) y tratándose de problemas relacionados con el alcohol (79%). En el periodo 2003-2004 se produjo un descenso de casos por consumo de alcohol en el trabajo, produciéndose una subida del 13% para el periodo de 2004-2005. En cuanto al resto de sustancias, se detectó un incremento del consumo entre 2004-2005 de un 21%. Ante la pregunta «¿Se ha planteado la empresa el problema del alcohol, del tabaco y/o otras drogas?», es en el sector servicios donde en mayor medida se reconoce el haberse planteado en alguna ocasión el problema del alcohol, tabaco y otras drogas (53%), siendo el sector agrícola donde menos lo planteaban (43%).

Cuanto mayor era el tamaño de la empresa, mayor preocupación por el consumo de sustancias, así lo aseguraba el 78% de los empleados de empresas con más de 2.000 trabajadores frente al 62% de los trabajadores de grandes empresas, el 41% de los trabajadores de empresas de tamaño medio y el 33% de trabajadores de pequeñas empresas. Una vez que surgían problemas en relación al consumo de sustancias en el lugar de trabajo, los programas de prevención que se ponían en marcha con mayor probabilidad, influidos sin duda por la entrada en vigor de la Ley

antitabaco, eran los programas específicos para tabaco (73%), a gran distancia se ponían en marcha programas específicos para alcohol (26%) o para otras drogas (16%). Con una frecuencia del 10% se llevaron a cabo programas de carácter inespecífico relacionados con la Educación para la Salud y un 2% de los programas correspondió a aquellos que se centraban en la Modificación del ambiente laboral.

#### **10.4.1. Criterios básicos para la intervención preventiva**

A la hora de implementar una intervención sobre drogas en el centro de trabajo, contamos con las recomendaciones que establece la OIT para facilitar su planificación y ejecución (OIT, 1987b):

1. Debe garantizarse la participación de todos los agentes sociales en la organización de las respuestas para hacer frente a los problemas derivados de los consumo de drogas. Esta participación deberá hacerse extensiva tanto a la fase de la evaluación de necesidades, como al diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de las actuaciones a llevar a cabo.
2. Los programas deben consensuarse entre la dirección y los sindicatos.
3. Debe propiciarse la máxima globalidad de las actuaciones a desarrollar, que deben incluir de forma simultánea la adopción de medidas y estrategias tanto de carácter preventivo como asistencial, puesto que ambas actuaciones se refuerzan mutuamente, incrementando su eficacia.
4. Los programas de prevención y atención de las drogodependencias deberán integrarse en las políticas generales de salud laboral y/o seguridad de la empresa. De esta manera, además de conseguir una optimización de los recursos humanos y estructuras organizativas existentes en la empresa, se contribuirá a normalizar las soluciones al problema.
5. En el supuesto de que entre las medidas a ejecutar se incluya el desarrollo de programas asistenciales, deberán carecer de cualquier componente de carácter disciplinario, garantizando la confidencialidad de los trabajadores que se incorporen voluntariamente a los mismos y la no adopción de medidas de tipo disciplinario.
6. Los programas asistenciales deberán vincularse a servicios externos, que garanticen un adecuado tratamiento de los trabajadores drogodependientes.

7. Deben promoverse cambios en el ambiente y en la organización de los procesos productivos que reduzcan la incidencia de determinados factores facilitadores del consumo de drogas.
8. Debe garantizarse la formación y especialización del personal responsable de la ejecución de los programas.
9. Debe asegurarse el control de la oferta de drogas dentro de la empresa.

Teniendo en cuenta las recomendaciones anteriores, necesitamos seguir un proceso metodológico coherente que nos permita organizar las acciones a impulsar. El proceso de planificación implica el desarrollo de una serie de etapas, que nos ayudarán a orientar las acciones previniendo futuros problemas, todo ello a través de un proceso dinámico y continuo, que parte de la base de que la intervención que se planifica ha de tener un impacto medible sobre los resultados obtenidos y cuantificables a través de la evaluación.

### *Evaluación de las necesidades de la empresa*

Los programas de prevención de drogodependencias, han de partir de una evaluación de las necesidades y problemas que tiene una empresa en relación al consumo de drogas actual o la detección de síntomas que hagan prever problemas futuros a corto-medio plazo.

En la etapa de evaluación de necesidades es importante integrar las opiniones y experiencias de todos aquellos que van a formar parte del programa y/o que conocen bien el medio en el que se va a implantar. La información que obtendremos a partir de esta evaluación, nos hablará de la incidencia del uso/abuso de drogas en el lugar de trabajo, su impacto sobre la actividad económica de la empresa, la identificación de posibles factores de riesgo vinculados a la organización o la estimación del número de empleados que podrían ser susceptibles de participar en programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de conductas adictivas.

Algunos de los métodos más comunes para la elaboración de un estudio de necesidades, pueden ser la aplicación de encuestas (muy vulnerables a los sesgos en la sinceridad de la respuesta para ofrecer una imagen más favorable de uno mismo), el análisis de indicadores sociodemográficos, patrones de consumo, perfiles laborales (cualificación, puesto desempeñado), repercusión del uso/abuso de drogas sobre la empresa (absentismo,

retrasos, grado de accidentalidad, expedientes disciplinarios, gastos en asistencia sanitaria o social etc.), o el análisis documental de la información que puedan aportarnos por ejemplo el departamento de recursos humanos o de salud laboral de la empresa, información que nos faciliten mandos intermedios u otros empleados o familiares de los trabajadores acerca de problemas o incidentes relacionados con las drogas. También puede ser un recurso la revisión bibliográfica de datos procedentes de empresas similares.

Son tareas esenciales que debemos llevar a cabo durante esta fase preliminar del trabajo las que se relacionan a continuación:

- Estimar el grado de consumo real en la empresa.
- Tomar en consideración los indicadores indirectos del abuso de sustancias, como la tasa de absentismo de un trabajador, su rendimiento laboral o la detección de conflictos con sus compañeros o supervisores.
- Identificar aquellos puestos de trabajo críticos, es decir, más vulnerables a este tipo de problemática.
- Valorar cuál es la actitud de la empresa y los trabajadores en relación al problema (¿las conductas de consumo están normalizadas y son aceptadas en general o por el contrario son castigadas o sancionadas? ¿se trata de una problemática que provoca indiferencia o que no es valorada como significativa en la empresa?)
- Evaluar de qué recursos dispone la comunidad en la que se enmarca la empresa (¿cuáles son los recursos preventivos y de atención a las drogodependencias o adicciones presentes en la zona?)
- Cuidar que la información sea lo más clara y objetiva posible.

### *Análisis de la situación y prioridades de los objetivos de intervención*

La evaluación de necesidades de la empresa, nos aporta una serie de datos en bruto, que hemos de desmenuzar y trabajar para establecer asociaciones entre variables, que nos ayuden a decidir los elementos clave sobre los que centrar la intervención.

Una cuestión a tener en cuenta para el éxito de las acciones, es que éstas deberán dirigirse hacia aquellos problemas que los diferentes agentes encuestados, hayan considerado como más relevantes o urgentes y que nos permitan obtener resultados iniciales a medio-corto

plazo, que contribuyan a incrementar la motivación de los empleados que asistan al programa y mejorar sus expectativas de éxito, tratando de posponer para más adelante aquellos problemas más difíciles y complejos, en cuyo abordaje el avance sea mucho más lento.

Esta etapa nos ayudará a escoger la intervención más eficaz en función del problema o problemas prioritarios y qué alternativas a esta elección podrían ser también viables. Además nos permitirá clarificar las posiciones, actitudes y grado de consenso de los diversos estamentos de la empresa al determinar el problema y sus soluciones y qué capacidad, tanto legal como organizativa, tenemos para intervenir.

Algunas de las técnicas más utilizadas en el establecimiento de prioridades son las rejillas de análisis, la formación de grupos de discusión y grupos nominales, comparación por pares, clasificación por orden de importancia, asignación directa o el método *Delphi* entre otros.

Para la selección de actividades que formarán parte del programa, hemos de valorar los siguientes puntos:

- La **cobertura**, es decir, ¿a quién van dirigidos?
- La **normativa, el procedimiento y las técnicas** que ha de seguir la actividad, es decir, ¿qué y cómo lo haremos?
- El periodo de **inicio, frecuencia** de las actuaciones y fecha **final** de la acción.
- El **marco de actuación**, es decir ¿qué dispositivos o unidades la llevarán a cabo?
- Quién o quiénes serán los **responsables** de dirigir las actividades.
- Y finalmente, con qué **recursos** contamos para llevar a término la acción.

### *Programación*

La etapa de programación comporta la formulación de objetivos generales, y la enunciación de los objetivos específicos que han de ser cuantificables, pertinentes y realistas (es decir, alcanzables con los recursos, metodología y plazos previstos), la determinación de los recursos disponibles (recursos humanos, financieros, materiales o técnicos), el establecimiento de las estrategias que se van a poner en marcha vinculándolas a las actividades a desarrollar y determinando qué técnicas y métodos se van a utilizar.

Algunas de las tareas esenciales que debemos llevar a cabo durante esta fase de programación de la intervención son (Rodríguez-Marín et al., 2007):

- Establecimiento y determinación de los objetivos generales y específicos de cada acción que vamos a llevar a cabo en el marco del programa.
- Establecer los contenidos de la intervención, teniendo en cuenta quiénes serán los destinatarios y en qué ámbito tendrá ésta lugar (¿en el mismo sitio de trabajo donde otros compañeros puedan conocer la existencia de la intervención o en algún lugar externo que garantice la confidencialidad y anonimato de los usuarios?).
- Planificación de las acciones a llevar a cabo, teniendo previsto el procedimiento, calendario, estrategias, costes, etc.
- Asignar las distintas responsabilidades del área directiva, el servicio de prevención o el departamento de recursos humanos.
- Definir de forma operativa cuáles son los problemas de la empresa en relación con las adicciones.
- Elaborar códigos o normas de conducta a implementar durante la intervención.
- Definición de criterios e indicadores de resultado.
- Análisis de costos.
- Establecer mecanismos para salvaguardar la confidencialidad de los destinatarios de las acciones.
- Definir la orientación de las acciones que se llevarán a cabo (preventivas, de detección, de asistencia o reinserción) así como las estrategias de seguimiento, mantenimiento y mejora del programa.

### *Ejecución del Programa*

Esta etapa implica la puesta en práctica del conjunto de acciones planificadas en fases anteriores, aunque también es frecuente que en ella aparezcan situaciones o problemas imprevistos, que alteren la programación inicial y que harán necesario el carácter dinámico de la intervención.

En el ámbito laboral, son habituales dos tipos de intervenciones, unas intervenciones centradas en la prevención de posibles problemas de abuso de sustancias y por otro lado, intervenciones centradas en el tratamiento de una adicción o adicciones manifiestas. Las intervenciones de carácter preventivo, suelen centrarse en ofrecer información y/o formación a través de campañas a medida realizadas en la empresa, o bien actividades

formativas en las que se ofrece información general sobre las diversas sustancias y sus efectos nocivos para la salud.

Otro tipo de estrategias, dentro de esta orientación preventiva, estarían centradas en lograr que el lugar de trabajo se convierta en un entorno saludable, a través de la minimización de los factores de riesgo para el consumo de drogas y la potenciación de aquellos factores protectores, así como medidas dedicadas a limitar o anular el acceso a las sustancias como el tabaco o el alcohol en horario laboral.

Por último, también son preventivas las campañas de refuerzo de hábitos saludables incompatibles con el uso de drogas o el diseño de mecanismos y canales de detección precoz de consumos dentro de la empresa. A nivel de las estrategias centradas en el tratamiento o la reinserción de una persona o grupo de trabajadores que presenten algún trastorno adictivo, la intervención suele implicar la firma de un contrato terapéutico y necesita de un seguimiento que supervise los resultados de abstinencia a medio largo plazo.

### *Evaluación*

Es una fase que ha de estar estrechamente vinculada a la planificación como fuente de actualización y mejora. Siguiendo criterios temporales, la evaluación previa a la implementación del programa será la evaluación de necesidades, estratégica y del diseño. La evaluación que se realiza al mismo tiempo que la aplicación del programa será la que evalúe el grado de implementación y cobertura. Y por último, las evaluaciones que tienen lugar al final de la programa, serán las evaluaciones de resultados e impacto.

Si el criterio clasificador es la procedencia de los evaluadores tendríamos evaluación interna, externa o mixta. Atendiendo en este caso al contenido, las evaluaciones que se utilizan con más frecuencia son las siguientes (Alvira, 1991):

- *Evaluación del diseño del programa:* Consiste en señalar mediante un análisis lógico la existencia de problemas conceptuales preexistentes en el programa en relación con el problema que se pretende solucionar.
- *Evaluación de proceso:* Consiste en analizar si las actuaciones diseñadas han funcionado en la práctica tal como habían sido previstas o si por el contrario, se han producido divergencias entre el diseño y lo realizado. Su objetivo es conocer la capacidad instrumental del programa.

- *Evaluación de cobertura:* Consiste en analizar si el programa está incidiendo o llegando a la población objeto de intervención o por el contrario se producen sesgos en la cobertura.
- *Evaluación de resultados:* Es la evaluación por excelencia. Evaluar la efectividad de un programa supone dar respuesta a si se están consiguiendo los resultados previstos y si estos son debidos de forma inequívoca a la aplicación del programa.
- *Evaluación del impacto:* Mide los efectos acumulados del programa a lo largo de diversas poblaciones.
- *Evaluación económica – Relación coste-beneficio:* Trata de analizar la rentabilidad de las actividades que integran un programa para garantizar su viabilidad.

Para determinar los indicadores de evaluación hemos de tener en cuenta a su vez dos cuestiones. La primera, que los indicadores han de estar respaldados por un modelo teórico previo, que sea coherente con nuestros objetivos e hipótesis de trabajo. La segunda, que deben estar integrados en un sistema de medidas que nos permita describir suficientemente cuestiones complejas, como puede ser el consumo de drogas en una empresa.

Los programas de prevención de las drogodependencias, requieren de marcos teóricos de partida que sepan entender el carácter multicausal del consumo de drogas, para ofrecer respuestas globales que integren técnicas y estrategias de diversa naturaleza, en función de las necesidades de la población diana. Las principales estrategias preventivas en el ámbito laboral son la reducción de la oferta y de la demanda de drogas.

Las estrategias preventivas dirigidas a la reducción de la oferta, pretenden minimizar la oferta de drogas en el ámbito de trabajo, entendiendo que cuanto mayor es la oferta y la disponibilidad de una sustancia, mayor es la susceptibilidad de que se produzcan consumos de drogas. Las estrategias preventivas dirigidas a la reducción de la demanda, tratan de evitar las influencias sociales que fomentan el consumo de drogas, aumentando al mismo tiempo las competencias sociales y personales a través de la enseñanza de habilidades sociales de afrontamiento.

<b>Estrategias preventivas</b>	
<b>Reducción de la Oferta</b>	<p>Estrategias para la represión del tráfico ilícito de drogas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanciones penales del tráfico de drogas.</li> <li>• Represión policial.</li> <li>• Medidas para evitar el blanqueo de dinero procedente del tráfico.</li> <li>• Confiscación de bienes procedentes del tráfico de drogas.</li> </ul>
	<p>Estrategias limitadoras del consumo de drogas legales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitaciones en la publicidad de estas sustancias.</li> <li>• Restricciones en su venta y distribución.</li> <li>• Establecimiento de zonas y limitaciones horarias donde no esté permitido el consumo de tabaco o alcohol.</li> </ul>
	<p>Estrategias para la sustitución de cultivos de drogas ilícitas.</p>
<b>Reducción de la Demanda</b>	<p>Difusión de la información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar conocimientos sobre las drogas y sus consecuencias.</li> <li>• Promover actitudes contrarias al consumo.</li> </ul>
	<p>Educación Afectiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar la autoestima, la responsabilidad en la toma de decisiones y el crecimiento interpersonal.</li> </ul>
	<p>Generación de Alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento de autoestima, autoconfianza.</li> <li>• Generar alternativas al consumo.</li> <li>• Disminuir el aburrimiento y la sensación de alienación.</li> </ul>
	<p>Adquisición de habilidades de resistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar la resistencia frente a la presión e influencia social para consumir drogas.</li> <li>• Incrementar los conocimientos sobre los efectos negativos inmediatos al consumo.</li> <li>• Establecimiento de normas restrictivas de uso de drogas.</li> </ul>
	<p>Entrenamiento en habilidades personales y sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar la capacidad para tomar decisiones.</li> <li>• Cambios en las conductas personales.</li> <li>• Reducción de la ansiedad.</li> <li>• Adquisición de habilidades sociales y de comunicación.</li> <li>• Fomento de la asertividad y de estrategias de resistencia a la influencia del uso de droga.</li> </ul>

**Tabla 10.3.** Estrategias Preventivas en el Ámbito Laboral. Fuente: Elaboración propia.

### 10.4.2. Actuaciones preventivas

Ante las diferentes necesidades y posibilidades de intervención de una empresa en materia de drogodependencias, contamos con diversas alternativas de actuación en función de su cronología de aplicación:

- En primer lugar tendríamos las intervenciones investigadoras, que permiten profundizar en el fenómeno centrandó su atención en tres campos básicos:
  - La identificación de los factores de riesgo.
  - El análisis de los efectos derivados del consumo de drogas en la empresa.
  - Los resultados e impacto de los programas de prevención de drogas implementados.
- En segundo lugar hablaremos de las intervenciones informativas y de sensibilización que suelen formar parte de las etapas iniciales de los programas de prevención de drogas, dado que su carácter informativo contribuye a hacer visible el problema movilizandó a los diversos agentes implicados y creando un ambiente favorable al programa.

La información que se ofrezca ha de ser clara, concisa, objetiva y adaptada a las necesidades y características de la población sobre la que intervenimos. Entre los objetivos de esta estrategia tendríamos los siguientes:

- Facilitar a los trabajadores información relativa a los riesgos individuales y colectivos que supone el consumo de drogas y los daños que ocasiona a la empresa.
- Sensibilizar a los diferentes estamentos dentro de la empresa sobre esta cuestión promoviendo actitudes favorables a la abstinencia en la jornada laboral.
- Fomentar el interés por que conozcan los recursos disponibles de atención a los problemas de drogodependencias.

Otro tipo de intervenciones son las formativas, que suelen estar dirigidas a personas que por su rol o estatus en la empresa, pueden actuar como mediadores sociales (representantes sindicales, mandos intermedios, técnicos de salud laboral, etc.) de modo que una vez formados sean capaces de informar a sus compañeros o superiores, sobre el manejo de problemas relacionados con el uso y abuso de drogas o bien, se conviertan en técnicos especialistas en la aplicación de programas preventivos y/o asistenciales sobre drogas.

Las intervenciones de carácter normativo, son un buen instrumento para reducir los problemas y riesgos asociados al consumo de drogas, a través de la negociación entre la dirección y los sindicatos, de medidas de regulación complementarias a la legislación vigente que limiten la disponibilidad de drogas en la empresa y mejoren la protección de la salud de los trabajadores que no las consumen. En el caso de las intervenciones de carácter participativo no solo es recomendable la colaboración de los agentes implicados, sino que es el elemento clave para asegurar el buen desarrollo y eficacia de los programas preventivos y su continuidad en el tiempo. El objetivo es la creación de estructuras participativas que permitan el impulso, desarrollo y evaluación de los programas de prevención.

Por último, tendríamos las intervenciones educativas que se interesan por la formación de los trabajadores, fomentando actitudes y estilos de vida saludables y conductas alternativas al consumo de drogas.

Cuando nos encontramos con situaciones «en zona roja», se hace necesaria la cooperación y la comunicación con los recursos de los que dispone la comunidad de referencia de la empresa. En este sentido, los recursos comunitarios pueden proporcionarnos atención especializada, que implica una evaluación más profunda del caso a nivel médico y psicológico permitiéndonos la obtención de un diagnóstico más preciso del problema, pudiendo así canalizarlo y tratarlo de forma adecuada.

La empresa por su parte, ha de tomar responsabilidades a la hora de orientar sobre las posibilidades de asistencia con las que cuenta el trabajador, motivarle a emprender el tratamiento en el recurso comunitario que precise, realizar un seguimiento de la evolución del trabajador y ofrecer apoyo y refuerzo de sus logros a lo largo del proceso terapéutico.

## Capítulo 11

# **Prevención del consumo de drogas desde el ámbito comunitario**

### **11.1. Ámbito comunitario y prevención del consumo de drogas**

La prevención del consumo de drogas es una tarea compleja que no puede estar circunscrita a un solo ámbito de actuación, sino que requiere de la participación conjunta de familia, escuela, entorno laboral, comunidad y medios de comunicación. Entendiendo el uso indebido o recreativo de drogas como un fenómeno social, parece claro que las acciones preventivas que tienen lugar en la comunidad han de emerger de la sensibilización de los ciudadanos, su participación y el consenso entre los diferentes agentes sociales para hacer frente al problema en un proceso continuo de diálogo y negociación. Como señala Cavalcanti (1995), la intervención comunitaria no es algo que se decreta, sino que se construye para crear vínculos.

Los programas de prevención de drogas en el ámbito comunitario se entienden en un marco más global de actuación, partiendo de los planes municipales. Aunque en ocasiones, pueden convertirse en un punto de partida que reúna el impulso necesario para el diseño de macro-intervenciones, superando los municipios y circunscribiéndose a ámbitos mucho más amplios de acción.

El elemento clave de todo programa comunitario es la implicación y la participación de la comunidad en su proceso de cambio. Para conseguirlo, hemos de utilizar aquellas estructuras que estén bien consolidadas en la comunidad, como pueden ser grupos, asociaciones, colectivos, mesas sectoriales, consejos locales, etc. Una vez que hemos conseguido movilizar a todos estos agentes, y antes del diseño de la estructura y objetivos de los futuros planes de actuación conjunta, hemos de establecer canales de participación eficaces que faciliten un buen grado de organización, para mejorar el nivel de motivación y compromiso. Se deben prever asimismo mecanismos formales de evaluación, toma de decisiones y coordinación de los recursos ya existentes en la comunidad.

Sin embargo, la identificación de un nivel serio de riesgo de consumo de drogas en una comunidad no siempre es un indicativo de que dicha comunidad esté preparada para implicarse en nuevas acciones para

Estado de preparación	Acción	
Nivel de preparación	Respuesta Comunitaria	Recomendaciones
1. No hay conciencia del problema.	Normalización del consumo. Tolerancia relativa al abuso de drogas.	Crear motivación. Reunirse con los agentes sociales implicados en la prevención del abuso de drogas.
2. Negación del problema.	Nada ocurre por tanto, nada hay que hacer.	Uso de los medios de comunicación para sensibilizar a la comunidad y hablar del problema.
3. Una vaga idea del problema.	Hay cierta conciencia del problema pero no hay motivación para el cambio.	Motivar a la comunidad a implicarse en las iniciativas comunitarias.
4. Pre-planificación.	Los líderes sociales son sensibles al problema y existe cierta motivación.	Sentar las bases para la pre-planificación.
5. Preparación	Liderazgo activo y enérgico que incluye la toma de decisiones.	Promover la colaboración y coordinación entre estructuras y organismos sociales para el trabajo conjunto. Planificar la programación de la prevención del consumo de drogas.
6. Iniciación	Evaluación y recopilación de información y datos que apoyen la necesidad de llevar a cabo acciones preventivas.	Seleccionar los programas de prevención idóneos en función de las características de la comunidad, garantizando su calidad científica.
7. Estabilización	La comunidad en general apoya la aplicación del programa.	Recurrir a los mecanismos de evaluación y feed-back para la actualización, mejora y dinamización de los programas.
8. Confirmación/ Expansión	Los responsables de la toma de decisiones apoyan mejoras, actualizaciones y diversificación de los programas preventivos.	Institucionalización y expansión de los programas, ampliando la población atendida.
9. Profesionalización	La comunidad es consciente del problema que supone el consumo de drogas y hay expectativas de soluciones eficaces.	Ampliar los componentes de los programas y las estrategias utilizadas para diversificar el público atendido.

**Tabla 11.1.** Niveles de Preparación de la Comunidad para la Intervención.

Fuente: Elaboración propia.

poner soluciones. Algunos investigadores (Plested et al., 1999), basándose en el estudio de pequeñas comunidades, identificaron nueve etapas para evaluar «el nivel de disposición de la comunidad» respecto a la planificación de una intervención. Sabiendo en qué etapa se encuentra la comunidad, los agentes encargados de implementar programas comunitarios de prevención del consumo de drogas, pueden tomar decisiones sobre las estrategias a seguir para motivar a la comunidad o sensibilizarla respecto al problema, para facilitar el avance de una fase de ignorancia del dilema a una fase de toma de decisiones, previa a la realización de las actividades programadas.

A continuación se presenta un cuadro que resume las distintas etapas de preparación de la comunidad para la acción.

## **11.2. Movilización de la comunidad**

La tarea de movilizar a la comunidad representada en sus distintos sectores, para la búsqueda de soluciones globales, requiere de la figura del «mediador social». Se trata de personas que por sus roles socio-laborales (maestros, trabajadores sociales, profesionales sanitarios, psicólogos, monitores de tiempo libre, representantes de asociaciones, etc.) tienen la suficiente información y capacidad para dinamizar la red comunitaria y de acuerdo con el carácter multifactorial del fenómeno, planificar estrategias educativas, usos alternativos del tiempo de ocio, escuelas que formen a padres en técnicas educativas eficaces, fiscalización y control de los puntos de venta de sustancias tanto legales como ilegales etc.

### **11.2.1. Mediadores sociales**

La figura del mediador social hace posible que la prevención adopte su dimensión comunitaria, recoge la preocupación social por el problema de las drogas y consigue dinamizar a la comunidad próxima. Algunas de las características que requiere el rol de mediador se exponen a continuación:

Capacidades	Formación específica
a) Empatía. b) Habilidades de comunicación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• COMUNICACIÓN VERBAL               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Escucha activa (mostrar interés, clarificar, parafrasear, reflejar, resumir).</li> <li>– Autorrevelaciones.</li> </ul> </li> <li>• COMUNICACIÓN NO VERBAL               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Contacto visual, gestos, postura corporal y cinestésica.</li> <li>– Asertividad.</li> <li>– Capacidad de improvisación.</li> <li>– Equidad.</li> <li>– Capacidad de generar credibilidad, confianza y autoestima.</li> <li>– Capacidad diagnóstica.</li> <li>– Capacidad de síntesis.</li> <li>– Capacidad de estructuración.</li> </ul> </li> </ul> c) Habilidades de negociación.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formación específica de grado medio o superior en el ámbito biopsicosocial.</li> <li>2. Buen nivel de conocimiento psicosocial en el área de las drogodependencias.</li> <li>3. Nociones básicas de conocimiento orgánico relacionado con las adicciones.</li> <li>4. Conocimiento específico en cuanto al VIH/SIDA y otras ITS/ETS.</li> <li>5. Profundo conocimiento de la red de recursos asistenciales generales y específicos en el ámbito de las drogodependencias.</li> <li>6. Formación jurídica básica.</li> <li>7. Formación en técnicas de dinamización de grupos.</li> <li>8. Buen conocimiento del entorno comunitario.</li> <li>9. Formación en negociación y resolución de problemas.</li> </ol>

**Tabla 11.2.** Habilidades del Mediador Comunitario. Adaptado del Manual de Buenas Prácticas en Mediación Comunitaria (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, UNAD y APH, 2008).

Autores como Folberg y Taylor (1992) definen la mediación como el proceso mediante el cual los participantes, con la colaboración y apoyo de una o varias personas neutrales, aíslan sistemáticamente los problemas que originan un conflicto con el objetivo de encontrar soluciones, considerar alternativas y acordar un compromiso mutuo que responda a sus necesidades. En este caso, el papel del mediador es frenar la escalada del conflicto y buscar espacios comunes fuera del problema para tratar de reducir la distancia entre las posturas enfrentadas. Otros autores como Haynes (1993) define mediación como el proceso en el que una tercera persona ayuda a las partes discrepantes a manejar su problema, tratando de que la solución sea consensuada entre los participantes para salvaguardar la relación que pueda existir entre ellos. Aquí el mediador tendría la tarea de facilitar el acuerdo entre las partes, teniendo presente el respeto y la comprensión de las diferencias.

De Diego y Guillén (2006), señalan cinco elementos fundamentales en las tareas y funciones de un buen mediador:

1. No tiene que atribuirse poder alguno en cuanto a la toma de decisiones. Este punto es fundamental a la hora de participar en programas comunitarios.
2. Debe apoyar, asesorar y si fuera necesario, buscar soluciones para la solución del problema.
3. Ha de mantener siempre una actitud imparcial ante la situación, el problema y el desarrollo de las acciones comunitarias.
4. La intervención del mediador debe ser siempre cuando se le solicita.
5. Finaliza su función de mediación cuando se cubren los objetivos fijados o bien, cuando no está cumpliendo una función valiosa para el proceso.

### 11.2.2. Modelos de mediación

Podemos encontrar tres modelos respecto al concepto de la mediación:

- El Modelo Tradicional Lineal.
- El Modelo Transformativo.
- El Modelo Circular-Narrativo.

El Modelo Tradicional Lineal no toma en consideración los aspectos relacionales del problema. En este enfoque el objetivo es llegar a soluciones a través de un proceso lineal en donde cada participante expone su posición actual, dando pie a la expresión de emociones y sentimientos, de forma que el mediador ordene, sintetice y les de claridad de una forma objetiva para alcanzar una salida óptima, dejando de lado el contexto en el que tiene lugar el problema.

El Modelo Transformativo de Bush y Folger (1996), entiende que los problemas son multicausales y están continuamente retroalimentándose. Este enfoque prioriza lo relacional del problema, de modo que los participantes son los protagonistas del proceso y el mediador queda en un segundo plano desde el que plantea preguntas que ayudan a clarificar y profundizar sobre el tema a tratar. El objetivo en este caso, es la mejora del clima de intervención, a través de la revalorización y el reconocimiento.

Decimos que los participantes en la mediación quedan **revalorizados** cuando:

- Alcanzan una comprensión más clara del problema respecto a su situación previa, determinando cuáles son los aspectos verdaderamente importantes.
- Comprenden de forma más clara sus objetivos y sus intereses y son capaces de priorizarlos y razonar su relevancia.
- Aparecen alternativas sólidas para la solución del problema.
- Aprenden a tomar decisiones sobre los problemas y eso les aporta control sobre la situación.
- Se sienten libres para permanecer en el proceso mediador o abandonarlo, para aceptar o rechazar soluciones posibles.
- Comprenden que al margen de las limitaciones externas siempre existen alternativas.
- Aumentan y fortalecen sus habilidades en la resolución de problemas.
- Aprenden habilidades de escucha activa, comunicación, organización, análisis o técnicas como el balance de la decisión o la tormenta de ideas para determinar alternativas al problema.
- Son conscientes de sus recursos.
- Aprenden a explotar sus recursos de comunicación, negociación y persuasión para que tengan mayor alcance y constituyan un apoyo extra en la solución del conflicto.
- Incrementan su capacidad reflexiva para deliberar y realizar la toma de decisiones sobre el modo de abordar sus aportaciones en el proceso mediador, la posibilidad de alcanzar soluciones, y el modo en que lo harán.

Los problemas pueden acarrear que los participantes se sientan agredidos, amenazados o atacados por las posiciones o actitudes de los demás implicados, por eso el proceso de mediación debe favorecer el reconocimiento, para que todos, sin excepción, entren en un estado más sensible y de mayor empatía por comprender la situación.

Decimos que los implicados en el conflicto dan reconocimiento cuando:

- Son capaces de comprender que pueden ponerse en el lugar de los demás considerando y reconociendo su situación.
- Asumen que quieren entender la situación del otro y lo que está experimentando motivado por el conflicto.

- Aprenden a ver su comportamiento y el de la otra parte desde un enfoque más positivo.

Consiguen reinterpretar la conducta y manifestaciones anteriores de los implicados en el conflicto.

Son capaces de renunciar conscientemente a su punto de vista, para tratar de ver las cosas desde otro enfoque distinto al propio.

Admiten de forma franca que han cambiado la percepción del otro y son capaces de manifestarlo tanto de forma indirecta a través del mediador, como directamente a la otra parte.

Son capaces de disculparse por haber podido malinterpretar la situación y buscar la explicación más negativa.

Por último, el Modelo Circular-Narrativo de Sara Cobb y cols. (1990), consideran que la mediación es fruto del intercambio y la retroalimentación entre los participantes (como establecía el modelo tradicional-lineal), pero además toma en consideración tanto los elementos de la comunicación verbal como de la para-verbal, es decir, de la comunicación analógica y pragmática, en el marco de que la comunicación es un todo integrado como establecía Watzlawick (1966) en su Teoría de la Comunicación Humana. Este es el modelo más utilizado desde el marco de actuación comunitario.

Este proceso se apoya en cuatro pilares básicos:

- **Aumentar las diferencias:** Es decir, manifestar los posicionamientos contrapuestos, pero a diferencia del Modelo Tradicional, no se trata de organizar y priorizar la información, sino de permitir un cierto desorden flexible que permita acercamientos entre las posturas y la negociación de alternativas.
- **Legitimar a las personas:** Dando parte de razón a cada uno de los participantes, para que puedan expresar su postura de forma justificada.
- **Cambiar el significado:** Se trata del trabajo del mediador por recoger las aportaciones de todos en un mismo relato, tomando en cuenta los puntos de vista expresados a lo largo del proceso, para ofrecer una imagen lo más completa posible de la situación.
- **Creación de Contextos de Trabajo:** En el caso de mediación comunitaria es importante que de forma previa al proceso de mediación tengamos puentes de diálogo y encuentro entre los agentes implicados.

En este enfoque, la labor del mediador es transformar las historias de cada una de las partes implicadas, en una sola historia que las resuma,

ofreciendo puntos de vista alternativos que faciliten el cambio y el establecimiento de soluciones. El énfasis desde este modelo se pone en las distintas narrativas que ofrecen los participantes, desde el presupuesto básico de que para alcanzar un acuerdo es necesario el cambio en la narrativa como motivador de un cambio en la posición.

### **11.3. Diseño y aplicación de un programa comunitario**

A la hora de diseñar y aplicar un programa comunitario, podemos tener en cuenta las recomendaciones de Froján y Santacreu (1995):

- Análisis de las necesidades y determinación de la población diana.
- Establecimiento de las metas de la intervención preventiva.
- Establecimiento de los objetivos, planificación y selección de las estrategias para producir el cambio.
- Identificar los recursos y valorar su adecuación con las necesidades (en función de las metas y objetivos).
- Creación y fortalecimiento de los canales de comunicación de la comunidad.
- Asignación de tareas, implementación, evaluación y revisión y actualización del programa en función de los resultados obtenidos del mismo.

De todas estas fases, quizá sea más relevante la primera, dado que un buen conocimiento de la comunidad implica la recogida de datos epidemiológicos sobre consumo de drogas, la evaluación de los recursos de los que dispone el barrio, la población, la ciudad o el municipio, la detección de aquellos grupos o zonas de riesgo para el consumo de drogas, el grado de implicación y participación ciudadana en otras iniciativas similares o el nivel de apoyo que presentarían al programa estamentos como el hostelero, la policía, asociaciones vecinales, medios de comunicación o líderes naturales de la comunidad.

Según García-Rodríguez (1994), un programa comunitario conlleva algunos puntos fuertes o ventajas y puntos débiles o desventajas que hay que valorar. Entre las ventajas podríamos destacar las siguientes:

- Un programa comunitario tiene la bondad de abarcar a toda la población, pudiendo conseguir que los distintos sectores se impliquen de una forma efectiva en el proceso preventivo.
- Se puede perseguir un objetivo común basado en la formación de una conciencia social de salud.

- Consigue generar un proceso de interrelación donde se tienen en cuenta tres cualidades básicas: continuidad, globalidad e integración.
- Tiende a la consecución de un cambio social, que aumente significativamente los comportamientos de salud.

Frente a estas fortalezas, podemos analizar las debilidades o inconvenientes que presenta un enfoque comunitario:

- Normalmente un programa comunitario implica un proceso de evaluación complejo en todos sus componentes.
- Se corre un alto riesgo de difusión de los objetivos planteados en el programa, puesto que la intervención aglutina un nivel poblacional significativamente superior además de más heterogéneo que en otros diseños.
- Los resultados esperados nunca serán a corto y/o medio plazo, tendremos que tener en cuenta que el tiempo será mucho más largo, por lo que si no se cuenta con una garantía de continuidad está abocado al fracaso.
- El riesgo de que aparezcan elementos de contra-prevenición es alto, por el número de mediadores que han de participar.



**Figura 11.3.** Ventajas y desventajas del modelo comunitario. (Modificado de García-Rodríguez, 1994).

En líneas generales, una buena intervención comunitaria en materia de drogodependencias tiene que ser capaz de:

- Identificar los factores de riesgo de la comunidad en relación con las drogas.
- Construir las intervenciones partiendo de los recursos ya existentes.
- Conseguir objetivos a corto plazo relacionados con la selección y puesta en marcha de programas de prevención con base científica.
- Proyectar metas a largo plazo que impliquen el establecimiento de un plan de trabajo y que movilicen recursos de cara al futuro.
- Incluir evaluaciones permanentes de las iniciativas y sus resultados.

Si atendemos al primero de los puntos que hace referencia a la evaluación de los factores de riesgo y protección comunitarios, la bibliografía científica concluye como más relevantes, la escasez económica y social, la desorganización comunitaria, la movilidad, las creencias, normas y leyes de la comunidad en relación al uso de drogas o la disponibilidad, accesibilidad y percepción del riesgo asociado a cada sustancia (Becoña, 2002).

### *La escasez económica y social*

Al parecer, la escasez asociada a determinadas circunstancias, así como su cara opuesta de la moneda, es decir, el hecho de disponer de una sustanciosa cantidad de dinero, junto con otros factores, son situaciones que favorecen el inicio o mantenimiento en el consumo de las distintas drogas.

La escasez socio-económica extrema se entiende como pobreza, hacinamiento o chabolismo en una sociedad en la que otros sí tienen acceso a bienes, lo que les coloca en una situación de marginación y aislamiento. En este caso, el elemento clave es ese punto de comparación. A esta situación de falta de acceso a bienes sociales, se le une en muchos casos la delincuencia, pequeños hurtos, robos o conducta antisocial, como forma de paliar su situación de falta de recursos y esto a su vez puede desencadenar en un consumo de drogas.

Los estudios de Jessor (1991), insisten en la pobreza como aspecto importante para la prevención, porque reduciéndola o eliminándola se podría reducir el consumo de drogas. Otro factor de protección es la «resiliencia» o resistencia al sufrimiento, que implica competencia o un positivo y efectivo afrontamiento, en respuesta al riesgo o a la adversidad (Luthar y Cushing, 1999), que podría explicar porqué una parte de las personas

que han estado sometidas a estas condiciones de vida extremas, no desarrolla problemas importantes cuando tienen el apoyo familiar o social que necesitan. De hecho, en estudios más recientes (García del Castillo y Dias, 2007), los resultados obtenidos permiten verificar la relación existente entre el consumo de drogas y algunos factores de protección y resiliencia.

### *La desorganización comunitaria*

Hace referencia a cuestiones como la falta de limpieza o cuidado de las calles, disponibilidad de zonas verdes o jardines, lugares de ocio y diversión, apego social al barrio, control y organización, implicación, participación y cuidado de los ciudadanos en el desarrollo del mismo.

En este ambiente desorganizado, la persona tiene mayor probabilidad de implicarse en conductas problemáticas o antisociales e iniciarse de forma temprana en el consumo de drogas. Como apuntan Oetting y cols. (1998) este no es un ambiente adecuado para el proceso de socialización de los jóvenes y dificulta o impide que los padres puedan enseñar a sus hijos conductas prosociales (Muñoz-Rivas et al., 2000).

### *Los cambios y movilidad de lugar*

Actualmente son habituales los cambios de trabajo o la movilidad geográfica, todo ello unido a los nuevos modelos de familia, contribuye como factores de riesgo a una socialización inadecuada, en la que el consumo de drogas puede cumplir funciones instrumentales de afrontamiento a los déficit interpersonales y el manejo del estrés (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999).

### *Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al uso de drogas*

Aunque en muchas ocasiones escuchamos la frase de que «el hombre ha consumido drogas desde que el mundo es mundo», el fenómeno del incremento de la vida recreativa (Calafat et al, 2000) en los países desarrollados, asociado en muchos casos al consumo de drogas, la disminución en la percepción de riesgo, el incremento de su disponibilidad y los precios asequibles, ha complicado y extendido más el problema, sobre todo en el

caso de las drogas ilegales, dado que las drogas legales permiten restricción de acceso, penalización del consumo abusivo o políticas de aumento de precios.

### *Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias*

Son factores clave en el consumo de drogas la presencia y accesibilidad a la sustancia, en las que cuestiones como la forma de acceso, la dosis, la presentación, el modo de obtenerla y el precio son variables importantes en la decisión de consumirla.

La Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES, 2006) concluye que las drogas percibidas por los estudiantes como las más disponibles o accesibles eran las de comercio legal y el cannabis. En este sentido, un 91,2% de los estudiantes pensaban que les sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisieran, un 58,9% tranquilizantes o somníferos, y un 66,8% cannabis.

Por lo que respecta a la evolución temporal de la disponibilidad percibida de drogas entre 2004 y 2006 se observa un descenso generalizado de la disponibilidad percibida de todas las drogas. En el caso de algunas drogas, como el cannabis y la cocaína, los descensos son muy importantes y aparecen por primera vez tras un ascenso continuado desde 1994. En el caso de otras drogas, como heroína, anfetaminas, éxtasis y alucinógenos continúa la tendencia descendente que ya se manifestaba en 2004. El menor descenso en la disponibilidad percibida afecta al alcohol.

### *La percepción social del riesgo*

Sabemos que la percepción de riesgo es una variable fundamental en la iniciación y el mantenimiento del consumo de sustancias. Ante el consumo se mantiene una sensación de control alto, el llamado mito del control, que incide directamente en que disminuya la percepción de riesgo. Por ese motivo la percepción de riesgo va aumentando significativamente con la edad de una forma natural (García del Castillo, 2012).

En general y a pesar de los esfuerzos que se llevan a cabo por aumentar la percepción de riesgo entre las poblaciones más jóvenes, no se consiguen las cotas deseadas. Según señalan Infante y col. (2003), las sustancias con menor percepción de riesgo son las legales (tabaco y alcohol) seguidas del cannabis. Las sustancias con más alta percepción de riesgo son la heroína

y la cocaína seguidas de los alucinógenos. Es interesante resaltar que un porcentaje muy alto de jóvenes, más del 53 %, asumen como verdadera la frase «en la vida hay que arriesgarse» (Rodríguez y col., 2008), lo que nos lleva indefectiblemente a un planteamiento ante los riesgos que se percibe como inevitable, por lo que su asunción es mucho más sencilla para reducir sus disonancias cuando desde la prevención les proponemos y les promocionamos que tienen que evitar los comportamientos de riesgo de salud.

Los autores referidos, concluyen en sus resultados que se pueden aislar cuatro tipos ideales de jóvenes:

- Tipo 1: Normativos, reflexivos y retraídos: se ajustan a la norma, evitando y/o rechazando el riesgo.
- Tipo 2: Integracionistas: se aventuran hacia una experimentación pseudo-controlada.
- Tipo 3: Experimentalistas: buscan la gratificación mediante la experimentación.
- Tipo 4: Conservadores paradójicos: se alejan del riesgo, lo rechazan, pero consideran que no es para tanto el riesgo que supuestamente podrían correr.

Algunos factores que pueden afectar al aumento o disminución de la percepción de riesgo tienen que ver con la disponibilidad de información, la concienciación sobre los problemas de salud que ocasiona el consumo, la capacidad de la sustancia para producir dependencia, la disponibilidad o la existencia de grupos o colectivos que defienden su consumo.

### *Factores de protección comunitaria*

La investigación en drogodependencias se ha centrado tradicionalmente en el estudio de los factores de riesgo, sin embargo desde hace algunos años empieza a cobrar fuerza un enfoque más positivo que trata de analizar estos factores protectores. Entre ellos tendríamos los siguientes:

<b>Factores de protección comunitaria</b>	
Kumpfer et al. (1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poseer un sistema de apoyo externo positivo.</li> <li>• Apoyo y recursos formales e informales de la familia.</li> <li>• Normas, creencias y estándares conductuales contra el uso de drogas.</li> <li>• Buen rendimiento escolar y apego en la escuela.</li> </ul>
Pollard et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refuerzos por la implicación en la comunidad.</li> <li>• Oportunidades para implicarse en la comunidad.</li> </ul>

**Figura 11.4.** Factores de Protección en el Ámbito Comunitario.

Para ofrecer respuestas concretas en materia de prevención de las drogodependencias a una comunidad, por ejemplo con el objetivo de reducir la accesibilidad de los menores de edad al consumo de alcohol, o incrementar la percepción del riesgo asociado al consumo de hachís, hemos de partir de las necesidades de la comunidad. Por una parte, aquellas que son formuladas directamente por la población, el ayuntamiento o una determinada institución sensible al problema, pero también aquellas que sean detectadas por los técnicos en prevención a través del análisis y cuantificación de los problemas relacionados con el consumo de drogas de la comunidad o de determinados colectivos de riesgo dentro de ella.

<b>Factores precipitantes</b>	<b>Factores protectores</b>
Entorno social y cultural desestructurado	Entorno social y cultural altamente estructurado y organizado.
Disponibilidad de sustancias	Control social de la oferta.
Promoción indirecta de las drogas en los medios de comunicación	Pacto mediático para ofrecer una imagen no promocional de las sustancias.
Valores sociales negativos	Educación en valores y promoción social de valores positivos.
Presencia de las drogas en actividades sociales	Reducción y sustitución de sustancias en actividades sociales y comunitarias.
Consumo público de drogas	Restricción del consumo de sustancias públicamente.
Actitudes sociales positivas hacia las drogas	Formación de actitudes hacia el mantenimiento de la salud en la comunidad.

**Figura 11.5.** Factores precipitantes y protectores en prevención comunitaria.

La definición operativa de las necesidades (formuladas o detectadas) nos permite definir el problema o problemas de la población respecto al consumo de drogas, determinar su magnitud, alcance y peculiaridades, determinar qué recursos tiene la comunidad para hacer frente al problema, qué recursos y servicios se están utilizando y cómo podemos mejorar la respuesta que ofrecen. Asimismo, la evaluación de necesidades nos permite detectar qué recursos nuevos serían necesarios, y nos ayuda a priorizar y jerarquizar los problemas para optimizar estos recursos y conseguir los mejores resultados.

La propia evaluación de necesidades, permite que conozcamos a la comunidad o colectivos destinatarios de las acciones y el contexto en el que se llevarán a cabo, motivando a los diferentes agentes sociales para que se impliquen activamente. Todo ello facilitará la determinación de la duración de la intervención, su frecuencia, o el tipo de actividades más adecuada a la población.

Al respecto, Bradshaw (1972) realizó una clasificación para determinar las características de las necesidades que se nos pueden plantear:

- Necesidad normativa: Se produce cuando existe una discrepancia entre la situación o contexto social y una norma existente en términos de cantidad y calidad. Un ejemplo de ello sería, que la unidad de prevención comunitaria de un municipio detectara un incremento de «botellón» entre jóvenes menores de edad, alentado por la venta de alcohol en establecimientos 24 horas que pasan por alto la prohibición de venta de alcohol a menores.
- Necesidad percibida: Se trata de la percepción que tiene la comunidad acerca de cuáles son sus necesidades en cuanto a un determinado problema social. La norma la fija cada miembro y la necesidad también la define el individuo. Como ejemplo, puede darse el caso de que un vecino o vecinos de la comunidad adviertan una situación de tráfico de drogas en el entorno de una zona escolar y sean ellos los que alerten a las autoridades al percibir el riesgo.
- Necesidad expresada: Equivale a la demanda explícita de intervención por parte de alguna unidad o servicio e implica la transformación de la percepción o sentimiento en acciones. Un ejemplo de ello, sería la demanda de la asociación de padres de un determinado colegio o instituto, de realizar escuelas para padres que les ayuden a mejorar la comunicación con sus hijos y prevenir posibles problemas de consumo.
- Necesidad relativa/comparativa: Presupone la existencia de normativas y al mismo tiempo la discrepancia o desfase entre la comu-

nidad o determinados colectivos hacia estas normas. La necesidad, en este caso, la deduciría un observador externo, cuando dos colectivos o grupos similares de la población reciben distintos servicios. Un ejemplo podría darse cuando la planificación de actividades de ocio saludable, alternativas al consumo de drogas durante el fin de semana, tan solo se realiza en lugares céntricos de la población, dejando de lado otros barrios del extrarradio y por tanto su colectivo joven.

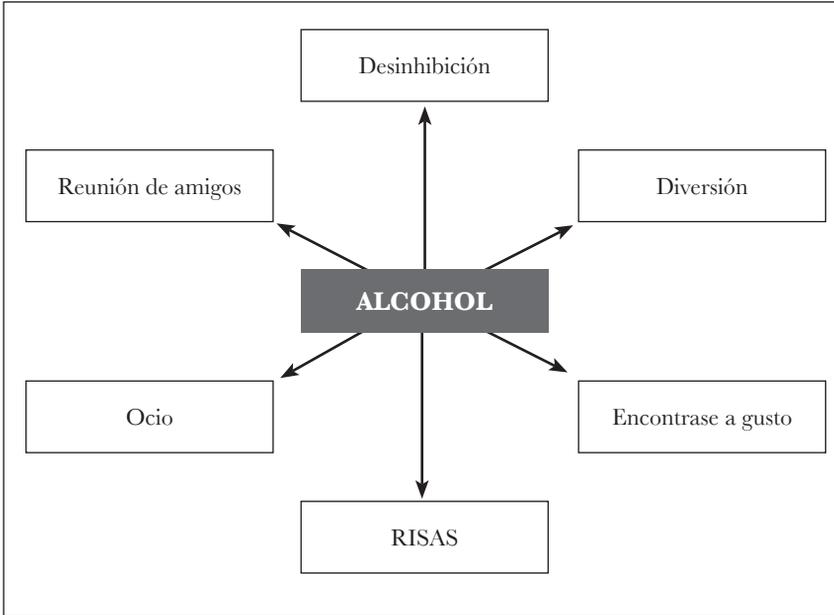
Cuando llega el momento de jerarquizar las necesidades para programar las intervenciones, hemos de tener en cuenta que los primeros problemas a resolver serán aquellos a los que la comunidad conceda mayor gravedad e importancia y cuya resolución resulte más sencilla para incrementar los niveles de motivación y movilización de los colectivos de la comunidad respecto al programa. En este punto, resulta un aspecto clave coordinar la intervención que se diseñe con otras que puedan estar llevándose a cabo al mismo tiempo y que tengan objetivos similares o tangenciales a los de nuestra acción, para aunar esfuerzos y no solapar intervenciones.

#### **11.4. Ocio y tiempo libre: espacios preventivos**

La década de los ochenta, fue el periodo que consolidó el fenómeno del ocio nocturno entre el público juvenil, con la «movida» como estandarte. Actualmente se habla del fin de semana como «fínde», como el tiempo oficial de ocio, en el que se intensifican los usos y/o abusos de sustancias siguiendo un patrón característico de consumo fuera de casa, principalmente en espacios o locales públicos que suelen ser mayoritariamente bares y discotecas dentro de entornos concretos de las ciudades o lugares de ocio, cuyos itinerarios exigen en algunos casos el uso de vehículo, con el consiguiente aumento del riesgo derivado de la conducción bajo los efectos del consumo de alcohol y/u otras drogas.

En este contexto se ha generalizado y normalizado el policonsumo recreativo de drogas, asociado a entablar relaciones sociales positivas, emplear el tiempo libre y divertirse, teniendo en cuenta el valor que la sociedad actual otorga a la experiencia del ocio como necesidad básica y derecho fundamental del individuo. Si a esto le añadimos la tendencia social, cultural y la tradición aprendida de los padres y adultos de referencia para los jóvenes, se puede desembocar en asociaciones de diversión y

determinados consumos, sobre todo alcohol y tabaco, como inseparables y necesarios (García del Castillo, 2007).



**Figura 11.5.** Asociación de consumo y comportamientos recreativos. (Modificado de García del Castillo, 2007).

Los expertos señalan que los cambios en los modos de ocupación del ocio de los jóvenes no afectan solo al tipo de actividades que realizan, sino también a la cantidad y frecuencia de éstas, destacando el incremento del tiempo que se dedica a salir de fiesta y a la diversión nocturna de fin de semana. Estos cambios han sido tan intensos que las generaciones actuales de adolescentes y jóvenes han establecido la diversión y el disfrute de la vida como uno de los valores sociales de referencia más importantes (Sánchez Pardo, 2002).

Algunas claves para entender el momento en el que nos encontramos, tienen que ver con la visibilidad y presencia de las drogas en nuestro entorno. Tenemos más información sobre ellas, pero también sabemos dónde y cómo conseguirlas e incluso, como ocurre con la marihuana, los cuidados necesarios para cultivarla y los métodos de conservarla y consumirla. Esta disponibilidad ha contribuido a la normalización de la que hablábamos anteriormente, pero también a que la experimentación con las drogas sea

mayor, y que consumos que antes atribuíamos de manera mayoritaria al género masculino, se encuentren en proceso de feminización o altamente feminizados, como es el caso del tabaco.

La percepción del riesgo que ocasiona el consumo de drogas ha descendido, en gran parte porque el consumo de sustancias como el alcohol, tabaco, cannabis o psicoestimulantes está fuertemente asociado a lo recreativo, al ocio de fin de semana, y también por la filosofía experiencial reinante, que tiene que ver con la búsqueda constante de sensaciones y la asunción del riesgo como un nuevo estilo de vida.

A este respecto, la encuesta ESTUDES (2006) incluyó preguntas para sondear el riesgo percibido por los estudiantes ante diversas conductas de consumo de drogas, lo que puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo. En 2006, las conductas de consumo que los jóvenes de 14 a 18 años asociaban un menor riesgo eran tomar 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana, tomar 1 o 2 cañas/copas diariamente, y tomar tranquilizantes o somníferos esporádicamente. Por el contrario las conductas asociadas a un mayor riesgo eran el consumo habitual (una vez a la semana o más frecuentemente) de heroína, éxtasis o cocaína. También se asociaba a un nivel importante de riesgo el consumo esporádico de estas tres últimas drogas, y en general consumir cualquier droga de comercio ilegal. El riesgo percibido por las mujeres era superior al percibido por los hombres, especialmente para el consumo de alcohol y el consumo de cannabis.

En este escenario, los programas de ocio alternativo tienen como objetivo evitar o ralentizar el paso de los consumos esporádicos o exploratorios de sustancias, a un consumo habitual o al abuso de otras sustancias, a través de la promoción de actividades de ocio saludable que sean incompatibles con el uso de drogas. Instituciones españolas como el Plan Nacional sobre Drogas, incluyen este tipo de estrategias entre sus políticas prioritarias, lo que queda reflejado en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 que tiene entre sus metas la prevención de los consumo recreativos de drogas, pero también desde distintos organismos dependientes de la Unión Europea, que establecen la necesidad de mejorar el conocimiento de las nuevas pautas de consumo de drogas y las posibles respuestas como líneas prioritarias de Salud Pública de la Unión Europea.

Como expresaba Manuel Castells (1997) *«la globalización ha venido, nadie sabe cómo ha sido, y ha venido para quedarse. Salvo que haya un improbable retorno a comunidades autosuficientes, no podemos escapar a su lógica, inscrita en las redes informáticas que arquitecturan nuestras vidas. No hay otro remedio que navegar en las encrespadas aguas globales, aprendiendo a sortear sus torbellinos y aprovechar*

*sus vientos... Para esa navegación es ineludible e indispensable contar con una brújula y un ancla. La brújula: educación información y conocimiento, tanto a nivel individual como colectivo. El ancla: nuestras identidades. Saber quiénes somos y de dónde venimos para no perdernos a dónde vamos.»*

No obstante y a pesar de la extensión y repercusión de este tipo de programas, los expertos en prevención de drogodependencias no tienen una visión clara de que consigan objetivos preventivos en materia de drogas. En el transcurso de la VII Reunión Nacional de Drogodependencias (INID, 2005), donde se debatió extensamente esta cuestión bajo el lema: «Prevención de drogas y ocio alternativo», se llegó a las siguientes conclusiones consensuadas entre todos los asistentes:

- El análisis científico demuestra que los programas de Ocio Alternativo, en la actualidad, no son estrategias eficaces en la prevención del consumo de drogas.
- Deberíamos invertir algunos esfuerzos de investigación, para que los programas de Ocio Alternativo se puedan orientar concretamente hacia poblaciones de riesgo, con el fin de verificar si tienen eficacia en estas poblaciones como instrumentos de prevención de drogas, teniendo en cuenta que tendrían que desarrollarse como programas estructurados y no como acciones puntuales aisladas.
- Debemos hacer partícipes a los propios jóvenes en el diseño, gestión e implementación de las actuaciones preventivas sobre la utilización del ocio y tiempo libre, y el abuso de drogas; con el fin de asegurar que su aceptabilidad sea más amplia.
- Ante la poca evidencia sobre la efectividad de las ofertas alternativas al ocio, es posible mejorar la oferta actual, interviniendo en la línea del pacto por una noche más segura, más saludable y con menos riesgos, mediante la participación de todos los agentes y sectores implicados (especialmente los jóvenes), en la que los mecanismos de regulación y los programas de reducción de daños/riesgos, deben tener un papel relevante, sin olvidar los programas de prevención primaria.
- El consumo de ocio está controlado por una potente industria. Es un sector muy dinámico que continuamente elabora y reelabora un amplio abanico de ocio y es capaz de adaptarse, con flexibilidad y rapidez, a las expectativas de los consumidores. Se trata también de un sector muy lucrativo, incluso motor de la economía en algunas zonas. En el ocio nocturno, se publicitan espacios de relaciones humanas fáciles, música, baile y diversión, pero en realidad el nego-

cio es la venta de alcohol. Parece claro, que tenemos una ardua tarea, en especial, porque tenemos que ser capaces de visualizar la crítica en torno a la droga legal más utilizada y extendida.

- El cambio de paradigma en el ocio «finde», la influencia de los medios de comunicación (publicidad/cine) y la falta de consecuencias de la trasgresión legal (venta a menores, botellón...), provocan una distorsión en la percepción social del riesgo percibido de las drogas legales. Se crea así un «frame social» que actúa como «caldo de cultivo». La modificación de este «frame» (riesgo percibido y tolerancia social) es condición imprescindible para lograr el cambio social del consumo de drogas legales vinculadas al ocio.
- Desde la preocupación y la responsabilidad por la prevención de los consumos de drogas, parece oportuno solicitar a los Ayuntamientos una apuesta decidida por una Prevención Específica de los consumos de drogas que no se identifique, como hasta ahora en muchos casos, con los actuales programas de «Ocio Alternativo».
- El ocio es otro espacio más de intervención socioeducativa de los programas de prevención comunitaria de drogodependencias, que tiene que incorporar, en cada caso, las características de una estrategia preventiva de carácter universal, selectiva o indicada. Es preciso definir los perfiles y competencias de los profesionales que los llevan a cabo.
- La familia es un pilar fundamental en la prevención de drogas, por tanto, es responsable de educar para el ocio. En ese sentido tiene la obligación ineludible de actuar como modelo positivo y participativo en el tiempo libre.
- El entorno europeo, tras la Declaración de la Conferencia Ministerial y de la OMS sobre Salud Mental de Helsinki 2005, obliga al aumento de líneas de trabajo en prevención de las drogodependencias y promoción de la salud de los Estados miembros. Queremos destacar desde este foro, que nos parece de fundamental importancia que los países de la C.E. realicen el esfuerzo de comprometerse a dotar con un 10 % del P.I.B. los programas de prevención de drogas y de promoción de la salud.
- Todos los programas de prevención de drogodependencias deben contar con una evaluación interna y externa. Así mismo se tienen que potenciar la formación y la investigación de los mismos.

Los programas de ocio alternativo se sostienen sobre una base comunitaria, dado que tienen lugar en espacios de ocio, y permiten la orga-

nización de actividades de carácter lúdico, que son incompatibles pero también alternativas a la oferta de ocio centrada en el consumo de sustancias. Como todo programa de prevención del consumo de drogas, estas iniciativas buscan maximizar los factores de protección frente al consumo de drogas, en este caso a través del ocio como espacio de aprendizaje y desarrollo de habilidades y capacidades personales y sociales, así como de procesos de socialización positivos y hábitos de vida saludables, minimizando el impacto de los factores riesgo que incrementan la probabilidad del consumo.

Actualmente en España ya son muchas las instituciones estatales, autonómicas, regionales etc., que se han involucrado directamente o que financian estas iniciativas desde que en 1997 apareciera en Gijón el programa «Abierto hasta el Amanecer» por el que en tan solo un año, llegaron a pasar alrededor de 40.000 jóvenes, y que pasó a convertirse en referente e impulsor de iniciativas similares en otras muchas comunidades.

Algunos de los factores que han contribuido a la expansión de los programas preventivos de ocio alternativo, tienen que ver con el reconocimiento de que las intervenciones preventivas tradicionales, principalmente enmarcadas en el ámbito escolar, no cubrían todo el espectro del problema, sabiendo el importante peso que tiene el manejo del tiempo de ocio como factor protector frente al consumo de drogas y el cambio social en cuanto al patrón y tendencias de consumo que ha dejado de ser territorio exclusivo de determinados colectivos o grupos marginales.

También ha tenido que ver con este crecimiento de los programas de ocio alternativo el actual modelo de ocio predominante, en el que la diversión se concentra en el fin de semana y se asocia al uso de sustancias psicoactivas como el alcohol, consumido en establecimientos como bares o discotecas, pero también como parte central del ritual del conocido «botellón» como espacio referente de fortalecimiento de redes sociales y diversión.

Bajo la denominación de programas de ocio alternativo, se unen iniciativas muy variadas en cuanto a sus componentes, objetivos, estrategias, actividades, espacio y tiempo de actuación e incluso, población destinataria. Para arrojar un poco de luz sobre esta cuestión, presentamos a continuación la clasificación propuesta por el *Center of Substance Abuse Prevention (CSAP)* que tiene en cuenta el enfoque de los programas.

Los programas alternativos basados en la escuela, aunque pueden no considerarse estrictamente programas de alternativas, combinan actividades de ocio con la realización de cursos o talleres para el desarrollo de habilidades, cursos de tutorización y en algunos casos, servicios a la comunidad educativa.

Entendemos como programas orientados a servicios para la comunidad, aquellas iniciativas que motivan la participación y la vinculación de los jóvenes a su comunidad, a través del desarrollo de proyectos orientados a la realización de servicios. En estos casos, es habitual que sean los propios jóvenes una vez formados, los que se encarguen del diseño y puesta en marcha de los proyectos y de la capacitación e implicación de otros jóvenes.

Los programas orientados a la aventura, ofrecen experiencias excitantes cuyo objetivo es fortalecer la confianza, potenciar la autoestima, mejorar la disciplina o el grado de habilidades sociales y mejora de los procesos de toma de decisiones.

Cuando nos proponemos llevar a cabo una intervención con grupos étnicos determinados y nuestro objetivo es adaptar el programa a su realidad cultural, disponemos de las alternativas basadas en modelos culturales específicos, que buscan la creación de lazos con la propia cultura y su revalorización mediante la participación de los jóvenes en actividades tradicionales. En muchos casos estas alternativas están dirigidas a jóvenes en situación de riesgo y el objetivo de estos programas puede ampliarse a ofrecer información sobre drogas, potenciar hábitos de vida saludables, actitudes contrarias al consumo o actividades de alternativas de tiempo libre. Los programas comunitarios, no solo pretenden aportar alternativas sino que se constituyen como puntos de encuentro e intercambio para los jóvenes en su comunidad.

Los investigadores estadounidenses, con mayor trayectoria y experiencias en la puesta en marcha y evaluación de programas de ocio alternativo desde mucho antes que en nuestro país, nos ofrecieron análisis como el estudio ya clásico de Tobler (1986) que realizó un meta-análisis de 143 programas de prevención de drogas entre adolescentes, de los cuales solo 11 fueron definidos como de ocio alternativo. Estos programas resultaron ser la segunda estrategia más efectiva, por detrás de aquellos programas impartidos por iguales.

Tobler (1986) categorizaba los programas de ocio alternativo en dos grupos, por una parte aquellos diseñados para el joven medio, que tenían que ver con los servicios a la comunidad y actividades de ocio, y por otra, aquellos diseñados para atender a jóvenes en riesgo con déficit individuales en habilidades básicas de la vida, baja autoestima y experiencias limitadas que pudieran hacer a los jóvenes más vulnerables frente al consumo de drogas. Estos últimos suelen utilizar estrategias formativas, entrenamientos laborales o actividades de aventura con alto componente físico. Este autor apoya la idea de que los programas de ocio alternativo son más efectivos

cuando están dirigidos a poblaciones especiales o en riesgo y cuando se llevan a cabo de forma intensiva y prolongada en el tiempo, porque este tipo de programas ofrece a los jóvenes la posibilidad de mostrarse competentes y ejercer control, sobre diferentes aspectos de su vida.

En un segundo meta-análisis en 1993, Tobler tomó una muestra de 120 programas escolares y clasificándolos en función del contenido y la forma de aplicarlo. Para ello, determinó siete categorías de contenidos: conocimiento, afectivos, de habilidades de rechazo, habilidades genéricas (como habilidades sociales o de toma de decisiones), habilidades de seguridad (en referencia a conductas como beber y conducir o reducción de riesgos), actividades extracurriculares (culturales, deportivas, de tiempo libre, alternativas al consumo, trabajo voluntario y remunerado para la comunidad) y otras (como el consejo y la participación familiar y comunitaria).

En sus conclusiones, Tobler (1993) sostenía que los programas más eficaces eran los que combinaban varios tipos de componentes, si bien las «habilidades para la vida» fueron el componente crucial de los programas. Otra de sus conclusiones determinaba que la metodología participativa es imprescindible para obtener resultados positivos en programas preventivos.

En el marco de la Unión Europea, Burkhart (2003) sintetizaba la situación respecto a la evaluación de programas de ocio alternativo del siguiente modo:

- Aumenta el número de proyectos específicos y se diversifican las intervenciones.
- Hay una concienciación de la necesidad de evaluar las iniciativas.
- La mayor parte de las intervenciones se centran en población no consumidora o consumidores experimentales, dejando sin atención a grupos de mayor riesgo con un consumo regular y más peligroso.
- La mayoría de las actividades todavía se centra en ofrecer información aún cuando sabemos que las acciones dirigidas a un lugar específico y de interacción personal serán más importantes.
- Los estándares de evaluación y las líneas de actuación, todavía son poco conocidas e implementadas.

En España, el retrato robot de los procedimientos de evaluación de programas de prevención de ocio alternativo de consumo de drogas en el siguiente: se trataría de una evaluación centrada de forma casi exclusiva en la valoración del proceso de implementación del programa, en donde no existen, o son muy escasos, los intentos encaminados a valorar los resul-

tados finales del programa en consonancia con los objetivos propuestos; en esta misma línea, la distinción entre «evaluación de proceso» y «evaluación de resultado» parecen estar siendo permanentemente ignorada, en tanto con frecuencia se confunde una con otra o se consideran evaluaciones de resultados, ciertos procesos valorativos que atienden exclusivamente a la adecuación de la implementación del programa. Por su parte, la propia evaluación del proceso, aparece descrita en la mayoría de las ocasiones de formas excesivamente vagas e imprecisas, sin que haya garantías de que han sido llevadas a cabo con el debido respeto a la objetividad y el rigor en las medidas (Fernández-Hermida y Secades, 2003).

Todo ello nos invita a continuar avanzando en la evaluación e investigación de la efectividad de este tipo de programas que gozan de gran aceptación tanto a nivel ciudadano como institucional y que en cualquier caso, sustentados por una buena planificación, constituyen una alternativa de ocio para la comunidad y un buen punto de partida para la integración y desarrollo de personas en situación de riesgo.

Algunos retos con los que se encuentran los programas de ocio alternativo en nuestro país de cara al futuro son (Martín y Moncada, 2003):

- La mejora de los fundamentos científicos a partir de hechos objetivos ya evaluados.
- Mejorar el análisis de las necesidades, y la definición y escala de prioridades de las poblaciones de riesgo.
- Articular los programas de ocio alternativo en el marco de planes de prevención más amplios.
- Planificar los programas desde un enfoque comunitario de aprovechamiento y mejora de las redes sociales, la participación y el aprovechamiento de los recursos.
- Garantizar la estabilidad temporal de los programas para consolidar un modelo de ocio alternativo.
- Promover la formación de los distintos agentes y mediadores que intervienen en el diseño, planificación, intervención y evaluación del programa.
- Impulsar la evaluación de estos programas fomentando la transferencia tecnológica entre las instituciones y organismos que trabajan en este campo.

## Referencias Bibliográficas

- A.P.A. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Masson.
- Abrams, D. B. y Niaura, R. S. (1987). Social learning theory of alcohol use and abuse. En H. Blane y K. Lenonard (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 131-180). Nueva York: Guildford Press.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Open University Press.
- Alexander, J. F. y Parsons, B. V. (1973). Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 219-225
- Alfonso, M. y Ibañez, P. (1987). *Drogas y toxicomanías*. Madrid: Narcea.
- Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B., y Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de psicología*, 25(2), 330-338.
- Alonso, C. y Del Barrio, V. (1998). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(97), 679-701.
- Altman, J., Everitt, B. J., Glaudier, S., Markou, A., Nutt, D. Oretti, R., Phillips, G. D. y Robbins, T. W. (1996). The biological, social and clinical bases of drug addiction: commentary and debate. *Psychopharmacology*, 125, 285-345.
- Alvira, F (1991) *Metodología de la evaluación de programas*. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS): Madrid.
- Arbex, C., Porrás, J., Carrón, J. y Comas, D. (1995). *Materiales de formación en prevención de drogodependencias. Módulo I: Contenidos generales*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Comunidad de Madrid.
- Argandoña, M. (1998) Las políticas en Drogodependencias desde la Organización Mundial de la Salud. *V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Cádiz. España.
- Arnedo, M.T., Martínez-Sanchís, S. y Salvador, A. (1999). Dependencia de los esteroides anabolizantes-androgenizantes y mecanismos subyacentes. *Psicothema*, 11(3), 531-544.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Biglan, A., Metzler, C. W., Noell, J. W. y Smolkowski, D. (1998). Development of Adolescent Problem Behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13(3), 16-26.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147

- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and actions. A Social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barrio, G., Bravo, M.J. y De La Fuente, L. (2000). Consumo de drogas ilegales en España: hacia una diversificación de los patrones de consumo y los problemas asociados. *Enf. Emerg* 2(2), 88-102.
- Bartual, V., Bardisa, M., López-Sánchez, C. y García-Rodríguez, JA (2000). Análisis relacional entre consumo de drogas y conducta delictiva. En J. Fernández; J. Herrero y A. Bravo (comps.) *Intervención psicosocial y comunitaria. La promoción de la salud y la calidad de vida*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, N. J.: Slack.
- Becoña, E. (1997). *Programa para dejar de fumar*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2003). *Bases científicas de la prevención de drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco: prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la Prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.
- Benavides, F.G., Benach, J., Díez-Roux, A.V. y Román, C. (2000). How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54, 494-501.
- Bencit, J.V., García-Carrión, C. y Mayor, I. (1990). *Intervención en drogodependencias: un enfoque multidisciplinar*. Madrid: Síntesis.
- Bentler, P. M. (1987). Drug use and personality in adolescence and young adulthood. *Child Development*, 58, 65-79.
- Blau, G. M., Gillespie, J. F., Felner, R. D. y Evans, E. G. (1988). Predisposition to drug use in rural adolescents: preliminary relationships and methodological considerations. *Journal of Drug Education*, 18, 13-22.
- Boletín Oficial del Estado (1995). *Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales*. 10 de Noviembre de 1995, núm. 269.
- Boletín Oficial del Estado (1997). *Ley 39/1997 de Servicios de Prevención*. 31 de Enero de 1997, núm. 27.
- Botvin, G. J. (1998). *Life Skills Training A drug and violence prevention program*. New York: Institute for Prevention Research, Cornell University Medical College.
- Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors*, 25, 887-897.
- Botvin, G. J. y Eng, A. (1982). The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. *Preventive Medicine*, 11, 199-211.

- Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2000). Preventing substance use and abuse. En K. M. Minke y G. C. Bear (Eds.), *Preventing school problems-promoting school success: strategies and programs that work* (pp. 259-298). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Botvin, G. J., Epstein, J. A., Baker, E., Diaz, T. y Williams, M. I. (1997). School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6, 5-20.
- Bradshaw, J. (1972). The concept of social needs. *New Society*, 30(3), 640-643.
- Bry, B. H., Catalano, R. F., Kumpfer, K. L., Lochman, J. E. y Szapocznik, J. (1998). Focus on families: Scientific findings from family prevention intervention research. En R. S. Ashery, E. B. Roberston y K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 103-129). Rockville: NIDA Research Monograph, 177.
- Bukoski, W.J. (1995). Un marco de trabajo para la investigación en prevención del abuso de drogas. En C.E.P.S. (comp.) (1995). *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (pp. 11-31). Madrid: Centro de estudios sobre Promoción de Salud.
- Burkhart, G. (2003). Evaluación de proyectos en el ámbito recreativo. Experiencias Europeas. *Seminario sobre la prevención de las drogodependencias en espacios de ocio*. Palma de Mallorca.
- Bush, R. y Folger, J. (1996) *La promesa de la mediación*. Barcelona: Granica.
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: PNsD. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (5ª edición). Madrid: Siglo XXI
- Calafat, A. (1987): *Prevención escolar de la droga. Experimentación de un programa*. Palma de Mallorca: Conselleria de Sanitat y Segutitat Social. Govern Balear.
- Calafat, A., Fernández, C., Becoña, E., Gil, E., Juan, M. y Torres Hernández, M.A. (2000). Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones*, 12(2), 197-230.
- Camí, J. (1996). *Psicoestimulantes*. Madrid: Aguilar.
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires, Paidós.
- Caplan, M., Weissberg, R. P., Grober, J. S., Sivo, P., Grady, D. y Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects of social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 56-63.
- Casas, J. (1998). *Actitudes, habilidades sociales y autocontrol en la prevención del consumo abusivo de alcohol y tabaco*. Tesis Doctoral: Universidad Autónoma de Madrid.
- Casas, M. (1992). La hipótesis de la automedicación y su posible repercusión sobre la legalización de las drogas. En M. Casas (Ed.), *Trastornos psíquicos en toxicomanías (I)* (pp. 367-375). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

- 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.
- Castells, M. (1997). La insidiosa globalización. *Diario El País*, sección Opinión de 29 de Julio. España.
- Catalano, R. F., Kosterman, R., Haggerty, K., Hawkins, J. D. y Spoth, R. L. (1998). A Universal Intervention for the prevention of substance abuse: Preparing for the Drug-Free Years. En R. S. Ashery, E. B. Roberston y K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 130-159). Rockville: NIDA Research Monograph, 177.
- Cavalcanti, L. (1995). Drogodependencias y trabajo comunitario: Del difícil arte de conciliar lo conflictivo. La experiencia de la asociación EGO de París. En *II Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario*. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.
- Centro de Estudios Sociológicos (CIS) (2013). Barómetro octubre 2013. Recuperado el 15 de diciembre de 2013: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3000\\_3019/3001/Es3001.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3000_3019/3001/Es3001.pdf).
- Centro de Estudios Sociológicos (CIS) (2014). Barómetro de julio de 2009. Recuperado el 14 de febrero de 2014: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos\\_html/TresProblemas.html](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html)
- Chilcoat, H. D. y Anthony, J. C. (1996). Impact of parental monitoring on initiation of drug use through late childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 91-100.
- 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
- Cobb, S., Miller, J. y Rifkin, J. (1990). Toward a New Discourse for Mediation: A Critique of Neutrality. En *The Social Construction of Neutrality*. Santa Bárbara, California.
- Cohen, D. A., Richardson, J. y La Bree, L. (1994). Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: A longitudinal study. *Pediatrics*, 94, 368-375.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NH: Erlbaum.
- Comas, D. (1992). La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención. *Adicciones*, 4, 1, 15-24.
- Comisión Europea (2013). *Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2013-2020)*. Bruselas, Comisión Europea.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Dalley, M. B., Bolocofsky, D. N. y Karlin, N. J. (1994). Teacher-ratings and self rating of social competency in adolescents with low-and high-depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 477-485.
- De Diego, R. y Guillén, C. (2006). *Mediación: procesos, tácticas y técnicas*. Madrid: Pirámide.

- Di Chiara, G. y Norh, R. A. (1992). Neurobiology of opiate abuse. *Trends in Pharmaceutical Sciences*, 13, 185-193.
- Dirección General de Drogodependencias de la Generalitat Valenciana (2006) *La Incidencia de las drogas en el medio laboral de la Comunidad Valenciana*. Madrid: FAD.
- Dishion, T. J., Kavanagh, K y Kierner, J. (1998). Prevention of early substance use among high risk youth: A multiple gating approach to parent intervention. En R. S. Ashery, E. B. Roberston y K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 208-228). Rockville: NIDA Research Monograph, 177.
- EDEX (1996). *¡Órdago! El desafío de vivir sin drogas*. Bilbao: EDEX-Gobierno Vasco.
- EDIS (1987). *Drogodependencias. La incidencia de las drogodependencias en el mundo laboral*. Madrid: UGT, Unión General de Trabajadores.
- Edwards, G. y Gross, M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1(6017):1058-1061.
- Edwards, G., Arif, A. y Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: A WHO memorandum. *Bulletin of the World Health Organization*, 59, 225-242.
- Elzo, J., Lidón, J. M. y Urquijo, M. L. (1992). *Delincuencia y drogas. Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las audiencias provinciales y juzgados de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Errasti, J. M., Al-Halabí, S., Secades, R., Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L. y García Rodríguez, O. (2009). Prevención familiar del consumo de drogas: el programa «Familias que funcionan». *Psicothema*, 21, 45-50.
- Escotado, A. (1989). *Historia de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial (Tres tomos).
- Espada, J. P. Méndez, F. X., Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2002). Prevención del abuso de drogas en la adolescencia. En J. M. Ortigosa, M. J. Quiles y F. X. Méndez (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud. Intervención con niños, adolescentes y familias*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2002). Programas de prevención familiar para la prevención de la drogodependencia. En J. R. Fernández-Hermida y R. Secades (Coords.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 197-230). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2003). *Programa Saluda: prevención del abuso de alcohol y drogas de síntesis*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P., Lloret, D. y García del Castillo, J. A. (2008). Applying drug dependence research to prevention interventions in Spain. *Evaluation & the Health Professions*, 31(2), 182-197.
- Espada, J. P., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 12(1), 57-64.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 9-17.

- Espada, J. P., Pereira, J. R. y García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.
- Espada, J.P., Hernández, O., Orgilés, M. y Méndez, F. X. (2010). Comparación de distintas estrategias para la modificación de la actitud hacia el consumo de drogas en escolares. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 315-328.
- Etz, K. E., Robertson, E. B. y Ashery, R. S. (1998). Drug abuse prevention through family-based interventions: Future research. En R. S. Ashery, E. B. Robertson y K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 1-11). Rockville: NIDA Research Monograph, 177.
- FAD (2002). *La Incidencia de las drogas en el mundo laboral*. Madrid: FAD.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F.D., Versino E., Zambon A., Borraccino A. y Lemma P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 46, 385-396.
- Félix-Ortiz, M. y Newcomb, M.D. (1999). Vulnerability for drug use among latino adolescents. *Journal of Community Psychology*, 27, 257-280.
- Fernández-Hermida, J. R. y Secades, R. (Coords.) (2002). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Fernández Gesali, L. (1989): Criterios generales para la prevención, tratamiento y reinserción. En Grupo IGIA: *El medio escolar y la prevención de las drogodependencias*. Informe para el profesorado. Madrid: Secretaría de Estado y Educación. Ministerio de Educación y Ciencia.
- Fernández-Hermida, J.R. y Secades, R. (2003). *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos y Plan Nacional sobre Drogas.
- Ferrer, X. (1986). La prevención de las drogodependencias. *Información Psicológica*, 28, 7-13.
- Fishbein, M. (1967). Attitude and the prediction of behavior. En M. Fishbein (Ed.), *Reading in attitude theory and measurement* (pp. 477-492). Nueva York: Wiley.
- Fishbein, M. (1980). A theory of reasoned action: Some applications and implications. En M. M. Page (Ed.), *Beliefs, attitudes and values* (pp. 65-116). Lincoln, MA: University of Nebraska Press.
- Fishbein, M. y Azjen, I. (1972). Attitudes and opinions. *Annual Review of Psychology*, 32, 487-544.
- Fishbein, M. y Azjen, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Folberg, J. y Taylor, A. (1992). *Mediación. Resolución de Conflictos sin Litigio*. Madrid: Limusa Noriega Editores.
- Freixa, F. (1984). *El fenómeno droga*. Madrid: Aula Abierta Salvat.
- Freud, S. (1884). *Über coca*. Versión inglesa en S. Freud (1974). «Cocaine Paipers» New York: Stonehill. Versión española en S. Freud (1975) «Escritos sobre la cocaína». Barcelona: Anagrama.

- Froján, M.X. y Santacreu, J. (1995). Evaluación de programas de salud. En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid, Síntesis.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996). *Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar*. Madrid: FAD.
- Fundación Salut y Comunitat (2009). Guía para profesionales sobre el abuso de sustancias volátiles. Recuperado el 20 de enero de 2014: [http://www.lwl.org/ks-download/downloads/searchII/Solvents-Guide\\_span.pdf](http://www.lwl.org/ks-download/downloads/searchII/Solvents-Guide_span.pdf)
- Funes, J. (1990). *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- García del Castillo, J.A. (2007). *Mi hijo, las drogas y yo*. Madrid: EDAF (4ª edición).
- García del Castillo, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 12(2), 133-151.
- García del Castillo, J.A. y Dias, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Health and Addictions/Revista Salud y Drogas*, 7(2), 309-332.
- García del Castillo, J.A. y López-Sánchez, C. (2009). El tratamiento informativo de las drogas en los medios de comunicación escrita y su repercusión en la prevención. En J.A. García del Castillo y C. López-Sánchez: *Medios de comunicación, publicidad y adicciones*. Madrid: EDAF.
- García Jiménez, M. T., Gamonal, A., Amela, C., Casas, J., Dorado, L., Herce, P., Ibáñez, C., López, C., Mazarrasa, L., Marco, S., Munugarren, R., Nájera, P. y Pachón, I. (1993). *Estudio sobre el consumo juvenil de bebidas alcohólicas en la comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Integración Social e Instituto de Salud Carlos III.
- García-Jiménez, M. T. (Coord.) (1993). *Estudio sobre el consumo juvenil de bebidas alcohólicas en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Integración Social e Instituto de Salud Carlos III.
- García-Rodríguez, J. A. (1986). *Modelado y resolución de problemas en la prevención de las drogodependencias*. Tesis Doctoral: Universidad de Murcia.
- García-Rodríguez, J. A. (1989). Prevención de las drogodependencias: prevención específica versus prevención inespecífica. *Adicciones*, 1(2), 80-89.
- García-Rodríguez, J. A. (1991). Modelo de prevención de drogas en la escuela mediante la aplicación de técnicas conductuales. *XIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Santa Cruz de Tenerife.
- García-Rodríguez, J. A. (2000). *Mi hijo, las drogas y yo*. Madrid: EDAF.
- García-Rodríguez, J. A. y López, C. (1988). *Drogodependencias en la escuela. Teoría y método*. Servicio de publicaciones del Ayuntamiento de Santa Pola.
- García-Rodríguez, J.A. (1989). Prevención de las drogodependencias: prevención específica versus inespecífica. *Adicciones*, 1, 2, 121-130.
- García-Rodríguez, J.A. (1994). Modelos multivariado de prevención de drogas. En J.A. García-Rodríguez y J. Ruiz (comps.). *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Madrid: FAD.

- García-Rodríguez, J.A. y Ruiz, J. (Comp.) (1993). *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra las Drogas (FAD).
- General Secretariat of the Council, (2013). *European Union, Drugs Strategy 2013-2020*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Giglio, J.J. y Kaufman, E. (1990). The relationship between child and adult psychopathology in children of alcoholics. *International Journal of Addictions*, 25(3), 263-290.
- Gilchrist, L.D. (1995). Definición de la intervención y de la población diana. En C.E.P.S. (comp.) (1995). *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (pp. 109-120). Madrid: Centro de estudios sobre Promoción de Salud.
- Goldstein, A. (1995). *Adicción*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J., y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.
- Graña, J. L. (1994a). Teorías explicativas de las drogodependencias. En J. L. Graña (Ed.), *conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 44-96). Madrid: Debate.
- Graña, J. L. (1994b). Factores de aprendizaje en las drogodependencias. En E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (Coord.), *Drogodependencias I: Introducción* (pp. 117-162). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M. y Nichols, T. R. (2002). Factors associated with regular marijuana use among high school students: a long-term follow-up study. *Substance Use and Misuse*, 37(2), 225-238.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., Diaz, T. y Miller, N. L. (2000). Parenting practices as predictors of substance use, delinquency and aggression among urban minority youth: Moderating effects of family structure and gender. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(2), 174-184.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., Epstein, J. A. y Doyle, M. (2002). Personal competence skills, distress and well-being as determinants of substance use in a predominantly minority urban adolescent sample. *Prevention Science*, 3(1), 23-33.
- Griffin, K. W., Epstein, J. A., Botvin, G. J. y Spoth, R. L. (2001). Social competence and substance use among rural youth: Mediating role of social benefit expectancies of use. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(4), 485-498.
- Griffin, K. W., Scheier, L. M., Botvin, G. J. y Diaz, T. (2001). Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: Psychological well-being as a mediating factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 194-203.
- Griffin, K. W., Scheier, L. M., Botvin, G. J., Diaz, T. y Miller, N. (1999). Interpersonal aggression in urban minority youth: Mediators of perceived neighborhood, peer, and parental influences. *Journal of Community Psychology*, 27(3), 281-298.

- Grimes, J. D. y Swisher, J. D. (1989). Educational factors influencing adolescent decision making regarding use of alcohol and drugs. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 35(1), 1-15.
- Hawkins, J. D. y Weis, J. G. (1985). The social development model: an integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.
- 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.
- Haynes, J.M. (1993). *Fundamentos de la Mediación Familiar. Cómo afrontar la separación de pareja de forma pacífica... para seguir disfrutando de la vida*. Madrid: Gaia Ediciones.
- Hernández, O. (200). Análisis de los componentes del programa saluda: compromiso público, resistencia a la presión publicitaria y fomento del ocio saludable. Universidad Miguel Hernández. Tesis Doctoral.
- Hingson, R., Lederman, R. Walsh, D. (1985). Employee drinking patterns and accidental injury: A study of four New England States. *Journal of Studies on Alcohol* 46, 298-303.
- Infante, C, Barrio, G y Martín, E (2003). Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España. *Adicciones* 15(Supl. 2), 77-96.
- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud —ISTAS— (2006). *Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas*. Madrid: CC.OO.
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud (2008). *Manual de Buenas Prácticas en Mediación Comunitaria*. Madrid: En colaboración con Instituto de Adicciones de Madrid Salud, Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogo-dependiente (UNAD), y Asociación Proyecto Hogar (APH).
- Janz, N. K., Champion, V. L., Strecher, V. J. (2002). The Health Belief Model. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*.
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Donovan, J.E. y Costa, F.M. (1991). *Beyond Adolescence: Problem behavior and young adult development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jodelet, D. (1988). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (ed.). *Psicología social*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Julien, RM (1981). *La acción de las drogas*. Buenos Aires: Edisar.
- Kandel, D. B. (1973). The role of parents and peers in adolescent marijuana use. *Science*, 181, 10-67-1070.
- Kandel, D. B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- 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: American Psychological Association.
- 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.

- Kandel, D. B. y Yamaguchi, K. (1975). Developmental patterns of the use of legal, illegal, and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood. En C. L. Jones y R. J. Battjes (Eds.), *Etiology of drug abuse. Implications for prevention* (pp. 193-235). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kandel, D. B., Yamaguchi, K. y Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gatewa theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(5), 447-457.
- Kanfer, F. H. (1975). Self-management methods. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods*. Nueva York: Pergamon Press.
- Kaplan, H. B. (1980). *Deviant behavior in defense of self*. New York: Academic Press.
- Kaplan, H. B., Johnson, R. J., Bailey, C. A. y Simon, W. (1987). The sociological study of Aids: A critical review of the literature and suggested research agenda. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 140-157.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J. y Ferrie, J. (2000). Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, 320, 971-715.
- Koob, G. F. (1992). Dopamine, addiction and reward. *Seminars in Neuroscience*, 4, 139-148.
- Kramer, J.F. y Cameron, D.C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: O.M.S.
- Kratochwill, T. R., McDonald, L., Levin, J. R., Scalia, P. A. y Coover, G. (2009). Families and schools together: An experimental study of multi-family support groups for children at risk. *Journal of School Psychology*, 47, 245-265.
- Kumpfer, K. L., Alexander, J. F., McDonald, L. y Olds, D. L. (1998). *Family-focused substance abuse prevention. What has been learned from others fields*. En R. S. Ashery, E. B. Roberston y K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 78-102). Rockville: NIDA Research Monograh, 177.
- Kumpfer, K. L., Molgaard, V. y Spoth, R. (1996). The strengthening families program for the prevention of delinquency and drug use. En R. Peters y R. McMahon (Eds.) *Preventing childhood disorders, substance abuse and delinquency*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Kumpfer, K. L., Olds, D. L., Alexander, J. F., Zucker, R. A. y Gary, L. E. (1998). Family etiology of youth problems. En R. S. Ashery, E. B. Roberston y K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 42-77). Rockville: NIDA Research Monograh, 177.
- Labein (1994). *Estudio sobre sustancias inhalables capaces de crear dependencia*. Vitoria: Eusko Jaurlaritzza.
- Lieberman, R. P., Wheeler, E.G., De Visser, L. A., Kuehnel, J. y Kuehnel, T. (1987). *Manual de terapia de pareja*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- López-Sánchez C. (2000). *Comparación de diversas técnicas psicológicas en la prevención de las drogodependencias*. Tesis Doctoral: Universidad Miguel Hernández.

- López-Sánchez, C., García-Rodríguez, J.A., Jover, M.C. y Sánchez, C. (2001). *Fundamentos básicos sobre alcohol, tabaco y otras drogas*. Alicante: INID.
- López-Sánchez, C., García-Rodríguez, J.A., Mira, J.J. y Estévez, C. (2000). Validación de escalas de actitudes hacia el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. En J. Fernández; J. Herrero y A. Bravo (ed.). *Intervención psicosocial y comunitaria: la promoción de la salud y la calidad de vida* (pp 283-286). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lorenzo, P. y Leza, J.C. (2000). Utilidad terapéutica del cannabis y derivados. En J. Bobes y A. Calafat (Edts.). Monografía Cannabis. *Adicciones*, 12(2), 149-168.
- Lorenzo, P.; Leza, J.C.; Lizasoain, I y Laredo, J.M. (1999). *Drogo dependencias*. Madrid: Panamericana.
- Loveland, C. J., Ross, L. y Kaufman, S. R. (1999). Effects of a home based family intervention on adolescent alcohol use and misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 13 sup, 94-102.
- Luengo, A., Romero, E., Gómez-Fragüela, J. A., Guerra, A. y Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Luengo, M.A., Gómez-Fraguela, J.A., Garra, A. y Romero, E. (2002). *Construyendo Salud. Promoción del desarrollo personal y social*. Madrid: M<sup>o</sup> de Educación, Cultura y Deporte.
- Lukas, S.E. (1993). Current perspectives on anabolic-androgenic steroids abuse. *TiPS*, 14, 61-68.
- 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.
- Macià, D. (1984). Aplicación de la terapia de modelado en la prevención del inicio al consumo de la droga. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 87-94.
- Macià, D. (2000). *Las drogas: conocer y educar para prevenir* (6<sup>a</sup> Ed.) Madrid: Pirámide. (Primera edición de 1995).
- Macià, D. (2000). *Un adolescente en mi vida. Manual práctico para la educación de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- Macià, D., Olivares, J. y Méndez, F. X. (1990). Alternativas de tiempo libre en la prevención de las drogodependencias. *VIII Congreso Nacional de Psicología*, Barcelona.
- Macià, D., Olivares, J. y Méndez, F. X. (1991). Intervención comportamental-educativa en la prevención de la drogodependencia. En F. X. Méndez, D. Macià y J. Olivares, (Eds.) *Intervención conductual en contextos comunitarios I: Programas aplicados de prevención* (pp. 97-129). Madrid: Pirámide.
- Makela, K. (1997). Drinking, majority fallacy, cognitive dissonance and social pressure. *Addiction*, 92(6), 729-736.
- Martín, E. y Moncada, S. (2003). Programas de prevención de ocio alternativo. *Adicciones*, 15(2), 327-346.

- Masip, J.M. (1999). *Prevención de Riesgos Laborales. Estrategias, gestión y prevención de las adicciones en el mundo laboral*. Madrid: Síntesis.
- McDonald, L., Billingham, S., Dibble, N. y Payton, E. (1996). *Families and Schools Together (F.A.S.T.)*. Madison, WI: Family Services.
- McGee, H. (1984). *On food and cooking: The science and lore of the kitchen*. Londres: Allen y Unwin.
- McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima. Evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca. (Original inglés de 1987).
- Melero, J. C. (1995). Límites y posibilidades de la prevención familiar de las drogodependencias. *Intervención Psicosocial*, 4(10), 41-49.
- Méndez, F. X. (1998). *El niño que no sonríe: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. y Espada, J. P. (1999, abril). Papel de la familia en el inicio del consumo de alcohol. *IV Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud*, Granada.
- Méndez, F. X., Olivares, J. y Ortigosa, J. M. (2008). Técnicas de modelado. En J. Olivares y F. X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 193-224). Madrid: Biblioteca Nueva (4ª edición).
- Merikangas, K. R., Dierker, L. y Fenton, B. (1998). Familial factors and substance abuse: Implications for prevention. En R. S. Ashery, E. B. Roberston y K. L. Kumpfer (eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 12-41). Rockville: NIDA Research Monograph, 177.
- Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. y Kazdin, A. E. (1999). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Moos, H. B. y Lynch, K. (2001). Comorbid disruptive behavior disorder symptoms and their relationship to adolescent alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 75-83.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. París: PUF.
- Moscovici, S. (1981). On social representations. En J.P. Forgas (ed.). *Social cognition: Perspectives in everyday understanding*. Londres: Academic Press.
- Moscovici, S. (1998). The history and actuality of social representations. En U. Flick (ed.). *The psychology of the social*. Cambridge: University Press.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- 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.
- Murray, D. M., Pirie, P., Luepker, R. V. y Pallonen, U. (1989). Five and six-year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 207-218.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1997). *Prevención del consumo de drogas entre niños, niñas y adolescentes*. Rockville: NIDA
- NIDA (2009). *Serie de Reportes de Investigación - Abuso de los Esteroides Anabólicos*. Recuperado el 10 de febrero de 2014: <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Esteroides/Esteroides2.html#que>

- Nutt, D.; King, L.; Saulsbury, W. y Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, 369(9566), 1047-1053.
- O.M.S. (1978): Comité de Expertos de la O.M.S. en farmacodependencias. *Informe Nº 21*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- O.M.S. (1980). Informe del Comité de expertos de la OMS. *Serie de Informes técnicos, núm. 650*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- O.M.S. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- O.N.U. (1988): *Declaración de la conferencia internacional sobre el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, y Plan amplio y multidisciplinario de actividades futuras en materia de fiscalización del uso indebido de drogas*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Observatorio Español sobre Drogas (2000). *Encuesta sobre drogas a población escolar*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Observatorio Español sobre Drogas (2011). *Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- 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.
- Olcina, J.; Casas, A. y Pérez, R. (1994). *Manual de intervención médica en drogodependencias*. Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R. y Chamberlin, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 77, 16-28.
- Oñate, J. (1987). Prevención educacional de las toxicomanías: criterios básicos. *Comunidad y Drogas*, 3, 83-99.
- Organización Internacional del Trabajo (1987a). *Compendio de condiciones de trabajo: drogas y alcohol*. Vol. 6. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo (1987b). *Respuestas a los problemas causados por el consumo de drogas y alcohol en el lugar de trabajo*. Ginebra: OIT.
- Páez, D., Ubillos, S., Pizarro, M. y León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del sida, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(2), 141-149.
- Pascual, F. (2004). *Historia del alcoholismo*. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat valenciana.
- Paton, S. Kessler, R. y Kandel, D. B. (1978). Depressive mood and illicit drug use: A longitudinal analysis. *Journal of Genetic Psychology*, 131, 267-289.
- Pavlov I. (1968). *Fisiología y psicología*. Madrid: Alianza Editorial.

- Pentz, M. (1983). Prevention of adolescent substance abuse through social skill development. *NIDA Research Monographs*, 47, 195-232.
- Pentz, M. A. (1995). The school-community interface in comprehensive school health education. En S. Stansfield (ed.), *Institute of medicine Annual Report, Committee on comprehensive school health programs*. Washington: National Academy Press.
- Pentz, M.A., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Wang, E. Y. y Johnson, C. A. (1989). A multicomunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 261, 3259-3266.
- 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
- Pfeffer, J. (1993). An exploratory study of decision making as related to the tobacco and alcohol use of eighth graders. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 39(1), 111-122.
- Pinazo, S. y Berjano, E. (1994). La prevención de las drogas desde el ámbito comunitario: Modelo centrado en los padres. *Seminario Internacional sobre la prevención de las drogodependencias y el papel de la familia*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Plan Nacional sobre Drogas (2001). *Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2003). *Evaluación de la Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Guía sobre drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional sobre Drogas (2010). *Encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES), 1994-2010*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plested, B., Smitham, D., Jumper-Thurman, P., Oetting, E., y Edwards, R. (1999) Readiness for drug use prevention in rural minority communities. *Substance Use & Misuse* 34(4-5), 521-544.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). Estadística Anual 2005. Recuperado el 14 de febrero de 2014: [http://www.mir.es/SES/CICO/Análisis\\_y\\_Prospectiva\\_estadisticas\\_informes/Estadisticas\\_Anuales\\_Sobre\\_Drogas/Estadisticas\\_Anuales\\_sobre\\_Drogas\\_PDF/ESTADISTICA\\_AxO\\_2005\\_WEB.pdf](http://www.mir.es/SES/CICO/Análisis_y_Prospectiva_estadisticas_informes/Estadisticas_Anuales_Sobre_Drogas/Estadisticas_Anuales_sobre_Drogas_PDF/ESTADISTICA_AxO_2005_WEB.pdf).
- Plan Nacional sobre Drogas (2006). Plan Nacional sobre Drogas: Memoria 2006. Recuperado el 14 de febrero de 2014: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/home.htm>
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). Informe 2007. Observatorio Español sobre Drogas. Recuperado el 14 de febrero de 2014: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>
- Porrás, J. (1994). Reflexiones sobre una experiencia de formación de padres/madres en la prevención del consumo de drogas. *Seminario Internacional sobre la prevención de las drogodependencias y el papel de la familia*. Vitoria: Gobierno Vasco.

- Quiles, M. J. y Espada, J. P. (2004). *Educación en la autoestima*. Madrid: Pirámide.
- Quiles, M. J., Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2000). La investigación sobre drogas a través de la Revista Española de Drogodependencias (1990-1999). *Revista Española de Drogodependencias*, 25(3), 242-262.
- Recio, J. L. (1991). *El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Robins, L.N. y Przybeck, T.R. (1985). Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. En C.L. Jones y R.J. Battjes (eds.). *Etiology of Drug Abuse: Implications for prevention*. National Institute of Drug Abuse (NIDA) Research Monograph 56 (pp. 178-192). Washington: NIDA.
- Rodríguez Cano, A.F. (1998). Optimización del análisis por gc/ms de esteroides anabolizantes no fisiológicos y sus metabolitos urinarios. Estudio específico de la fluoximesterona. Madrid: Consejo Superior de Deportes. Serie ICdn» 17.
- Rodríguez-Marín, J., Cañadas, I., García del Castillo, J.A. y Mira, J.J. (2007). El diseño de un programa de intervención. En A. Blanco y J. Rodríguez Marín (Coord.). *Intervención Psicosocial*. Madrid: Pearson. Prentice Hall.
- Rodríguez San Julián, E., Ballesteros, J.C., Megías, E. y Rodríguez Felipe, M.A. (2008). *La lectura juvenil de los riesgos de las drogas: del estereotipo a la complejidad*. Madrid: FAD.
- Rudgley, R. (1998). *The Encyclopedia of Psychoactive Substances*. Londres: Little Brown.
- Sánchez Pardo, L. (2002). El ocio y el tiempo libre como espacio de riesgo y sus posibilidades de prevención. En F.J. de Antonio Lobo, M.P. González San Frutos y F. Munín Inglés (Coord.), *La prevención de las drogodependencias en el tiempo libre* (pp. 9-23). Madrid: Asociación Deporte y Vida.
- Santodomingo, J. (1990). *El alcohol*. Madrid: Rialp.
- Santodomingo, J., Cuadrado, P., Marín, J., Martínez, J., Megías, E. y Rubio, G. (1998). *Curso sobre alcoholismo y drogodependencias*. Madrid: FAD y Fundación de Ciencias de la Salud.
- Schaps, E., Moskowitz, J. M., Malvin, J. H. y Scheffer, G. H. (1986). Evaluation of seven school-based prevention programs: a final report on the Napa Project. *International Journal of the Addictions*, 21, 1081-1112.
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., Diaz, T. y Griffin, K. W. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29, 251-278.
- Schelegel, R. P., Crawford, C. A. y Sanborn, M. D. (1977). Correspondence and mediational properties of the Fishbein model: An application to adolescent alcohol use. *Journal of Experimental Social Psychology*, 133, 421-430.
- Schuckit MA. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. New York: Plenum Medical Book Company.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y Tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Secades Villa, R., Rodríguez García, E., Valderrey Barbero, J., Fernández Hermida, J.R., Vallejo Seco, G. y Jiménez García, J.M. (2003). El consumo de psicofármacos entre la población que acude a Atención Primaria en el Principado de Asturias. *Psicothema*, 15(4), 650-655.

- Siegel, S. (1981). The role of pavlovian processes in drug tolerance and dependence: implications for treatment. *Addictive Behaviors*, 6, 205-211.
- Skinner, B. F. (1975). *La conducta de los organismos. Un análisis experimental*. Barcelona: Fontanella (Original de 1938).
- 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.
- Snow, D. L., Tebes, J. K., Arthur, M. W. y Tapasak, R. C. (1992). Two-year follow-up of a social-cognitive intervention to prevent substance use. *Journal of Drug Education*, 22, 101-114.
- Snyder, S. H. (1984). Drug and neurotransmitter receptors in the brain. *Science*, 224, 22-31.
- Socas, L. (2004). Efectos adversos para la salud inducidos por los esteroides anabolizantes en un grupo controlado de fisioculturistas. *Vector Plus*, 24, 63-77.
- Solano, S. y Jiménez, C. (2002). *Manual de tabaquismo*. Barcelona: Masson.
- Spivack, G., Platt, J. J. y Shure, M. B. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Steinberg, L., Fletcher, A. y Darling, N. (1994). Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use. *Pediatrics*, 93, 1060-1064.
- 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(3), 257-274.
- Stockley, D (1995). *Drogas*. Bilbao: Edex Kolektiboa.
- Stolerman, I. P. (1992). Drugs of abuse: behavioral principles, methods and terms. *Trends in Pharmacological Sciences*, 13, 170-176.
- Sussman, S., Dent, C. W., Stacy, A. W. y Sun, P. (1993). Project towards no tobacco use: 1-year behavior outcomes. *American Journal of Public Health*, 83, 1245-1250.
- Tasic, D., Budjanovac, A. y Mejovsek, M. (1997). Parent-child communication in behaviorally disordered and «normal» adolescents. *Psicothema*, 9(3), 547-554.
- Tobler, N. (1993). Up-dated meta-analysis of adolescent drug prevention programs. En *Evaluating School-linked Prevention Strategies: Alcohol, Tobacco and Other Drugs*. San Diego: Ed. Ringwalt, Ryan y Zimmerman. UCSD Extension, University of California.
- Tobler, N.S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison Group. *Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.
- UNESCO (1980). *Reunión regional sobre el cometido de la educación en la reinserción social de los exconsumidores de drogas*. Informe. París: UNESCO.
- United Nations General Assembly (1998). *Special Session on the World Drug Problem*. New York, 8-10 June.
- Vallés, A. (1997). *Padres, hijos y drogas. Una estrategia de intervención para la prevención de drogodependencias*. Valencia: Generalitat Valenciana.

- Varó, J. R. (1991). Factores de riesgo en el consumo de alcohol y otras drogas. *XIX Jornadas de Sociodrogalcohol*, Santa Cruz de Tenerife.
- Walton, S. (2003). *Colocados. Una historia cultural de la intoxicación*. Barcelona: Alba.
- Watzlawick, P. (1966) *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Webb, G., Redman, S., Henrikis, D., Kelman, G., Gibberd, R., y Sanson-Fisher, R. (1994). The relationship between high-risk and problem drinking and occurrence of work injuries and related absences. *Journal of Studies on Alcohol* 55, 434-446.
- Werch, C. E. y DiClemente, C. C. (1994). A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.
- WHO (2001) *The Global Burden Disease*. Epidemiology and Burden of Disease Team. Ginebra: WHO.
- WHO (2009) *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Ginebra: WHO.
- Wikler, A. (1965). Conditioning factors in opiate addiction and relapse. En D. I. Wilner y G. G. Kassebaum (Eds.). *Narcotics*. New York: McGraw-Hill.
- Williams, C. L., Perry, C. L., Farbaksh, K. y Veblen, S. (1999). Project Northland: Comprehensive alcohol use prevention for young adolescents, their parents, schools, peers and communities. *Journal of Studies on Alcohol*, 13(sup), 112-124.
- Wise, K.I., Bundy, K. a., Bundy, E. A. y Wise, L. A. (1991). Social skills training for young adolescents. *Adolescence*, 26, 233-241.
- Wise, R. A. (1988). The neurobiology of craving: Implications for the understanding and treatment of addictions. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 118-132.
- Wolpe, J. y Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques*. Oxford: Pergamon Press.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D. B. (1985). On the resolution of role incompatibility: A life event analysis of family roles and marijuana use. *American Journal of Sociology*, 90, 1284-1325.





