

BASES TEÓRICAS
QUE SUSTENTAN
LOS PROGRAMAS
DE PREVENCIÓN
DE DROGAS

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
Universidad de Santiago de Compostela



PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

INDICE

Capítulo 1. Introducción

1. El problema del consumo de drogas	00
2. La prevención en drogodependencias	00
3. La prevención de las drogodependencias en España	00
4. Los factores de riesgo y protección en drogodependencias	00
4.1. Los factores de riesgo y protección	00
4.2. Los factores de riesgo y protección en los programas preventivos	00
4.3. La creciente importancia de los factores de riesgo y protección en los modelos teóricos: la teoría para la conducta problema de los adolescentes de Jessor (1991)	00
4.4. Algunas conclusiones desde la investigación	00
5. Referencias bibliográficas	00

Capítulo 2. La prevención de las drogodependencias: papel de las teorías y modelos explicativos del consumo de drogas

1. Objetivos de la prevención de las drogodependencias	00
2. Modelo teórico general subyacente como principio conductor de los programas preventivos	00
2.1. La hipótesis de la escalada: de las drogas legales a las ilegales	00
2.2. Probabilidad y causalidad	00
2.3. Algunos estudios relevantes	00
2.4. La progresión de las drogas legales a la marihuana y de ésta a otras ilegales: de la hipótesis de la escalada a los factores multicausales	00
2.5. Conclusión	00
3. Los programas preventivos	00
3.1. Los primeros programas preventivos: basados en el modelo racional o informativo	00
3.2. El modelo de influencias sociales o psicosociales	00
3.3. El modelo de habilidades generales	00
4. Programas preventivos y bases teóricas	00
5. Papel de la teoría y de los modelos teóricos como guía en la prevención de drogodependencias	00

6. Una visión general de los modelos teóricos en drogodependencias	00
7. Teorías y modelos que se van a revisar	00
8. Referencias bibliográficas	00

Capítulo 3. Teorías parciales o basadas en pocos componentes

1. Teorías y modelos biológicos	00
1.1. La adicción como un trastorno con sustrato biológico	00
1.2. La hipótesis de la automedicación	00
2. Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia	00
3. Teorías de aprendizaje	00
3.1. Condicionamiento clásico	00
3.2. Condicionamiento operante	00
3.3. Teoría del aprendizaje social	00
4. Teorías actitud-conducta	00
4.1. Teoría de la acción razonada	00
4.2. Teoría de la conducta planificada	00
5. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales	00
5.1. Del modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. (1986) a la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996)	00
5.1.1. Modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. (1986)	00
5.1.2. Teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996)	00
5.2. Modelo basado en la afectividad de Pandina et al.	00
6. Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico	00
7. El modelo social de Peele	00
8. Otros modelos teóricos	00
8.1. Modelo de Becker	00
8.2. Modelo de Burgess	00
8.3. El modelo de afrontamiento del estrés de Wills	00
9. Referencias bibliográficas	00

Capítulo 4. Teorías de estadios y evolutivas

1. Modelo evolutivo de Kandel	00
-------------------------------	----

2. Modelo de etapas motivacionales multicomponentes Werch y Diclemente	00
3. Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al.	00
4. Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie	00
5. Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb	00
6. Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz	00
7. Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos	00
8. Teoría de la socialización primaria de Oetting et al.	00
9. Referencias bibliográficas	00

Capítulo 5. Teorías integrativas y comprensivas

1. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura	00
1.1. La teoría del aprendizaje social	00
1.2. De la teoría del aprendizaje social a la teoría cognitiva social	00
1.2.1. La evolución desde una postura basada más en el aprendizaje a otra basada más en lo cognitivo	00
1.2.2. La autoeficacia	00
1.3. La teoría del aprendizaje social como teoría explicativa integradora del consumo de sustancias psicoactivas	00
1.4. La teoría del aprendizaje social, el modelado y su utilidad en los programas preventivos de droga	00
2. Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.	00
3. Teoría interaccional de Thornberry	00
4. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor	00
5. Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor	00
6. Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et al.	00
7. Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis	00
8. Modelo de autocontrol de Santacreu et al.	00
9. Referencias bibliográficas	00

Capítulo 6. Teorías integrativas para sustancias específicas

1. Alcohol: teoría del aprendizaje social	00
---	----

1.1. Principios básicos de la teoría del aprendizaje social sobre el uso y abuso del alcohol	00
1.2. El proceso de iniciación y mantenimiento del uso y abuso del alcohol	00
1.3. La situación de bebida	00
2. Tabaco: teoría biopsicosocial	00
2.1. La adquisición: prueba inicial y experimentación con el tabaco	00
2.2. La consolidación del consumo: su uso regular	00
3. Marihuana, heroína, cocaína, drogas de síntesis: la inexistencia de teorías específicas	00
4. Referencias bibliográficas	00

Capítulo 7. Modelo comprensivo y secuencial de las fases del consumo de drogas

1. ¿Por qué un nuevo modelo?	00
2. Elementos del modelo comprensivo y secuencial a través de los distintos niveles en relación al consumo de drogas	00
2.1. Fase previa o de predisposición	00
2.1.1. Predisposición socio-cultural	00
2.1.2. Predisposición biológica	00
2.1.3. Predisposición psicológica: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia	00
2.1.4. La predisposición biológica, psicológica y socio-cultural actuando a un tiempo	00
2.2. Fase de conocimiento	00
2.2.1. Ambiente, aprendizaje, socialización y expectativas	00
2.2.2. Ambiente	00
2.2.3. Aprendizaje	00
2.2.4. Socialización	00
2.2.4.1. La familia	00
2.2.4.2. Los iguales	00
2.2.4.3. El colegio	00
2.2.4.4. La televisión y otros medios de comunicación	00
2.2.5. Expectativas	00
2.2.6. La adolescencia como un punto medio de un antes y un después	00
2.3. Fase de experimentación e inicio en el consumo	00
2.3.1. Factores de riesgo y protección	00
2.3.2. Disponibilidad de la sustancia	00
2.3.3. Accesibilidad y precio de la sustancia	00

2.3.4. Tipo de sustancia y percepción del riesgo de la sustancia	00
2.3.4.1. Drogas legales y publicidad: el cruce de la accesibilidad con la percepción del riesgo	00
2.3.5. Creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones	00
2.3.6. El estado emocional	00
2.3.7. La familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación	00
2.3.8. Habilidades de afrontamiento	00
2.3.9. Prueba/no prueba de la sustancia disponible	00
2.4. Fase de consolidación: del uso al abuso y a la dependencia	00
2.5. Fase de abandono o mantenimiento	00
2.6. Fase de recaída	00
3. La utilidad de este modelo para los programas preventivos	00
4. Referencias bibliográficas	00

Capítulo 8. Epílogo: de la teoría a la práctica

00

Capítulo 1

Introducción

1. El problema del consumo de drogas
2. La prevención en drogodependencias
3. La prevención de las drogodependencias en España
4. Los factores de riesgo y protección en drogodependencias
 - 4.1. Los factores de riesgo y protección
 - 4.2. Los factores de riesgo y protección en los programas preventivos
 - 4.3 La creciente importancia de los factores de riesgo y protección en los modelos teóricos: la teoría para la conducta problema de los adolescentes de Jessor (1991)
 - 4.4. Algunas conclusiones desde la investigación
5. Referencias bibliográficas

1. El problema del consumo de drogas

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es el principal problema para la salud pública en los países desarrollados. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas producen cada año más muertes, enfermedades y discapacidades que cualquier otra causa susceptible de ser prevenida (Institute for Health Policy, 1993). El coste económico que supone esta epidemia para todas las administraciones públicas es enorme (Heien y Pittman, 1993), pero más importante aún es la mortalidad que conlleva (Wysowsky, 1993). Dado que las técnicas de tratamiento no consiguen la eficacia que a todos nos gustaría, una opción más prometedora y con una mejor relación coste/beneficio es el desarrollo y la aplicación de programas de prevención dirigidos a niños/as y adolescentes. La prevención es indispensable para evitar que el consumo de drogas se convierta en un problema social de gran magnitud. Pero, ¿qué es la prevención? Para Martín (1995) la prevención de drogodependencias "es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas" (p. 55).

La prevención es un campo joven que todavía tiene que resolver numerosas cuestiones. Quizás la más importante, es que cuando hablamos de prevención de drogas, la mayoría de nosotros estamos pensando en las drogas ilegales tales como heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc. Pero nada más lejos de la realidad. La mayoría de los programas preventivos del abuso de drogas se orientan a la prevención de drogas legales (tabaco y alcohol), en algún caso a prevenir el consumo de marihuana, y prácticamente ninguno a drogas ilegales (ver Hansen, 1992). Ello se debe fundamentalmente a que en la adolescencia las drogas ilegales afectan a pocas personas y también para evitar en muchos casos el fenómeno de la contraprevención (Becoña, 1995).

Es conveniente indicar ya desde estas primeras páginas que cuando se habla de drogas nos referimos a todas las "drogas". Por droga entendemos la definición clásica de la OMS: "toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste" (Kramer y Cameron, 1975, p. 13) y por droga de abuso "cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral" (Schuckit, 1989, 1995, p. 3). Por ello consideramos según esta definición de drogas, tanto las que son de uso legal, el tabaco y el alcohol, como las

de uso ilegal, como hachís, heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc. Además, como veremos, los programas preventivos en nuestro medio se centran fundamentalmente en prevenir las drogas legales, junto a la marihuana o hachís, fundamentalmente, y en otros casos las drogas de diseño o síntesis. Con esa prevención lo que se pretende es que las personas no lleguen a probar y luego consumir regularmente esas sustancias o a retrasar la edad de inicio de la prueba y posterior consumo regular, abuso y dependencia. Subyacente a todo ello está la idea de que si prevenimos, impidiendo el consumo o retrasando el inicio del mismo, de las drogas por así decir de iniciación, evitaremos no sólo los graves problemas físicos, psicológicos y sociales que las drogas legales producen, sino que también impediremos que las personas pasen al consumo de sustancias consideradas más peligrosas, las drogas ilegales, como es por excelencia la heroína.

Respecto a los consumos de drogas, éstos van a depender de la edad que estemos considerando. Mientras que la población asocia frecuentemente el consumo de drogas con la heroína, principalmente, la realidad es que en la adolescencia el consumo predominante es el de las drogas legales, especialmente alcohol y tabaco, seguido a cierta distancia del hachís. Así, en los últimos datos disponibles sobre consumos en España a través de la encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas realizada en 1997 (PNSD, 1997) y la encuesta escolar sobre consumo de drogas de 1996 (PNSD, 1996), podemos conocer esta situación. En la referida encuesta del consumo de drogas en la población general, la propia encuesta diferencia el consumo diario para las drogas legales, el tabaco y el alcohol, junto al cannabis, mientras que para las restantes solo aparece el consumo en el último mes y en el último año. Como se puede ver en la tabla 1, la diferencia de consumos es abismal entre las drogas legales y las demás. Claramente aquí hay que diferenciar el daño para la salud individual (ej., cáncer de pulmón en el fumador; cirrosis hepática en el alcohólico), con la enorme alarma social que produce el consumo de drogas ilegales, especialmente la heroína, en forma de conductas delictivas asociadas a la búsqueda del dinero para que una parte de los adictos a la misma puedan mantener su adicción. Hacemos notar esto porque precisamente la prevención de las drogas se va a centrar básicamente en la prevención de las drogas legales, para que al prevenir el consumo abusivo de las mismas consigamos impedir que las personas lleguen al consumo de las ilegales.

Tabla 1. Resumen de consumos a diario y en el último mes de las distintas drogas, población de 15 a 65 años

Sustancia	% consumo a diario	% consumo último mes	% consumo último año
Tabaco	32.9	40.7	45.0
Alcohol	12.9	60.7	77.7

Tabla 1 (continuación)

Cannabis	0.9	4.0	7.5
Éxtasis		0.2	1.0
Inhalables		0.06	0.16
Base, basuco, crack		0.04	0.15
Cocaína		0.80	1.53
Anfetaminas, speed		0.24	0.87
Alucinógenos		0.23	0.89
Heroína		0.15	0.23
Otros opiáceos		0.08	0.13

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas (1997).

Respecto a la encuesta sobre drogas en la población escolar, donde se incluye a los alumnos escolarizados entre 14 y 18 años, se encuentra un alto nivel de consumo en los últimos 30 días así como un alto nivel de haber probado las distintas sustancias alguna vez en su vida (tabla 2). También, como ocurría en la población general, quien tiene más relevancia son las drogas legales, que están a una clara distancia de las demás, aunque en este grupo de edad el nivel del cannabis es muy elevado.

Un análisis más minucioso y frío de los datos anteriores, nos indicaría que el principal problema relacionado con las drogodependencias es el abuso y dependencia del alcohol, por los graves problemas personales y sanitarios que acarrea, junto a la dependencia de la nicotina, en este caso por la alta mortalidad que produce fumar cigarrillos.

Tabla 2. Estudiantes de 14 a 18 años de edad que han consumido alguna vez en su vida distintas sustancias así como en los últimos 30 días junto a la edad media de inicio (1996)

Sustancia	% de consumo en los últimos 30 días	% de consumo alguna vez en su vida	Edad media de inicio del consumo
Alcohol	65.7	83.6	13.7
Tabaco	29.2	34.6	13.3
Cannabis	15.7	26.0	15.0
Tranquilizantes	2.2	5.9	13.8
Alucinógenos	2.6	6.5	15.4
Éxtasis y similares	2.2	5.1	14.9
Anfetaminas	2.4	4.9	15.5
Sustancias volátiles	1.2	3.3	13.1

Tabla 2 (continuación)

Cocaína	1.5	3.2	15.7
Heroína	0.3	0.6	-

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas (1996)

Se calcula que en España un 7.6% de la población es consumidor excesivo de alcohol (2,9 millones de personas) y un 4% dependientes del alcohol (1,6 millones de personas). Además, el tabaco produce la muerte prematura de 46.000 personas cada año relacionado con fumar cigarrillos. Claramente el coste económico, personal y social que producen estas drogas son enormes.

Pero el problema social más importante que observa la población ante el fenómeno de las drogodependencias se relaciona básicamente con la heroína. Nótese que actualmente están en tratamiento en España por dependencia de la heroína en torno a 100.000 heroínómanos, de los que aproximadamente la mitad están a tratamiento con metadona. También en los últimos años se ha incrementado en un grado acusado el consumo de cannabis y están surgiendo nuevas sustancias como ha sido en los últimos años la cocaína y más recientemente las drogas de síntesis.

Claramente, la prevención tiene un lugar destacado para que consigamos que nuevas personas no se hagan adictas. Las que ya lo son deben ser tratadas para dejar su adicción y evitar que recaigan. Pero de poco van a servir estas acciones si no conseguimos que no aparezcan nuevos adictos o, al menos, mantener en el mismo nivel o en un nivel inferior al actual el número de personas que se hacen dependientes a las distintas sustancias, esto es tabaco, alcohol, heroína, cocaína, marihuana, drogas de síntesis, etc.

2. La prevención en drogodependencias

El término prevención a veces es utilizado de modo muy genérico. Un ejemplo es cuando se habla de prevención primaria, secundaria y terciaria. También puede aplicarse a reducir el uso de drogas entre personas que aún no las han probado y entre las que ya las han probado, reducción de la demanda a través de arrestos y controles sobre la venta de drogas, etc. También las actividades de reducción de daños puede ser vista como una actividad preventiva. Pero también es prevención incidir en el nivel de política social, como es reducir la pobreza, o impedir el surgimiento de conductas desviadas.

Cuando el término prevención se utiliza vagamente su variedad de significados se puede hacer infinita, que va a depender de las actitudes, perspectiva y cultura (Burguess, 1997). De ahí que se haya utilizado el término tanto por parte de aquellos que trabajan en la educación, en el tratamiento y en la represión del tráfico. Las intervenciones preventivas se agrupan en dos grandes bloques, el de la reducción del consumo, denominado como reducción de la demanda y la reducción de la oferta, con vistas a disminuir la disponibilidad

de la sustancia en el mercado al que accede el consumidor. Al primer aspecto, la reducción del consumo o de la demanda, es al que habitualmente conocemos por medidas preventivas, al estar implantados en la escuela, los medios de comunicación, la familia, el trabajo, etc. El segundo, la reducción de la oferta, está más asociado a medidas policiales, jurídicas, persecución de los narcotraficantes, etc.

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

También de lo que vamos a tratar es lo que se denomina en la terminología clásica prevención primaria, cuando se hace la diferenciación entre prevención primaria, secundaria y terciaria, que equivale de modo muy sintético a prevenir, curar y rehabilitar. Clásicamente, a partir de Caplan (1980) se han considerado tres tipos de prevención: la primaria, la secundaria y la terciaria. En el sentido clásico, en la prevención primaria intervenimos antes de que surja la enfermedad y tiene como misión impedir la aparición de la misma. Es el tipo de prevención más deseable. En la prevención secundaria el objetivo es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; esto es, parar el progreso de la enfermedad que se encuentra en los primeros estadios. Finalmente, la prevención terciaria, se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Se centra en los procedimientos de tratamiento y rehabilitación para la enfermedad que tiene ya tiene claros síntomas clínicos. En una terminología más actual los tres tipos de prevención anteriores son equivalentes a lo que se conoce por prevención (prevención primaria), tratamiento (prevención secundaria) y rehabilitación (prevención terciaria). En el caso de las drogas, la prevención primaria se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando factores de protección; la secundaria se orienta a que si surge un problema con las drogas se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor; y, la terciaria se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas.

Desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, Santacreu, Zaccagnini y Márquez (1992), distinguen cuatro tipos de prevención: primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria. La primaria se refiere a toda actividad, disposiciones, instrumentos, etc., tendentes a informar del estado de la situación, con pretensiones de *informar* lo antes posible, o con la intención de informar para que se pueda llevar a cabo actuaciones que reduzcan el posible daño que se avecina; la secundaria a la actividad tendente a remediar la posible amenaza o daño que se avecina y del que se tiene "información". Estas actividades llevadas a cabo para remediar el daño ya realizado en los bienes o en las personas se llaman tradicionalmente en los temas de salud *tratamiento*. La terciaria a aquellos tipos de actuaciones en los que se interviene cuando la enfermedad está incipiente, en la que aparecen los primeros síntomas y se *previene estados más avanzados de la enfermedad*. Y, la cuaternaria es la intervención que se realiza cuando el sujeto ya padece o ha padecido la enfermedad, y ha sido tratado con el resultado de curación o al menos, dependiendo del tipo de

enfermedad, paliando sus efectos más nocivos y, se entiende que las posibilidades de recaída son muy altas. Este tipo de prevención se centraría en la "prevención de recaídas".

Desde la Psicología de la Salud, afirman, no se está de acuerdo con las anteriores definiciones ni en lo que abarca cada tipo de prevención. Así, para Santacreu et al. (1992) sólo hay dos posibilidades de actuación preventiva desde esta perspectiva: la primaria y la secundaria. En la primaria "se trata de *conocer* las relaciones entre tipo de comportamiento y efectos sobre la salud y la enfermedad" y, en la secundaria "se trata de *actuar*, cambiar los comportamientos no adaptativos con eficacia". La prevención terciaria y cuaternaria se consideran intervenciones psicológicas de tratamiento pero no prevención.

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

Con los términos y distinciones anteriores queremos dejar claro que en muchas ocasiones se confunde o se utiliza inadecuadamente las denominaciones de prevención y de programa preventivo, que son distintas. Mientras que prevención es un término genérico y que como tal puede llegar a carecer de significado por la mala utilización del mismo, el programa preventivo es específico y lo será más conforme vaya orientado a objetivos concretos o grupos claramente delimitados, lo que permite tomar medidas más directas, hacer diseños más realistas y, lo más importante, evaluar el impacto de dicho programa. La evaluación es algo que debe estar íntimamente unido siempre a cualquier programa preventivo.

Más recientemente, y aplicado a la prevención de las drogodependencias, se ha introducido una distinción entre los siguientes tipos de prevención: universal, selectiva e indicada. Propuesta esta distinción inicialmente por Gordon (1987) y aceptada por el NIDA, ha sido rápidamente aceptada por los expertos y trabajadores en este tema (Gilchrist, 1995). La *prevención universal* sería aquella que puede dirigirse a todos los adolescentes, beneficiándolos a todos por igual. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamiento duraderos. Se incluirían en estos programas aquellos programas preventivos escolares que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores. La *prevención selectiva* es aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo de ser consumidores mayor que el promedio de los adolescentes. Se dirigen a grupos de riesgo. Finalmente, la *prevención indicada* es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose los mismos tanto

a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo (Eggert, 1996).

Los ámbitos en los que se realiza la prevención pueden ser múltiples. Sin embargo, en la práctica, el que ha cobrado más relevancia en los últimos años ha sido el escolar. La prevención escolar permite llegar a los jóvenes escolarizados, en la edad de máximo riesgo para el consumo de las distintas drogas, facilitándose así de modo importante realizar la prevención. Es lo que se denomina en otra terminología “muestras cautivas”, dado que teóricamente tenemos acceso a todo el grupo diana que nos interesa. En la práctica esto no siempre es así. Precisamente, como veremos al hablar de las distintas variables asociadas al consumo de drogas, la falta de asistencia escolar y el correlativo fracaso académico, son dos de los elementos más problemáticos. Por ello la prevención se realiza fundamentalmente en la escuela, pero no es suficiente. Hay que implicar no solo al resto de los elementos sociales sino a todas las personas en riesgo acudiendo a su contexto social o ambiental de consumo.

En parte por lo anterior, junto a un movimiento de hace décadas, en estos últimos años ha cobrado gran relevancia, junto a la escolar, la prevención en el ámbito familiar, en el ámbito laboral y a través de los medios de comunicación. Igualmente, aunque más compleja y difícil, la prevención comunitaria, que es la que debe agrupar a todas las anteriores. Igualmente, el desarrollo de la prevención ha llevado a que ésta pueda hacerse no sólo para un completo grupo de edad (ej., de 12 a 14 años, en niños escolarizados), sino que pueden realizarse programas preventivos para un grupo específico (ej., gitanos), para una sustancia concreta (ej., drogas de síntesis), para un grupo de edad con un riesgo concreto (ej., los jóvenes de 12 a 15 años del barrio x), para un solo sexo (ej., en mujeres), etc.

Es importante diferenciar también entre aquellas actividades que tienen teóricamente una intencionalidad preventiva con un programa preventivo. Esta es una cuestión importante y que a veces se olvida, siendo necesario distinguir entre el concepto genérico de *prevención* del más específico de *programa o programas preventivos*. Y ello aplicado tanto al campo de las drogodependencias como a cualquier otro campo. Dado que es muy fácil, cómodo y muchas veces vacío hablar de *prevenir*, el término ha perdido, aplicado específicamente al campo de las drogodependencias, su sentido para muchas personas. Al estar el término *droga y drogodependencia* en boca de todos (afectados, padres de afectados, ciudadanos, periodistas, policías, colectivos profesionales, etc.), de modo insistente, continuo y con puntos de referencia cambiantes por la complejidad del fenómeno, lleva a que un término importante pueda con el tiempo quedar vacío de contenido. No significa ello que el término no sea importante, como lo es, sino que el abuso de su uso puede llevar, y lleva a veces, por su mala utilización, a un uso inadecuado, descontextualizado o carente de sentido. En la misma línea es necesario considerar que la prevención tiene que ser siempre específica, no inespecífica como la que se ha llevado a cabo en muchas ocasiones. Como la ha definido Calafat (1995) la prevención específica serían aquellas actuaciones que de una forma “clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de drogas. Por contra, la inespecífica es la que trata de alterar los consumos indirecta-

mente, a través de programas o actuaciones o ámbitos nada conectados en principio con el uso de drogas” (p. 90). Aunque el propio Calafat (1995) afirma que no hay que renunciar a una posible síntesis entre una y otra, la prevención debe ser fundamentalmente específica, evaluable y claramente dirigida al objetivo que se pretende y a una población diana claramente definida. Los programas preventivos para un determinado grupo o población nos permiten conseguir esto.

Tabla 3. Tipos de prevención según la conceptualización clásica y la más actual en drogodependencias

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

3. La prevención de las drogodependencias en España

El campo de la prevención de las drogodependencias constituye un área de gran vitalidad en España en los últimos años. En la actualidad hay por toda la geografía nacional varios cientos de programas preventivos en marcha. En publicaciones especializadas, como la revista *Idea Prevención* pueden verse periódicamente un resumen de los distintos programas preventivos que en el campo de las drogodependencias llevan a cabo asociaciones, municipios, planes autonómicos, ONGs, grupos especializados, etc.

La situación de la prevención de las drogodependencias en España mejoró de modo importante en los últimos años, aunque todavía hay muchas cuestiones que resolver. Hay una serie de factores que podrían explicar el estado en que se encuentra la prevención de drogas en España (Martín, 1997). Quizás la razón más importantes es que las actividades preventivas la mayoría de las veces todavía siguen siendo pasto de la improvisación. No se planifica con una mínima distancia y con una perspectiva de continuidad (Ferrer y Pérez, 1991). La prevención todavía se empiezan a considerar ahora como prioritaria por el Plan Nacional sobre Drogas. El resultado de ello es que las acciones preventivas continúan siendo dispersas y el gasto en lo que se supone que debería ser una actividad prioritaria es bajo. Lo que sí es cierto es que los avances en los últimos años en este campo han sido muchos y el número de profesionales que día a día trabajan en el mismo es cada vez más extenso.

Recientemente contamos con dos fuentes que nos permiten conocer la situación del campo de la prevención de drogodependencias en España, entre otras que se encuentran frecuentemente en revisiones en revistas científicas españolas del campo de las drogodependencias. Estas fuentes son el estudio del GID (1997) y el estudio de Bellver y García (1997), los cuales nos permiten tener una radiografía de la situación en España.

El estudio del GID (1997) hace una revisión histórica de los programas de drogodependencias en España llevados a cabo en los últimos 15 años. Para ello seleccionaron varios cientos de acciones y programas preventivos distribuidos por toda la geografía nacional. Uno de los datos más importantes a los que llega este estudio es al planteamiento de los puntos fuertes y puntos débiles de la prevención, a partir del análisis de los distintos programas preventivos analizados. Estos los mostramos en la tabla 4. De ellos destacan, como puntos fuertes, el que se haya avanzado de modo significativo en estos últimos años, de modo que hoy la aplicación de programas preventivos en España está muy extendido y hay un gran número de profesionales trabajando en este campo y aportando experiencias de gran valía. Junto a estos aspectos sumamente positivos, también hay otros puntos débiles relacionados con la estabilidad de los profesionales en su trabajo, el no trabajar con objetivos mantenidos en el tiempo, problemas metodológicos y la dificultad de pasar de la teoría a la práctica, especialmente en la aplicación de los programas en el ámbito escolar, y específicamente dentro de la educación para la salud.

Tabla 4. Puntos fuertes y débiles de la prevención en drogodependencias en España

Puntos fuertes:

- 1) La creación y paulatina consolidación de estructuras, de iniciativa pública y de iniciativa privada, dedicadas total o parcialmente a promover y ejecutar actuaciones cuya finalidad es la prevención del abuso de drogas.
- 2) Se han promulgado disposiciones legales –tanto por la Administración Central, como por las Comunidades Autónomas– destinadas a favorecer la reducción de la oferta de sustancias y a controlar su uso.
- 3) La prevención de las drogodependencias ha sido integrada en el currículum escolar, en niveles de enseñanza primaria y secundaria.
- 4) De forma similar a lo ocurrido en el ámbito educativo, cabe también destacar el trabajo que se ha realizado en otros sectores con problemáticas específicas. Entre tales sectores se podrían citar el penitenciario o el militar.
- 5) Se han diseñado y realizado un gran número de programas, campañas y acciones de todo tipo encaminadas a conseguir una reducción en la demanda de drogas y a prevenir su consumo abusivo.
- 6) Numerosos profesionales y voluntarios se han implicado en tareas de prevención y se han formado para esta tarea.
- 7) Fruto del ensayo y la reflexión se ha creado un cuerpo de conocimientos teórico-prácticos específicos sobre prevención, que vienen avalados por la experiencia acumulada a lo largo de estos años de trabajo e intervenciones.
- 8) Como consecuencia de lo anterior, se dispone de una buena base de materiales preventivos, muchos de los cuales han sido positivamente experimentados.
- 9) En el diseño y puesta en práctica de los programas se constata una evolución hacia planteamientos más eficaces y funcionales.
- 10) Se detectan algunas tendencias positivas en los indicadores de consumo de drogas y de actitudes respecto al fenómeno.

Puntos débiles:

- 1) Una insuficiencia global de recursos y medios.
- 2) Inestabilidad del personal-clave.
- 3) Discontinuidad en las iniciativas.
- 4) Iniciativas basadas en el voluntarismo o en la capacidad de empuje de una sola persona.
- 5) Deficiencias de corte metodológico en las intervenciones que afectan especialmente a su planificación y evaluación final.
- 6) Dificultades de coordinación entre las instituciones.

Tabla 4 (continuación)

- 7) Se constata la existencia, todavía, de dificultades para trasladar los planteamientos de la LOGSE en materia de prevención de drogodependencias a la actuación de profesoras y profesores.
- 8) La inexistencia de mecanismos estables para el registro pormenorizado de las actuaciones preventivas.
- 9) La persistencia de actuaciones de dudosa eficacia preventiva.
- 10) La dificultad para establecer relaciones causa-efecto entre las actuaciones en materia de prevención de drogodependencias y la evolución de los datos de consumo y actitudes ante el fenómeno.

Fuente: GID (1997)

Por su parte Bellver y García (1997) han revisado los programas de prevención escolar y comunitaria en España en los años comprendidos entre 1985 y 1994. Incluyeron 170 programas, distribuidos a lo largo de las distintas comunidades autónomas españolas. Considerando a todos en su conjunto el objetivo general más habitual es dinamizar la comunidad, seguido de formar y dar información. Luego le siguen en menor grado otros como reducir el consumo, evitar el inicio del consumo, educar para la salud, etc. (tabla 5). Respecto a las estrategias preventivas que utilizan dichos programas, destacan las estrategias de participación activa y las estrategias formativas, que representan un 22% y 18% de las estrategias utilizadas. También con un 14% están las estrategias de comunicación de la información y de prevención comunitaria. Destacan, en su aspecto negativo, que un 18% no lo especifican y que solo un 0.5% sea dedicado a la investigación (ver tabla 6).

Tabla 5. Programas de prevención escolar y comunitaria en España (1985-1994). Objetivo general.

Objetivo general	N	%
1. Dinamizar la comunidad	30	17.6
2. Formar	26	15.2
3. Información	24	14.1
4. Reducir el consumo	17	10.0
5. Evitar el inicio de consumo	17	10.0
6. Educar para la salud	17	10.0
7. Sensibilizar	14	8.2
8. Formación/cambio de actitudes	13	7.6
9. Mejora de la competencia individual y social	12	7.0
Total	170	100

Fuente: Bellver y García (1997)

Tabla 6 . Programas de prevención escolar y comunitaria en España (1985-1994).**Estrategias preventivas utilizadas.**

Estrategias preventivas utilizadas	N	%
1. Estrategias de participación activa	38	22.3
2. Estrategias formativas	31	18.2
3. Estrategias de comunicación de la información	25	14.7
4. Estrategias de prevención comunitaria	24	14.1
5. Creación de infraestructuras	12	7.0
6. Elaboración/difusión de materiales	8	4.5
7. Investigación	1	0.5
8. No especifican	31	18.2

Fuente: Bellver y García (1997)

Claramente tanto un estudio como el otro muestran que se ha avanzado mucho en la prevención de las drogodependencias en España, pero que aún queda un importante camino por recorrer, como ocurre en otros países (Salvador y Ware, 1995). Hoy la suerte es que lo que ya se ha hecho no es en modo alguno despreciable, sino sumamente útil, y es previsible que la situación en el futuro mejore significativamente. Como afirma claramente Emiliano Martín, lo cierto es que en los últimos años se ha llegado a un consenso institucional, técnico y social (Martín, 1997). Esto se apreciaría tanto en los criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias (Plan Nacional sobre Drogas, 1996) (ver tabla 7), como en un consenso más allá de estas normas, que para Martín (1997) serían diez, diez propuestas de consenso, sobre las que la mayoría estarían de acuerdo. Estas las mostramos en la tabla 8. En ellas se aprecia claramente un cambio respecto a lo que era habitual en este tipo de programas hasta hace unos años, cuando la improvisación primaba sobre el conocimiento basado en datos, buenos programas preventivos, adecuados modelos teóricos, visión global del problema, adecuación a los recursos disponibles, etc.

Tabla 7. Principios básicos en que se deben basar los programas de prevención de drogodependencias

1. Deben tener una adecuada correlación con las características específicas del problema en el seno del colectivo social en el que se desarrolla el programa, debiendo para ello estar debidamente ajustados a la valoración previa de las necesidades.
2. Deben cumplir unas exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación.

Tabla 7 (continuación)

3. Deben estar basados en teorías contrastadas, debiendo estar considerados, por tanto, como áreas de trabajo científicas.

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas (1996)

Tabla 8. Diez propuestas de consenso en la prevención de drogodependencias

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

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas (1996)

En la línea de lo anterior, y colofón de lo que llevamos hasta aquí comentado, cada vez nos vamos acercando más en la práctica a lo que recientemente el National Institute of Drug Abuse, el NIDA, ha presentado como los principios de la prevención (NIDA, 1997), que indicamos en la tabla 9. Estos nos muestran, en función de la literatura empírica disponible, cómo podemos llevar a cabo del mejor modo posible una prevención adecuada en el campo de las drogodependencias. No es nuestro objetivo desarrollar o extendernos en dichos puntos que, además, por su claridad, no lo precisan. Sí nos interesa indicar que los programas preventivos que se están llevando a cabo en España en el campo de las drogodependencias van cada vez más en esa dirección y que, para el objetivo del presente libro, en dichos principios subyace la idea básica de que tenemos que tener información objetiva de lo que hacemos, que lo que hacemos tiene que ser eficaz, y ello podemos conseguirlo con la tecnología que tenemos disponible para aplicar a la prevención, y que sin un marco teórico claro de referencia, basado en datos y estudios bien realizados, difícil va a ser poder conseguir los mismos. Por suerte, hoy disponemos de buenos programas preventivos y de adecuados modelos teóricos que han posibilitado llegar a los mismo, junto a otros que van a permitir avanzar más en la consecución de resultados adecuados en la prevención de las drogodependencias en los próximos años.

Tabla 9. Los principios de la prevención

1. Los programas de prevención se deberían diseñar para realzar los factores de protección e invertir o reducir los factores de riesgo.
2. Los programas de prevención deberían tener como objetivo todas las formas de abuso de drogas, incluyendo el consumo de tabaco, alcohol, marihuana e inhalantes.
3. Los programas de prevención deberían incluir estrategias para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el uso de drogas e incrementar la competencia social (ej., en comunicación, en la relación con los compañeros (iguales), la autoeficacia, y la asertividad), junto con el refuerzo de las actitudes contra el uso de drogas.
4. Los programas de prevención dirigidos a los adolescentes deberían incluir métodos interactivos, tales como grupos de discusión de compañeros más que la enseñanza didáctica de técnicas solas.
5. Los programas de prevención deberían incluir a los padres o cuidadores que refuercen lo que los chicos están aprendiendo -tales como hechos sobre las drogas y sus efectos peligrosos- y que genere oportunidades para discutir en la familia sobre el uso de sustancias legales e ilegales y la postura que adopta la familia sobre su uso.
6. Los programas de prevención deberían ser a largo plazo, durante la etapa escolar con repetidas intervenciones para reforzar las metas de prevención originales. Por ejemplo, los esfuerzos basados en la escuela dirigidos a estudiantes de educación primaria y secundaria deberían incluir sesiones de apoyo para ayudar el período crítico de transición entre la educación secundaria y el bachillerato.
7. Los esfuerzos de prevención centrados en la familia tienen un mayor impacto que las estrategias que se centran únicamente en los padres o únicamente en los chicos.
8. Los programas comunitarios que incluyan campañas en los medios de comunicación de masas y cambios en la política, tales como nuevas regulaciones que restrinjan el acceso al alcohol, tabaco, u otras drogas, son más efectivos cuando se aplican junto con intervenciones en la escuela y en la familia.
9. Los programas de la comunidad necesitan reforzar las normas contra el uso de drogas en todos los marcos de prevención de abuso de drogas, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.
10. La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a todas las poblaciones y también sirve como importantes escenarios para subpoblaciones específicas en riesgo de abuso de drogas, tales como chicos que tenga problemas de conducta o dificultades de aprendizaje y los que son posibles marginados.
11. La programación de la prevención debería ser adaptada para tratar la naturaleza específica del problema de abuso de drogas en cada comunidad.
12. A mayor nivel de riesgo de la población objetivo, el esfuerzo preventivo debería ser más intensivo y debería comenzar antes.
13. Los programas de prevención deberían ser específicos para la edad de los individuos a los que va dirigido, apropiados al nivel de desarrollo y ser sensibles culturalmente.

Adaptado del NIDA (1997)

4. Los factores de riesgo y protección en drogodependencias

4.1. Los factores de riesgo y protección

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

De modo semejante, a la hora de elaborar o seleccionar un programa de prevención hay una serie de cuestiones a tener en cuenta. En primer lugar, hay que partir de un modelo teórico adecuado, que se apoye en datos empíricos y que, por tanto, haya demostrado que con él se pueden obtener buenos resultados. En segundo lugar, también es necesario conocer los factores de riesgo para la posterior construcción de dicho programa (cfr. Botvin y Botvin, 1992), los factores de riesgo específicos para la comunidad en la que vamos a aplicar el programa, lo que implica estudios previos de los mismos junto a los factores de protección (Hawkins, Catalano y Miller, 1992) y el conocimiento de la problemática de un modo realista y objetivable, tanto a partir de datos epidemiológicos, estudios clínicos, como de la experiencia acumulada a través de otros múltiples estudios e indicadores que hoy ya tenemos sobre esta problemática (Becoña, 1995). Nótese que los factores de riesgo los tenemos que tener claramente definidos para una edad específica o etapa evolutiva. Junto a estos dos importantes aspectos también hay que considerar los factores que suelen influir en el impacto de los programas; considerar los factores que son básicos en los programas de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en la infancia y, tener en cuenta la implementación del programa y si ha demostrado una eficacia adecuada en los distintos estudios piloto y en el ámbito de la investigación. Como hemos mostrado en la tabla 9 sobre los principios que deben guiar la prevención propuesta por el NIDA (1997), éstos constituyen un elemento esencial.

Se entiende por factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992, p. 15). Por factor de protección “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992, p. 16).

En una de las revisiones que han tenido más influencia, la de Clayton (1992), enumeraba de forma genérica los siguientes factores de riesgo: tener problemas económicos, ser hijos de padres con problemas de abuso de drogas, ser víctimas de abuso físico, sexual o psicológico, ser jóvenes sin hogar, ser jóvenes que abandonan la escuela, jóvenes embarazadas, jóvenes implicados en actos delictivos y/o violentos, jóvenes con problemas de salud mental, jóvenes que han intentado cometer suicidio. En la revisión de Hawkins et al. (1992) y Peterson et al. (1992) clasificaron los factores de riesgo de modo semejante (ver tablas 10 y 11).

Los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas son los siguientes: 1) un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados, 2) varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado, 3) el abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección, y 4) la relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones en el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

Recientemente Pollard, Catalano, Hawkins y Arthur (1997) y Muñoz (1998) han revisado los factores de riesgo y protección para el abuso de drogas. Pollard et al. (1997) han elaborado un cuestionario para evaluar los factores de riesgo y protección, para lo cual han planteado los que son más relevantes y que por ello deben ser evaluados. Los dividen en cuatro dominios: comunidad, escuela, familia e individual-iguales. Dentro de la comunidad los factores de riesgo considerados son: bajo apego en la crianza, desorganización comunitaria, transiciones y movilidad, leyes y normas favorables al uso de drogas y disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego. En este dominio los factores de protección son los refuerzos por su implicación en la comunidad y las oportunidades por la implicación en la comunidad. En el dominio escolar hay dos factores de riesgo y otros dos de protección. Los de riesgo son el bajo rendimiento académico y el bajo grado de compromiso con la escuela. Los de protección las oportunidades por su implicación en la escuela y los refuerzos por su implicación en la escuela. Dentro del dominio familiar los factores de riesgo son la baja supervisión familiar, la baja disciplina familiar, el conflicto familiar, la historia familiar de conducta antisocial, las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y las actitudes parentales favorables al uso de drogas. Como factores de protección indican el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar y los refuerzos por la implicación familiar. Finalmente en el dominio individual y de los iguales, los factores de riesgo que consideran son la rebeldía, la temprana iniciación en la conducta antisocial, las actitudes favorables a la conducta antisocial, las actitudes favorables al uso de drogas, la conducta antisocial de los iguales, el uso de drogas por los iguales, el refuerzo por parte de los iguales de la conducta antisocial, la búsqueda de sensaciones y el rechazo de los iguales. Y, como factores de protección la religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los iguales.

Más recientemente Muñoz (1998) revisa extensamente los factores de riesgo y protección que agrupa en ambientales/contextuales, individuales (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y factores de socia-

lización. Por ejemplo, dentro de los psicológicos considera la depresión y la ansiedad, las características de personalidad (búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial), actitudes favorables hacia las drogas y ausencia de valores ético-morales. Después de su revisión exhaustiva de los mismos concluye que el uso precoz de drogas y el posterior abuso de las mismas dependería de: la existencia de leyes o normas sociales tolerantes hacia el uso de alcohol u otras drogas o hacia comportamientos desviados; el tener un mayor acceso a las sustancias adictivas o que éstas estén más disponibles para su consumo indiscriminado; el estar en una situación de privación económica importante como el hacinamiento o el chabolismo; el residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con porcentajes altos de delincuencia y marginalidad; el pertenecer a familias con un historial previo de consumo de alcohol y otras drogas; el iniciarse a una edad temprana en el consumo de sustancias; un bajo nivel de satisfacción personal al inicio del consumo, la presencia de estados afectivos y una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo; la presencia en la infancia o la adolescencia (13 años) de rasgos de personalidad tales como la agresividad, el aislamiento social, la personalidad depresiva, la impulsividad, la introversión y la desadaptación social, una baja resistencia a la frustración y búsqueda constante de emociones, satisfacciones y aventuras; la presencia en la infancia de problemas de conducta de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o trastornos por déficit de atención; el mantener actitudes permisivas o favorables hacia el consumo de sustancia o hacia el peligro que éste puede llegar a suponer; la ausencia de valores ético-morales, el predominio de valores personales en ausencia de valores prosociales y tradicionales (religión), una alta tolerancia a la desviación, una fuerte necesidad de independencia, la ausencia de normas y la escasa interiorización de las demandas sociales de autorrestricción de impulsos; el pertenecer a familias donde hay un solo padre; el ser hijos de trabajadores no cualificados o parados; la existencia de pautas de manejo familiar inconsistentes con expectativas poco claras para la conducta deseada y la ausencia de reforzamiento contingente a la misma, un estilo familiar autoritario o permisivo; la ausencia de conexión padres-hijo, relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes; la comunicación familiar pobre o inexistente; la pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto (ej., frecuentes disputas matrimoniales, violencia entre los miembros de la familia); el uso de drogas por parte de los padres, actitudes permisivas con respecto al uso de sustancias; la asociación con compañeros consumidores de drogas, fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales; la identificación con grupos no convencionales; y, el fracaso escolar, un bajo rendimiento escolar o el abandono temprano de la escuela.

4.2. Los factores de riesgo y protección en los programas preventivos

Clayton (1992) ha insistido en que existen varios principios generales que se deben siempre tener en cuen-

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

Recientemente Moncada (1997) ha revisado los factores de riesgo y protección más relevantes en el campo de la prevención de las drogodependencias (tabla 12), llegando a apuntar las conclusiones que se indican en la tabla 13. Como allí se puede ver, hoy tenemos un buen conocimiento de los factores de riesgo y protección y sabemos también que son esenciales su adecuado conocimiento para desarrollar e implantar de modo adecuado un programa preventivo.

Tabla 10. Factores de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas, según Hawkins et al. (1992)

Genéticos

Hijos de consumidores de sustancias psicoactivas

Constitucionales

Uso temprano de drogas (antes de los 15 años)

Dolor o enfermedad crónica

Factores fisiológicos

Psicológico

Problemas de salud mental

Abuso físico, sexual o emocional

Sociocultural

Familia

Uso de drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas

Tabla 7 (continuación)

Divorcio o separación de los padres

Problemas de manejo de la familia

Bajas expectativas para los niños o para el éxito

Iguales

Amigos que usan drogas

Actitudes favorables hacia el uso de drogas

Conducta antisocial o delincuente temprana

Escuela

Carencia de cumplimiento de la política escolar

Poca dedicación a la escuela

Fracaso escolar o abandono de la escuela

Dificultades en el paso de uno a otro curso

Comunidad

Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el uso de drogas

Carencia de una adecuada vinculación social

Deprivación económica y social

Disponibilidad de drogas (incluyendo alcohol y tabaco)

Adaptado de Hawkins et al (1992)

Tabla 11. Factores de riesgo del abuso de sustancias según Petterson et al. (1992)

Factores de riesgo de la comunidad

- *Deprivación económica y social.* Los niños que viven en ambientes deteriorados y en barrios relacionados con el crimen con pocas esperanzas es más probable que se impliquen en conductas delictivas y que tengan problemas con las drogas más tarde.
- *Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria.* Muchos problemas de drogas ocurren en comunidades o barrios cuando la gente tiene poco apego a la comunidad, donde las tasas de vandalismo y crimen son altas, y cuando hay baja vigilancia de los lugares públicos.
- *Transiciones y movilidad.* Cuando el niño hace la transición de la escuela elemental a la media, o de la media al bachillerato, puede ocurrir un aumento significativo en el uso de drogas y de otras conductas problemáticas. También, las comunidades que se caracterizan por altas tasas de movilidad pare-

cen estar relacionadas con un riesgo mayor tanto de conductas criminales como de problemas relacionados con drogas en sus familias.

- *Disponibilidad de drogas.* Cuanto más disponible está el alcohol y las drogas en una comunidad, mayor es el riesgo de que la gente joven abuse de las drogas en esa comunidad. La disponibilidad percibida de las drogas y del alcohol está también asociada con un incremento del riesgo.

Factores de riesgo familiar

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

Factores de riesgo escolar

- *Temprana conducta antisocial.* Los niños que son agresivos en el jardín de infancia o en la escuela primaria tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias. Cuando una conducta agresiva temprana del niño va unida a aislamiento, abandono o hiperactividad, se incrementa el riesgo de problemas en la adolescencia.
- *Fracaso académico.* Si éste comienza en los últimos cursos de la escuela primaria, la experiencia de fracaso en la escuela incrementa el riesgo tanto de abuso de drogas como de conducta delincuente.
- *Bajo compromiso con la escuela.* El bajo compromiso con la escuela lleva al niño a ver que su rol como estudiante no es posible.

Factores de riesgo individual/iguales

- *Alienación y rebeldía.* El niño que siente que no es parte de la sociedad o que no acepta las reglas, que no cree en los intentos de conseguir el éxito o ser responsable, que toma una postura de rebeldía hacia la sociedad, está en mayor riesgo de abuso de drogas.
- *Conducta antisocial en la adolescencia temprana.* Este factor de riesgo incluye mala conducta en la escuela, dejar de ir a la escuela, implicarse en peleas con otros niños y exhibir conducta delincuente.
- *Amigos que consumen drogas.* Los niños que se asocian con iguales que utilizan drogas es mucho más probable que ellos mismo también las consuman.
- *Actitudes favorables hacia el consumo de drogas.* En la transición a la enseñanza secundaria obligatoria (ESO), si los niños ven a otros que ellos conocen probando drogas, sus actitudes a menudo

cambian hacia una mayor aceptación del consumo de drogas. Esta aceptación coloca a los niños en un mayor riesgo de consumir drogas.

Tabla 11 (continuación)

- *Primeros consumos tempranos de drogas.* Cuanto más tempranamente se pruebe el alcohol y otras drogas, mayor es la probabilidad de que se tengan problemas con las drogas más tarde. La investigación muestra que la gente joven que se inicia en el uso de drogas antes de los 15 años tiene el doble de riesgo de tener problemas con las drogas que aquellos que esperan hasta después de la edad de 19 años.

Adaptado de Petterson et al. (1992)

Tabla 12. Factores de riesgo según Moncada (1997)

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

Tabla 13. Conclusiones de Moncada (1997) sobre los factores de riesgo y protección

1) Se puede afirmar que existen factores asociados al consumo de drogas, así como otros que aparecen asociados a la abstinencia de las mismas.

Tabla 11 (continuación)

- 2) Estos factores han sido clasificados en la literatura en factores del individuo y sus relaciones con el entorno (intrapersonales e interpersonales) y factores ambientales o del contexto.
- 3) A mayor concentración de factores mayor será el riesgo o la protección.
- 4) Existen diferentes factores de riesgo para las distintas drogas: por ejemplo, un alto nivel de depresión se asocia con el uso de drogas como la heroína o el alcohol, pero no con el consumo de otras como la cannabis.
- 5) Los factores de riesgo del consumo de drogas y otros niveles de consumo tampoco son los mismos, aunque en general lo que muestran los estudios es una agudización de los factores de riesgo a medida que el sujeto pasa a fases más intensas o más problemáticas de consumo.
- 6) Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades. Ej., presión de grupo.
- 7) No todos los factores tienen la misma validez externa.
- 8) Los diferentes factores muestran mayor o menor correlación con el uso de drogas dependiendo muchas veces de los instrumentos de medida y los indicadores que se utilizan.
- 9) Algunas factores son más remotos; son causas relativamente indirectas de la conducta, aunque no por ello son menos importantes, sino que su efecto está mediado por otros que son más próximos. Estos son altamente predictivos, pero no explican las raíces del problema a largo plazo.
- 10) Se han encontrado factores de riesgo y protección comunes a una gran cantidad de conductas problemáticas o desadaptadas, tales como los embarazos no deseados, el fracaso escolar, la violencia, la delincuencia juvenil. Algunas de estas conductas, además, predicen el uso problemático de drogas.

Adaptado de Moncada (1997)

4.3. La creciente importancia de los factores de riesgo y protección en los modelos teóricos: la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor (1991)

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

de la prevención de las drogodependencias es más habitual incluir como un elemento de gran relevancia para explicar la misma los factores de riesgo y de protección. De los distintos modelos y teorías existentes es la recientemente formulada por Jessor (1991), bajo el nombre de teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes la que mejor incluye este aspecto, ya que una parte importante de la misma se basa en los factores de riesgo y de protección. En una línea semejante está el libro de Daugherty y Leukefeld (1998). Esto simplemente muestra que el estudio de los factores de riesgo y protección cobra cada vez más relevancia. Los modelos teóricos lo han incluido como un elemento básico de ellos o algunos de ellos, de gran relevancia, utilizan los factores de riesgo y protección como un elemento básico para la elaboración de los mismos.

4.4. Algunas conclusiones desde la investigación

El consumo de drogas ha sido un problema social durante muchos años y los datos más recientes indican que el problema está estancado o empeorando, dependiendo de cada sustancia. Una de las estrategias más prometedoras para cambiar este panorama es la prevención. El fin de la prevención en drogodependencias es evitar que la población se inicie en el consumo de las drogas. La clave del éxito en el desarrollo de programas radica en la comprensión de la influencia psicosocial y los procesos que facilitan o impiden el comienzo de este comportamiento. La investigación sobre la prevención del consumo de drogas ha establecido las bases para el desarrollo de programas a través de la realización de investigaciones que se centren en la epidemiología y la etiología del comportamiento. Los resultados obtenidos en estas áreas definen numerosos elementos que deben ser incluidos en los programas para tengan éxito (Hansen, 1997): 1) qué comportamientos están más necesitados de intervención; 2) las edades durante las cuáles deberían aplicarse las intervenciones; y, 3) qué procesos mediacionales tienen potencial para convertir las intervenciones en resultados comportamentales.

Para muchos autores (ej., Bry, 1996), la política de prevención de drogas debe partir del conocimiento científico de por qué unas personas abusan de las drogas mientras que otras no lo hacen. Esto es lo que se conoce como factores de riesgo y factores de protección. Sin embargo, el problema con los factores de riesgo es que no se conoce la combinación de los mismos que lleven de modo seguro al consumo de drogas. Depende más bien de múltiples combinaciones de diferentes factores (Bry, 1996).

Bry (1996) considera que el mejor antídoto para no consumir drogas es una buena relación entre los miembros de la familia, cercana, duradera, y sin conflictos, así como que tenga métodos de disciplina adecuados a la edad. Otro es tener modos atractivos de pasar el tiempo. También se ha encontrado en Estados Unidos que la religiosidad es un factor de protección, aunque no se sabe por qué. Finalmente, aquellos que esperan lograr éxito en otras actividades, así como tener responsabilidades, es menos probable que abu-

sen de las drogas.

En cambio, es un importante factor de riesgo el abandono del niño. Esto le impedirá luego tener una relación cercana, no aprender las relaciones de afecto con los padres, así como resolver problemas, controlar sus impulsos, afrontar las frustraciones, limitaciones y fracasos. Esto lleva luego a la inmediata gratificación y a la incapacidad de retrasar el refuerzo. Hay por tanto, un problema de autocontrol de la conducta. También distintas circunstancias de la vida son importantes factores de riesgo, como los trastornos psiquiátricos, fracaso escolar, abuso sexual, violencia, no tener hogar (Clayton, 1992), vivir en una familia donde se abusa de sustancias, desempleo (Brunswick, Messeri y Titus, 1992), problemas emocionales (Wills et al., 1992). Junto a ello, tener amigos que consumen drogas.

Otro hecho que a veces se ha obviado es el análisis de la problemática de las drogodependencias de modo separado. Es habitual encontrar mucha información para el alcohol y el tabaco. El análisis independiente de estas sustancias lleva a que luego sea difícil integrar lo obtenido separadamente en cada una de ellas para las dos juntas, y más cuando añadimos otra como la marihuana, las drogas de síntesis u otras. Este es otro aspecto que exigirá en el futuro una mayor clarificación. Orte (1993) indica toda una serie de factores que hacen difícil y compleja la comprensión de los factores causales en el consumo de sustancias. Para él estos son que: 1) es posible hacer uso de las drogas de forma independiente o bien junto con otras, por lo que pueden encontrarse personas que consumen una sola sustancia o, lo que es más común, que mezclan varias de ellas a la vez. 2) Los usuarios de drogas no llegan al consumo crónico o al abuso de forma repentina sino que experimentan variaciones en los patrones de uso, bien experimentando con drogas de forma esporádica, bien estableciendo períodos de uso discontinuo o, por el contrario, continuando el uso de forma habitual. 3) Las drogas utilizadas varían tanto en su disponibilidad como en su capacidad de producir riesgo en el futuro. 4) No es posible hablar de efectos universales de las drogas ya que éstos dependen de aspectos como la cantidad de sustancia consumida, la idiosincrasia del consumidor y/o de las ocasiones y lugares de consumo. 5) Los efectos farmacológicos producidos por las sustancias de consumo son específicos para cada una de ellas al igual que las características de utilización. 6) En la adolescencia, es necesario atender al proceso evolutivo de la persona que usa/abusa de las drogas y a la función que el consumo cumple en su desarrollo para realizar un diagnóstico ajustado del consumo de drogas. Y, 7) el consumo de drogas no puede utilizarse de forma aislada sino que debe tenerse en cuenta la situación cultural y ambiental en la que aparece.

Lo anterior, junto al descenso de la disponibilidad (Bickel y DeGrandpre, 1996) y a tener al tiempo otros reforzadores disponibles que no son drogas, y que satisfacen al individuo, son elementos para conseguir prevenir el consumo de drogas.

Otra cuestión que ha impedido el mayor avance en el estudio de los factores de riesgo y protección es no disponer de instrumentos sencillos para evaluar el gran número de los que se han propuesto en la literatura. Su evaluación conjunta con los instrumentos que han llevado a su descubrimiento llevaría horas. Por

ello se han hecho pocos intentos para apresar un número importante de factores de riesgo, aunque ésta es una cuestión en la que se está trabajando actualmente. Por ejemplo, Pollar et al. (1997) han realizado un extenso estudio dada la necesidad de evaluar estos factores, elaborando para ello un cuestionario que evalúa los factores de riesgo y protección ya enumerados previamente, que agrupan en los dominios de la comunidad, escuela, familiar y del individuo e iguales. También con su instrumento evalúan la salud y los resultados de la conducta como el uso de sustancias, violencia, delincuencia y conductas inadecuadas en la escuela. El estudio de Muñoz (1998) va en la misma línea.

De lo que no hay duda es que hoy sabemos claramente, gracias a distintos estudios longitudinales científicamente controlados (Botvin, 1995), que las intervenciones preventivas efectivas pueden reducir la tasa de futuros problemas comparado con la no intervención o comparado con el tratamiento habitual. De ahí que no poner en marcha programas preventivos eficaces, considerando muchos de ellos los factores de riesgo y de protección, harán que el problema disminuya menos de lo deseado, se mantenga o incluso se vaya incrementando.

5. Referencias bibliográficas

- Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Becoña, E. (1994). Introducción. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. 1. Introducción* (pp. 15-20). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (1995). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 1, pp. 493-530). Madrid: McGraw-Hill.
- Becoña, E. (1995). La prevención de las drogodependencias. Introducción a algunas cuestiones actuales. En E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (Coords.), *Drogodependencias IV. Prevención* (pp. 9-50) Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E., García, M.P., Palomares, A. y Vázquez, F.L. (1994). The behavioural procedure in the treatment of smokers: Since efficacy to the dissemination of programs. *Paper presented at the 23rd International Congress of Applied Psychology*, Madrid, July.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M.P. (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Bellver, M.C. y García, R. (1997). Objetivos y estrategias de los programas de prevención escolar y comunitario nacionales: Una revisión (1985-1994). En J. Escámez (Ed.), *Prevención de la drogadicción* (pp. 115-134). Valencia: Nau Llibres.
- Best, J.A., Thomson, S.J., Santi, S.M., Smith, E.A. y Brown, K.S. (1988). Preventing cigarette smoking among school children. *Annual Review of Public Health*, 9, 161-201.

- Bickel, W.K. y DeGrandpre, R.J. (1996). Psychological science speaks to drug policy: The clinical relevance and policy implications of basic behavioral principles. En Bickel, W.K. y DeGrandpre, R.J. (Eds.) (1996). *Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse* (pp. 31-52). Nueva York: Plenum Press.
- Botvin, G. y Botvin, E. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.
- Botvin, G. (1995). Principles of prevention. En R.H. Coombs y D.M. Ziedonis (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. A comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol and other drugs* (pp. 19-44). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Botvin, G.J., Baker, E., Filazzola, A.D. y Botvin, M. (1989). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: one-year follow-up. *Addictive Behaviors*, 15, 47-63
- Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.
- Brunswick, A.F., Messeri, P.A. y Titus, S.P. (1992). Predictive factors in adult substance abuse: A prospective study of African American adolescents. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 419-472). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bry, B.H. (1996). Psychological approaches to prevention. En Bickel, W.K. y DeGrandpre, R.J. (Eds.) (1996). *Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse* (pp. 55-76). Nueva York: Plenum Press.
- Burguess, R. (1997). Deconstructing drug prevention. Towards an alternative purpose. *Drugs: Education, prevention and policy*, 4, 279-283.
- Calafat, A. (1995). Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 75-103). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Calafat, A. y Amengual, M. (1992). Niveles de evaluación de la prevención de drogas. En *Avances en Drogodependencias II. Sociodrogalcohol (XX Jornadas Nacionales)*. Córdoba: Sociodrogalcohol.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3ª edición*. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat. Consell Insular de Mallorca.
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Comas, D. (1992). La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención. *Adicciones*, 4, 15-24.
- Daugherty, R.P. y Leukefeld, C. (1998). *Reducing the risks for substance abuse. A lifespan approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Epstein, L.H., Grunberg, N.E., Lichtenstein, E. y Evans, R.I. (1989). Smoking research, intervention, prevention, and new trends. *Health Psychology*, 8, 705-721.
- Escámez, J., Falcó, P., García, R., Altabella, J. y Aznar, J. (1993). *Educación para la salud. Un programa de preven-*

- ción escolar de la drogadicción. Valencia: Generalitat Valenciana- FAD-Nau Libres.
- Escámez, J. (1990). Directrices para la elaboración de programas preventivos en drogodependencias. En J. Escámez (ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención* (pp. 193-208). Madrid: Diyinson.
- Ferrer, X., Sánchez, J.L. y Salvador, T. (1991). Prevención y drogas: la asignatura pendiente. *Anuario de Psicología*, 49, 79-96.
- Ferrer, X. y Pérez, C. (1991). Panorámica actual y tendencias futuras en la prevención. *Revista de Serveis Socials*, 15-16, 19-28.
- GID (1996). *Reducción de la demanda de drogas. Prevención del abuso de drogas en España*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Flay, B.R. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology*, 4, 449-488.
- Hansen, W.B. (1992). School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7, 403-430.
- Hansen, W.B. (1997). Aproximaciones psicosociales a la prevención: el uso de las investigaciones epidemiológicas y etiológicas para el desarrollo de intervenciones efectivas. *Psicología Conductual*, 3, 357-378.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Heien, D.M. y Pittman, D.J. (1993). The external cost of alcohol abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 302-307.
- Institute for Health Policy (1993). *Substance abuse: The nation's number one health problem. Key indicators for policy*. Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation.
- Jessor, R. (1993b). Successful adolescent development among youth in high-risk setting. *American Psychologist*, 48, 117-126.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D.E. Rogers y E. Ginzburg (Eds.), *Adolescent at risk: Medical and social perspectives* (pp. 19-34). Boulder, CO: Westview Press.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academic Press.
- Jessor, R., Donovan, J.E. y Costa, F. (1992). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Jessor, R., Turbin, M.S. y Costa, F.M. (1997). Predicting developmental change in risky driving: The transition to young adulthood. *Applied Developmental Science*, 1, 4-16.
- Jessor, R. (1993a). Psychosocial issues in drug policies: Implications for the legalization debate. En G. Edwards, J. Strang y J. H. Jaffe (Eds.), *Drugs, alcohol, and tobacco: Making the science and policy connections* (pp. 319-325). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F.M. y Turbin, M.S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 923-933.
- Kramer, J.F. y Cameron, D.C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra:OMS.

- Leventhal, H., Keeshan, P., Baker, T. y Wetter, D. (1991). Smoking prevention: Toward a process approach. *British Journal of Addictions*, 86, 583-587.
- Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la "prevención por objetivos". En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Martín, E. (1997). La prevención en España hoy: Propuestas de consenso institucional, técnico y social. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 67-84). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Martínez, B. (1990). ¿Es posible la prevención de las drogas en los centros escolares?. Los condicionantes organizativos del sistema educativo. En J. Escámez (ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención* (pp. 171-191). Madrid: Diyinson.
- Millman, R.B. y Botvin, G.J. (1992). Substance use, abuse, and dependence. En M. Levine, N.B. Carey, A.C. Crocker y R.t. Gross (Eds.), *Developmental-behavioral pediatrics* (2nd. ed., pp. 451-467). Nueva York: Saunders.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: PNSD.
- Moskowitz, J.M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-58.
- Muñoz, M. (1998). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología.
- NIDA (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. National Institute on Drug Abuse, and National Institutes of Health.
- Orte, C. (1993). Estudio de los factores de riesgo en el consumo de drogas. *Proyecto*, 3(6), Dossier 7.
- Palomares, A. (1990). La promoción de la salud en la infancia: Factores en el diseño de programas. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 277-295.
- Pentz, M.A., Trebow, E.A., Hansen, W.B., MacKinnon, D.P., Dwyer, J.H., Johnson, C.A., Flay, B.F., Daniels, S. y Cormack, C.C. (1990). Effects of program implementation on adolescent drug use behavior: the Midwestern Prevention Project (MPP). *Evaluation Review*, 14, 264-289.
- Peterson, P.L., Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Encuesta a consumidores de heroína en tratamiento, 1996- 97*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Encuesta sobre drogas a la población escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Memoria 1996*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

- Plan Nacional sobre Drogas (1998). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 1*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Pollar, J.A., Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Arthur, M.W. (1997). *Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent populations*. Manuscrito pendiente de publicación.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 85-136). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Rhodes, J.E. y Jason, L.A. (1988). *Preventing substance abuse among children and adolescents*. Nueva York: Pergamon Press.
- Rosignoli, J.L. y Polaino-Lorente, A. (1991). Programas informativo-preventivos de la drogodependencia: ¿Es posible valorar su eficacia a través de medidas conductuales?. *Psiquis*, 12, 42-49.
- Salvador, T. y Ware, S.T. (1995). Drug abuse prevention policies and research in Europe: notes for a future agenda. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2, 7-15.
- Santacreu, J., Zaccagnini, J.L. y Márquez, M.O. (1992). *El problema de "la droga". Un análisis desde la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.
- Schuckit, M.A. (1995). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (4th ed.). Nueva York: Plenum Medical Book Company.
- Torres, M.A. (1990). La prevención escolar del uso de las drogas en España. En J. Escámez (ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención* (pp. 209-227). Madrid: Dickynson.
- Vega, A. (1994). La prevención educativa en los centros educativos. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 105-136). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Wills, T.A., Vaccaro, D. y McNamara, G. (1992). The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: A test of vulnerability and protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 20, 349-374.
- Wysowsky, D. K. (1993). Mortality attributed to misuse of psychoactive drugs, 1979-1988. *Public Health Reports*, 108, 565-570.

Capítulo 2

La prevención de las drogodependencias: papel de las teorías y modelos explicativos del consumo de drogas

1. Objetivos de la prevención de las drogodependencias
2. Modelo teórico general subyacente como principio conductor de los programas preventivos
3. Los programas preventivos
4. Programas preventivos y bases teóricas
5. Papel de la teoría y de los modelos teóricos como guía en la prevención de drogodependencias
6. Una visión general de los modelos teóricos en drogodependencias
7. Teorías y modelos que se van a revisar
8. Referencias bibliográficas

1. Objetivos de la prevención de las drogodependencias

Los estudios indican que la mayoría de los jóvenes comienzan a consumir drogas sobre los 12 o 13 años. Muchos investigadores han observado que los jóvenes adolescentes pasan del consumo ilícito de drogas legales (tales como tabaco y alcohol) al drogas ilegales (Kandel y Yamaguchi, 1985), como ocurre especialmente en nuestro medio. Habitualmente, los adolescentes empiezan tomando bebidas alcohólicas y fumando cigarrillos y más adelante pasan a consumir marihuana y en algunos casos estimulantes, opiáceos, alucinógenos y otras sustancias ilegales. Chen y Kandel (1995) encontraron que la iniciación en el consumo tanto de drogas legales e ilegales es rara después de los 20 años y prácticamente inexistente después de los 29 años. Estos autores señalaron también que el consumo de drogas legales está mucho más extendido que el de drogas ilegales y que la iniciación en el consumo de drogas legales precede comúnmente al consumo de drogas ilegales. Según este estudio, la marihuana es típicamente la droga ilegal que se consume primero y el período más elevado de consumo comprende entre los 19 y 22 años, coincidiendo estrechamente con el período más alto de consumo de alcohol (19-21 años). Después de este tiempo, tanto el consumo de marihuana como el de alcohol declina rápidamente, mientras que el consumo de cigarrillos muestra un patrón mucho más estable a largo plazo.

El orden del consumo de drogas en esta progresión es en gran parte consistente con las actitudes sociales y las normas y la disponibilidad de las drogas. Pero no se puede decir que fumar y beber a edades tempranas es más tarde la causa del consumo de drogas (NIDA, 1997). Esto es, si bien la probabilidad de consumir una droga en particular aumenta con el consumo de cualquier otra, el consumo de una o más drogas no conduce necesariamente al de otras o a una implicación más acusada.

Por tanto, esta secuencia no implica que la progresión sea inevitable. Más bien se manejan cifras de probabilidad. Para alguien que ha fumado o bebido siempre, el riesgo de consumir marihuana es 65 veces mayor que para una persona que no ha fumado o bebido nunca. El riesgo de consumir cocaína es 104 veces mayor para alguien que ha fumado marihuana al menos una vez durante su vida que para una persona que nunca lo hizo (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1994).

Puesto que la probabilidad o el riesgo de consumir drogas ilegales, a excepción de la marihuana, aumenta con el

consumo de tabaco, alcohol o marihuana, el objetivo de los esfuerzos preventivos dirigidos a los adolescentes ha de ser el de prevenir o reducir el consumo de estas tres sustancias (Botvin, 1995). La razón subyacente a esta idea es que si se logra prevenir el consumo de estas sustancias específicas, no sólo se reducirán muertes y patologías asociadas al consumo, sino que también se producirá una disminución del consumo de otras drogas al detener la progresión lógica de la cadena de consumo. Por tanto, no es nada sorprendente que la mayoría de los programas preventivos tengan como objetivo la prevención conjunta de tabaco, alcohol y marihuana

Ya hemos comentado en el capítulo anterior que la prevención de las drogodependencias en jóvenes se orienta básicamente a la prevención del consumo de tabaco, alcohol y en ocasiones marihuana. Un ejemplo de esto nos lo muestra una revisión de 45 programas preventivos en drogodependencias realizado por Hansen (1992). Este autor ha incluido 45 estudios en su revisión, excluyendo previamente aquellos orientados exclusivamente a la prevención del consumo de tabaco. Observamos que 12 están orientados sólo a la prevención del alcoholismo, 1 a la prevención de tabaco y alcohol, 2 a la prevención de alcohol y marihuana, 19 a la prevención de tabaco, alcohol y marihuana, 8 a la prevención de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas, 2 a la prevención de marihuana y otras drogas y 1 a alcohol, marihuana y otras drogas. Si tomásemos en consideración también los programas dedicados a la prevención del consumo de tabaco, que son abundantes y adecuadamente evaluados (cfr. Becoña, Palomares y García, 1994), como los del consumo de alcohol (cfr., Moskowitz, 1989), claramente podemos concluir que los programas más importantes son aquellos dedicados a la prevención conjunta de tabaco, alcohol y marihuana (el 42 % de los incluidos en la revisión de Hansen, 1992), seguidos por los programas específicos de prevención del consumo de tabaco o del consumo de alcohol.

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

vadoras), asistencia (proporcionando intervención y consejo para enfrentarse a los problemas de la vida) y alternativas (proporcionar experiencias en actividades que son incompatibles con el uso de sustancias). A partir de los elementos anteriores clasifica a los distintos programas en función de si tienen o no cada una de esas características. De todos los programas el 92% incluye información, seguido por un 44% tanto para el entrenamiento en habilidades de toma de decisiones como para el entrenamiento en habilidades de resistir la presión social. Le siguen con valores en torno al 25% cada uno la clarificación de valores, establecimiento de normas y programas alternativos, encontrándose en menor grado los otros elementos. Al aplicar un análisis "cluster" a los datos anteriores describe seis agrupaciones de programas. La primera, con nueve programas, enfatiza básicamente el conocimiento; la segunda, con diez programas, representa una aproximación de educación afectiva; la tercera, con doce programas, se centra principalmente en enseñar a los estudiantes las presiones de los iguales y de otras personas y a desarrollar habilidades para resistir esas presiones; la cuarta, con siete programas, los denomina comprensivos por incluir los más diversos tipos de componentes; el quinto y sexto, que solo incluye cada uno dos programas, los denomina alternativos e incompletos, respectivamente.

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

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

Lo que indicamos acerca de que en la prevención de drogas se concreta luego en la prevención de tabaco, alcohol y como mucho marihuana, lo encontramos en distintos programas en nuestro medio. Como uno de estos ejemplos podemos indicar el de Escámez et al. (1993), en un programa de prevención de drogas aplicable en el contexto escolar dentro de la asignatura de Educación para la Salud. Este programa, cuyas edades de aplicación son de 12 a 14 años, coincidiendo con 7º y 8º de E.G.B. Estas edades se eligen, en éste como en otros programas, partiendo del hecho de que los consumos de drogas son básica-

mente tabaco y alcohol, dado que antes de los 15 años el 80% han probado ya estas sustancias. Por ello este programa, que es adaptable, se orienta básica y casi fundamentalmente a la prevención del consumo de tabaco y alcohol que, por otro lado, como ya hemos comentado, son los consumos más importantes a esas edades y los que hay que evitar. Como dicen específicamente los autores "una vez conocidos y analizados los resultados arrojados por el pre-test decidimos circunscribir los objetivos de nuestra intervención, preferentemente, a los ámbitos del consumo de tabaco y de alcohol, aunque los efectos del programa, caso de producirse, se suponen generalizables al resto de las otras drogas" (p. 59).

Dicho programa, tiene como objetivos pedagógicos tres: 1) mejorar la *información* que los alumnos poseen sobre las drogas; 2) cambiar sus *actitudes* relacionadas con el consumo; y, 3) dotarles de recursos y *habilidades conductuales* suficientes para anticipar y resolver satisfactoriamente las diferentes situaciones usuales de incitación al consumo. Dentro de éstas "se ensayarán diferentes procedimientos de juego dramático, a imitación de los contextos reales de incitación al consumo, que capaciten al alumno para entenderlo y afrontarlos" (p. 67), mediante "ensayos de conducta destinados a afrontar con éxito las situaciones que han sido evaluadas por la clase como de mayor riesgo" (p. 69). Así, en la cuarta unidad titulada "Salud para todos", hacen un ejercicio de implicación conductual mediante una campaña de educación para la salud en la escuela y en el barrio, persiguiendo con ello que manifieste públicamente una determinada conducta basada en creencias y actitudes realistas sobre las drogas, en vistas a que en el futuro se manifieste comprometido con esas conductas de salud, básicamente referidas al tabaco y al alcohol.

El pre-post del programa ha indicado la eficacia del programa (Escámez et al., 1993) respecto al cambio de actitudes propuesto inicialmente por el programa. Es de esperar que futuros seguimientos a más largo plazo indiquen la bondad de este programa y el efecto sobre el consumo de sustancias, lo cual puede en este caso hacerse al contar con un grupo de control. El programa *Tú decides* (Calafat et al., 1992), sigue una línea similar respecto a qué drogas prevenir, dirigiéndose a la prevención del consumo de tabaco, alcohol y marihuana. Otros programas están incluidos de modo más genérico en programas formales de educación para la salud, aunque con posibilidad de llegar a la casi totalidad de la población escolar (ej., Xunta de Galicia, 1994). Aquí nos encontraríamos con la perspectiva global o la del sentido realmente educativo, en la línea de lo que indica Vega (1994), de que si la escuela funciona como institución educativa, ya se hace prevención.

2. Modelo teórico general subyacente como principio conductor en la prevención de drogodependencias

El modelo teórico general subyacente a los programas preventivos de drogas se fundamentan en lo que conocemos sobre la etiología del consumo de drogas. Este podría resumirse, aunque ello sea una simpli-

ficación, pero que nos permite enmarcar de modo sintético la cuestión, en tres ejes básicos que son los siguientes: 1) hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras, 2) hay una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no consumen, y 3) toda una serie de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias. Los distintos modelos teóricos se han centrado básicamente en analizar distintas variables, bien parcialmente o de modo comprensivo, para comprender por qué unas personas consumen drogas y otras no. Con dicho conocimiento podremos aplicar estrategias preventivas adecuadas para que el consumo no se produzca o se detenga cuando se aplica la prevención primaria. Dado que por lo afirmado anteriormente tenemos variables dependientes (las que se evalúan) y variables independientes (las que se pueden cambiar o manipular experimentalmente), sería claro que unas explicarían las otras, concretamente unas (las socio-culturales, biológicas y psicológicas) explicarían el consumo o no de drogas (las variables dependientes). Sin embargo, con frecuencia las variables dependientes se convierten en independientes y éstas en dependientes. Con ello queremos indicar que estamos ante un tema complejo del que nos gustaría disponer de respuestas claras e intervenciones simples, aunque la realidad es mucho más compleja.

En función de lo anterior, vamos a analizar en este punto una cuestión que tiene una gran relevancia para la aplicación de los programas preventivos, porque se parte que es un elemento esencial subyacente a los mismos: que si conseguimos el que no se produzca un consumo previo de una sustancia adictiva de tipo legal, se producirá un menor consumo de las ilegales o no se dará dicho consumo. Por su relevancia analizaremos este punto a continuación, que para muchos ha sido denominado como el fenómeno de la escalada, mostrando a través de su análisis la relevancia de las variables asociadas con él y que, a su vez, van a ser las variables que vamos a encontrar en los modelos teóricos en relación con el consumo o no de sustancias psicoactivas.

2.1. La hipótesis de la escalada: de las drogas legales a las ilegales

Un modelo que subyace a la prevención de las drogodependencias es el de la escalada del consumo de drogas desde las drogas legales (tabaco y alcohol) a la marihuana y de ésta a la cocaína y heroína. A continuación vamos a revisar esta hipótesis y la evidencia empírica existente sobre la misma. Como es claro, éste es un elemento esencial en vista a los programas preventivos. Estos parten habitualmente de la idea de que si prevenimos las drogas de inicio, las legales, conseguimos retrasar o impedir el consumo de las drogas ilegales, en una cadena ascendente donde están la marihuana y la cocaína y heroína.

La hipótesis de la escalada se propone en los años 50. En su formulación inicial se afirmaba taxativamente y de modo claramente exagerado que el consumo de marihuana conducía al consumo de heroína. Como

dicen O'Donnell y Clayton (1982) este tipo de afirmaciones eran imprecisas y exageradas, dado que quienes defendían y afirmaban esa causalidad no eran científicos, sino las personas encargadas de la represión del consumo y que no siempre seguían un criterio objetivo. Conforme se ha ido decantando el tiempo se pasó a hablar de "probabilidad" más que de "causalidad". Pero como un ejemplo, el artículo de O'Donnell y Clayton (1982), donde defiende la causalidad de esta hipótesis, fue duramente criticado por Baumrid (1983) precisamente basándose en el concepto de causalidad. Junto al hecho cierto de que tiene razón en la mayoría de las críticas que le hace a O'Donnell y Clayton (1982), otro valor de este artículo es que las limitaciones que va apuntando a lo largo del mismo se han ido solventando en estudios posteriores, especialmente sobre el papel del cannabis en la progresión hacia el consumo de otras drogas, a nivel metodológico, dado que sí se encuentra "relación" entre el consumo de cannabis y el posterior consumo de drogas ilegales como la heroína o la cocaína, aunque sin ser posible establecer que exista "causalidad". Si creemos totalmente cierta la afirmación de Baumrid (1983) de que se confundía en aquel momento, como aún le puede ocurrir a algunas personas hoy, la denominación de modelos estadísticos causales, con la "causalidad" entre dos hechos que es una cuestión totalmente distinta. Distintos modelos matemáticos reciben la denominación de modelos causales, pero en la práctica no permiten poder llegar a la causalidad. Esto ha sido una fuente importante de confusión al confundir el "método" (estadístico) con el resultado (probabilidad-causalidad).

2.2. Probabilidad y causalidad

La probabilidad interviene en gran parte de la vida diaria. El meteorólogo que pronostica las condiciones climatológicas, el ganadero que predice la cuantía de las ganancias del año venidero, el psicólogo que hace un pronóstico de la recuperación de su paciente, etc. Todas estas personas están utilizando la probabilidad para hacer una opinión personal o profesional. El psicólogo le dice a su paciente que se sentirá mejor después de practicar las estrategias que ha aprendido para curar su depresión. Sin embargo, el psicólogo no le dice a su paciente que si practica las estrategias que él le ha enseñado, la probabilidad de que se recupere de su depresión es del 90%. Sin embargo, todos los enunciados que hemos visto son de tipo probabilístico y están basados fundamentalmente en asociaciones; aplicar el tratamiento se asocia con la recuperación. Sin embargo, es imposible en una situación no controlada que las probabilidades de esa asociación sea del 100%. Hay muchas variables de confusión que pueden explicar el cambio y no las controlamos. Por tanto, sólo podremos hablar de una asociación pero nunca podremos hacer una inferencia causal sobre la terapia que se ha aplicado al paciente para su depresión y su recuperación. Más de una vez se ha cometido el error de interpretar los resultados de un análisis de asociación entre variables. A veces se tiende a otorgar un significado a las medidas de asociación que no contienen. Nos referimos a la

tendencia a atribuir a las variables independientes la capacidad de explicar el comportamiento de las variables dependientes. Una cosa es la existencia de una fuerte asociación o correlación entre dos variables y una muy diferente es la existencia de una relación causal entre ambas. En psicología se conocen muchas asociaciones entre variables, pero pocas relaciones causales. Sólo el experimento permite constatar la existencia o no de relaciones causales (Hulley y Cummings, 1988; Moore y McCabe, 1993). Desgraciadamente, en el tema que estamos tratando, es prácticamente imposible poner a prueba la hipótesis sobre el fenómeno de la escalada. El tipo de diseños que podemos utilizar sólo nos garantiza que hay una fuerte asociación o correlación entre un consumo de drogas legales e ilegales en los jóvenes. No podemos concluir de ello que, en efecto, tales variables están causalmente relacionadas. Esto hay que interpretarlo como una covariación o una influencia de una variable en otra. Sólo eso. Para inferir causalidad hace falta bastante más que la existencia de una fuerte correlación. Por eso conviene tener siempre presente que ni la asociación ni la correlación significan causación. No obstante, aunque no se pueda llevar a cabo un experimento, podemos llegar a inferir una relación causal de una asociación entre dos o más variables en determinadas circunstancias (Hulley y Cummings, 1988) cuando los resultados son consistentes en los estudios utilizando varios tipos de diseños (ej., longitudinales, transversales, etc.). En este caso es poco probable que el azar o algún tipo de sesgos sean los que producen la asociación. La fuerza de la asociación también es importante, fundamentalmente porque la fuerza de la asociación da más valores *p* significativos, haciendo que el azar sea una explicación poco probable. Es poco probable que variables de confusión puedan explicar una asociación con una *odds ratio* mayor que 2.5. La relación dosis-respuesta también proporciona evidencia de una posible causalidad. Finalmente, podemos hacer una inferencia causal cuando hay una causa biológica verosímil que puede producir un determinado efecto.

2.3. Algunos estudios relevantes

La hipótesis de la escalada vendría a sostener que el uso de la marihuana necesariamente conduce al uso de la heroína. Algunos sostienen que la teoría de Kandel (ej., Kandel, 1973, 1975) facilitó el desarrollo de una teoría secuencial de la implicación en el uso de drogas en una línea semejante a la teoría de la escalada. En sus estudios encontraron cuatro fases para el consumo de drogas, que iban del consumo de drogas legales a las ilegales: 1) consumo de cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana, y 4) otras drogas ilegales. Lo cierto es que estas fases se han confirmado tanto en distintos estudios en USA, como en otros países, entre ellos el nuestro (ej., Recio, 1995), indicando por tanto una secuencia general de progresión estable y acumulativa entre los adolescentes. Sin embargo, no hay que olvidar que esto lo hay que considerar en términos de probabilidad, no de causalidad. Esto viene a decir que aunque el uso de una droga previa no implica inevitablemente pasar a ser consumidor de la siguiente, sí que de aquellos que

consumen marihuana hay pocos que previamente no han utilizado tabaco y alcohol, o los que usan drogas ilícitas no hayan consumido previamente tabaco, alcohol y marihuana. Sin embargo, no debe olvidarse que la progresión para el consumo de una droga específica está influenciada no sólo por el consumo de drogas previas, sino por otros factores como la personalidad, el estilo de vida y factores ambientales, como han indicado Yamaguchi y Kandel (1984), Werch y Anzalone (1995), entre otros autores. Por todo ello, la investigación indica que hay una progresión en el uso de drogas que comienza desde el no consumo, uso de drogas legales, uso de marihuana y uso de drogas ilegales para los que llegan a esta etapa pero que también muchos no progresan de las primeras sustancias a las sucesivas. El argumento de la progresión también lo utiliza Werch y Anzalone (1995) para justificar su modelo de etapas de adquisición, aunque reconoce que la exacta progresión en cada caso particular es menos clara. Además, mientras que está clara la progresión del tabaco y alcohol para el uso de la marihuana, está menos clara la relación de las drogas legales, tabaco y alcohol, para el uso de otras drogas. Además, no se pueden olvidar variables claras en esta progresión como son la edad, grupo étnico, sexo, lugar geográfico, nivel de uso de la droga, edad de comienzo, disponibilidad de la droga, aceptación de la droga y precio de la droga (Werch y Anzalone, 1995).

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

Uno de los estudios que consideramos más relevante de los realizados es el de Hammer y Vaglum (1990, 1991). En él analizan específicamente las variables que llevan al inicio, mantenimiento y abandono del consumo de cannabis. Utilizaron una muestra representativa de jóvenes noruegos de 17 a 20 años de edad, evaluándolos con distintos cuestionarios variables demográficas, de consumo de cannabis en el pasado (1985) y actualmente (1988), así como si habían dejado de consumir, junto a un índice de exposición al cannabis en una escala de 0 a 6 puntos. Sus resultados mostraron que un 12% de su muestra había hecho algún uso del cannabis alguna vez. Noruega es un país donde el consumo de cannabis es bajo y donde además su consumo aparece sistemáticamente asociado a un consumo importante de alcohol. Encontraron diferencias entre los que vivían en la ciudad de Oslo (17%) respecto a los que vivían en el resto del país (5%) en el consumo de cannabis, más consumo en varones que en mujeres así como si tenían sus padres divorciados o vivían con un solo padre o sin sus padres biológicos. También abandonaban

tempranamente la escuela y no tenían empleo. Estas variables se asociaban a un mayor consumo de cannabis junto con hacer menos actividades en el tiempo de ocio, menor ejercicio y tener menos contactos sociales con sus amigos y estar menos integrados en el grupo. Además, tenían más problemas de salud, fuesen somáticos o psicológicos (20% vs. 10%).

En un análisis de regresión logística con las variables anteriores, las variables significativas más relevantes fueron los problemas de salud mental, seguida por tener padres divorciados, abandonar prematuramente la escuela y estar desempleado. En su subanálisis de los que han utilizado cannabis 5 o más veces o menos de 5 veces, no aparecía como significativo tener problemas psicológicos ni tener padres divorciados ni estar desempleado, para el grupo de menos de 5 veces. Esto indica que las variables anteriores se asocian a los de alto consumo de cannabis. Respecto al consumo de alcohol y tabaco hay claras diferencias significativas entre los consumidores o no de cannabis, con unos mayores consumos de alcohol y tabaco en los que también consumen cannabis. Así, los que usan cannabis beben tres veces más alcohol y el doble de tabaco que los que no lo usan.

La comparación de los que dejaron de consumir cannabis respecto a los que seguían consumiendo, los que lo dejaron tenían un mejor ajuste laboral, bajo desempleo en los previos dos años y mayor participación educativa y menos contactos con la policía, respecto a los que lo seguían consumiendo.

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

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

Una tendencia más actual cuando se considera la hipótesis de la escalada es integrarla con otras variables, lo que ha hecho Kandel, como la mayoría de los autores (ej., Recio, 1995) que han estudiado este fenómeno. Como un ejemplo reciente de ello, Wills ha propuesto el modelo de afrontamiento del estrés. Este modelo sostiene que aquellas personas que usan drogas con intensidad es debido al estrés de la vida y como un recurso de afrontamiento (Wills y Shiffman, 1985). El estrés de la vida sería un factor de riesgo

para el uso de sustancias por parte de los adolescentes. Cuando estos tienen un alto malestar emocional o tienen una baja percepción de control sobre la situación se incrementaría la probabilidad de consumir sustancias (Wills, 1986, 1990). Conforme se mantiene el estrés se incrementa más el consumo. La respuesta de afrontamiento ante ello puede ser un factor de riesgo o protección (Wills y Hirky, 1996). Los mecanismos de adaptación serían tanto conductuales como cognitivos. Ejemplo del primero sería afrontar el problema y realizar acciones directas para resolverlo; del segundo, utilizar estrategias internas para minimizar el malestar emocional. Si estas respuestas se producen se reduce la probabilidad de escalada al solucionarle el problema y al desarrollar competencias normativas. En cambio, si la persona responde con mecanismos desadaptativos, como ira, evitación o impotencia, se incrementa la probabilidad de escalada desde su imposibilidad de solucionar el problema. Este modelo también da gran relevancia al apoyo emocional de los padres como un importante factor de protección (Wills et al., 1996).

Recientemente, Wills et al. (1996) realizaron un estudio para analizar el fenómeno de la escalada mediante un estudio de seguimiento de 3 años en adolescentes que en la primera medición tenían 12.4 años de media. Mediante un análisis "cluster" de los sujetos a los que se les tomaron medidas en esos tres puntos del tiempo identificaron los siguientes grupos: 1) no consumidores estables, donde no consumen ninguna sustancia a lo largo del tiempo; 2) experimentadores mínimos, aquellos que han tenido un mínimo uso a lo largo del tiempo; 3) comienzo tardío, que son los que experimentan en los grados 7º y 8º pero lo incrementan en el 9º grado; 4) escalador 1, aquellos que tienen un uso elevado de sustancias ya en el grado 7º y lo van incrementando a lo largo del tiempo, y, 5) escalador 2, aquellos que tienen un temprano comienzo en el consumo y que incrementan de modo acusado el mismo a lo largo del tiempo. Los dos últimos grupos representan el 6% y 4%, respectivamente, del total de la muestra. Para los tres primeros grupos los porcentajes son del 50%, 26% y 14%. Las sustancias que consumían a estas edades eran tabaco, alcohol y marihuana.

Los jóvenes de los grupos de escaladores en el 7º grado se diferenciaban de los restantes grupos en que significativamente tenían mayor estrés vital, bajo apoyo parental, baja competencia académica, actitudes desviadas (ej., mayor discrepancia en los valores de independencia-éxito y modos de afrontamientos desadaptativo (ej., ira, matar el tiempo, desamparo y afrontamiento del uso de sustancias). Además, los padres tenían un mayor consumo de cigarrillos y licores y un consumo mayor por parte de los iguales de cigarrillos, alcohol y marihuana. Estos resultados volvían a aparecer en los siguientes cursos de 8º y 9º. También encontraron que los escaladores tenían puntuaciones más bajas en competencia conductual, control positivo, autoestima positiva y, por contra, una mayor autoestima negativa y control negativo. Por contra, los que no usaban drogas puntuaban alto en los factores de protección y bajo en los de riesgo.

Mediante análisis discriminante en el 7º grado para los cinco grupos de consumidores anteriores encontraron que las variables más importantes que permiten diferenciar los grupos eran un alto nivel de estrés vital y uso de sustancias por los amigos, un nivel moderado de uso de sustancias por parte de los padres,

actitudes propensas a la desviación y afrontamiento de matar el tiempo, y un nivel moderadamente bajo de apoyo parental. En 8º grado las variables significativas eran similares a las anteriores.

Por tanto, este estudio muestra como hay ciertas variables que permiten diferenciar a los no consumidores de los consumidores moderados y duros, o escaladores como son denominados en este estudio. Además, el análisis de los resultados permite apreciar que los escaladores tienen un gran número de factores de riesgo y un bajo nivel de factores de protección. De modo especial, surgen como significativos el estrés vital, el bajo apoyo parental, el mayor uso de sustancias por parte de los padres, unas actitudes desviadas y un afrontamiento desadaptativo, bajas habilidades de autocontrol y mayor afiliación con los iguales que consumen sustancias, especialmente la marihuana.

2.4. La progresión de las drogas legales a la marihuana y de ésta a otras ilegales: de la hipótesis de la escalada a los factores multicausales

A pesar de que ha corrido mucha tinta sobre el fenómeno o hipótesis de la escalada, la realidad es que disponemos de muy pocos estudios empíricos donde se haya analizado adecuadamente la misma en relación a las drogas ilegales más problemáticas, especialmente la heroína. Uno de estos raros ejemplos son los estudios realizados por Stenbacka, Allebeck, Brandt y Romelsjö (1992) y Stenbacka, Allebeck y Romelsjö (1993) en muestras suecas. En ellas analizaron la relación entre las drogas previas y su relación con el consumo posterior de heroína.

Stenbacka et al. (1993) analizan la relación que existe entre que a una persona le ofrezcan drogas, el consumo de cannabis y la progresión del uso de cannabis al abuso de drogas por vía intravenosa. Este es uno de los pocos estudios representativos de una población completa y con una muestra adecuada, en este caso de varones.

Su estudio fue realizado en Suecia con todos los varones aptos para realizar el servicio militar en los años 1969-70, de ahí que sea de gran relevancia el mismo por el gran tamaño de la muestra y por su representatividad. Así, de la cohorte total de 50.465 varones fueron incluidos en el estudio 23.482. Evaluaron tanto variables demográficas como familiares, de ajuste escolar, relaciones con los amigos, uso de alcohol, tabaco, narcóticos y solventes esnifados; igualmente, si utilizaba drogas de modo intravenoso. La entrevista en todos los casos fue realizada por un psicólogo. También les evaluaron variables psicológicas de control emocional, madurez social y funciones psíquicas.

Del total de la muestra, al 42% les ofrecieron drogas ilegales y el 10.7% las probó. La primera de estas drogas ilícitas probadas fue el cannabis, en el 84% de los casos. De éstos, el 8% usó también drogas intravenosas. El consumo de alcohol, concretamente emborracharse, no se asociaba al consumo pero sí el mal

control emocional en consumidores de cannabis o drogas por vía intravenosa (tabla 14). De los que utilizaron drogas ilegales encontraron una alta proporción de desajuste social, bajo control emocional, abandono del hogar, uso de solventes volátiles, y problemas con la policía o con las autoridades juveniles respecto a los que no se las habían ofrecido. En el análisis univariado la variable más relevante es el haberse ido de casa, siendo el factor de riesgo más importante, incrementando por un factor de 20 el abuso de sustancias por vía intravenosa, evaluada mediante odds ratio, respecto a no consumirlas por esa vía, así como el haber tenido problemas con la policía o con las autoridades juveniles. Otras *odds ratio* con valores significativos, como mostramos en la tabla 15, fueron para el cannabis, por orden de importancia, el abuso de solventes, el haber abandonado el hogar, el fumar más de 5 cigarrillos diarios, problemas con la policía o con las autoridades judiciales, hábito de consumo de alcohol de su padre, emborracharse, bajo control emocional y economía familiar muy mala. Estas variables aparecen igualmente para el abuso de sustancias por vía intravenosa, con la excepción de que aquí la *odds ratio* es mucho mayor para dos variables: abandonar el hogar y tener contacto con la policía y la autoridad juvenil que es de 20.3. Las otras variables significativas, en la misma línea, tienen una *odds ratio* mucho mayor que la que vimos para el consumo de cannabis.

Por tanto, claramente el uso de otras sustancias, como alcohol, tabaco y solventes incrementa el uso de marihuana y drogas inyectadas. Además, los factores de riesgo son semejantes para una y otra sustancia. De modo más importante, este estudio encuentra que el cannabis tiene una clara relación con el abuso de drogas por vía intravenosa, y por tanto en la progresión de una a otras. Como mostramos en la tabla 16, aquellos que han utilizado cannabis más de 5 veces para la comparación con los que lo hicieron 1-4 veces (*odds ratio* = 1), tienen una *odds ratio* de 19.5 para el análisis univariado y de 15.9 para el multivariado.

Este estudio encuentra que la clase social baja está asociada a un menor riesgo de ofrecerles drogas, probar cannabis y progresar al uso de drogas por vía intravenosa. Son otros factores, como los hábitos de alcohol del padre o los padres divorciados, los que se asocian con un riesgo moderado para el cannabis y abuso de drogas por vía intravenosa. Nótese que algo semejante a este estudio de Suecia se ha encontrado en Estados Unidos donde la experimentación con las drogas, especialmente con la cocaína y el crack ocurre fundamentalmente en la clase media y alta (ej., Siegel, 1984).

Un resultado relevante es la relación entre drogas legales e ilegales. Aunque es cierto que sólo un pequeño número de personas pasa de las drogas legales a las ilegales (marihuana, cocaína, heroína), también lo es que hay una relación significativa entre el consumo de drogas legales y el incremento significativo de la probabilidad del consumo posterior de las ilegales. También acertadamente comentan estos autores que aunque estas variables son significativas, hay otras que lo son mucho más, y por tanto, de mayor relevancia: problemas con la policía o autoridades relacionadas con conductas desviadas juveniles y abandono del hogar. Probablemente la variable de desviación social es la que subyace a estos resultados. Aun así, no debemos olvidar que aquellos que han consumido marihuana 5 o más veces se les incrementa el

riesgo de modo acusado de llegar a abusar de las drogas ilegales. También el bajo control emocional se relaciona de modo predictivo con el ofrecimiento de drogas, abuso de cannabis y posterior abuso de drogas por vía inyectada. Esto va en la línea de los estudios de Kandel (1982), donde también encontró que los factores psicológicos predicen la iniciación en el abuso de drogas.

Tabla 14. Relación entre emborracharse y control emocional respecto al consumo de cannabis y abuso de drogas por vía intravenosa

Variable	Consumo de cannabis (N = 1944)	Abuso de drogas por vía intravenosa (N = 149)
Emborracharse		
Nunca	83.7%	60.4%
Una vez	11.0%	14.8%
Dos o más veces	4.1%	22.8%
Control emocional		
Muy bueno/mas bien bueno	18.7%	2.7%
Bueno/Malo	36.1%	12.8%
Muy malo/mas bien malo	44.0%	83.0%

Adaptado de Stenbacka et al. (1993)

Tabla 15. Odds ratio significativas para las variables de consumo de cannabis y uso de drogas por vía parenteral

Variable	Consumo de cannabis (n = 1944)	Abuso de drogas por vía intravenosa (N = 149)
Hábito de consumo de alcohol del padre (a menudo)	2.4	4.8
Economía familiar (muy mala)	1.7	1.6
Ha abandonado el hogar	4.4	20.3
Ausencia de casa, varias veces en un mes	3.0	9.5
Emborracharse		
Fumar cigarrillos (+ 5)	4.3	9.1
Abuso de solventes	5.6	14.4

Tabla 15 (continuación)

Control emocional, bajo/muy bajo	2.0	12.5
Problemas con la policía o autoridad juvenil	3.0	20.3

Adaptado de Stenbacka et al. (1993)

Tabla 16. Asociación mediante odds ratio, entre el número de veces que ha consumido cannabis (n = 1944) y los que abusan de drogas por vía intravenosa (n = 149), en el análisis univariado y multivariado.

Variables	Análisis univariado	Análisis multivariado
Consumo de cannabis		
1-4 veces	1.0	1.0
5 o más veces	19.5	15.9

Adaptado de Stenbacka et al. (1993)

Stenbacka et al. (1992) utilizaron una cohorte sueca de 8.168 varones de 18-20 años que fueron evaluados física y psicológicamente para ingresar en el servicio militar en el año 1969-70. En esa evaluación obtuvieron datos demográficos de ellos, ajuste escolar, relaciones con los padres y amigos, así como el uso de tabaco, alcohol, narcóticos, sustancias esnifadas y solventes. Además, un psicólogo se encargó de hacerles a cada uno de ellos una entrevista estructurada para obtener información sobre control emocional, madurez social y función psíquica. Al tiempo, todas las personas detenidas en Suecia desde 1965 fueron evaluadas respecto a su consumo de drogas en relación con la vía intravenosa. Una enfermera entrenada evaluaba en los detenidos las marcas de pinchazos, cicatrices y pigmentación de la piel. En este estudio revisaron los datos de la policía de los 8.168 varones evaluados en 1969-70 desde ese momento hasta 1986. En ese tiempo detectaron que 143 de ellos, un 2% del total, tenían marcas relacionadas con el consumo previo o actual de drogas inyectadas en los registros policiales. La comparación a nivel longitudinal de las variables evaluadas en 1969-70 respecto al estado de inyectarse drogas desde ese momento al final del seguimiento en este estudio, en 1986, mostró como variables predictivas más significativas en el análisis univariado, respecto a los que no se habían inyectado, el haber tenido contacto con la policía o con autoridades de custodia juvenil, alto consumo de alcohol, trastornos psiquiátricos en el momento de la evaluación en 1969-70 y ser de clase social baja. Otras variables que incrementaban el riesgo eran el bajo control emocional y tener muchos amigos. El previo abuso de cannabis se asoció con un mayor riesgo (*odds ratio* = 3.6) y el abuso de otras drogas con un elevado riesgo (*odds ratio* = 18.3). Dentro del diagnóstico psiquiátrico los que se inyectaban drogas se caracterizaban, respecto a los que no, por un mayor número de trastornos neuróticos y trastornos de personalidad.

Otro estudio destacable es el de Tomas, Vlahov y Anthony (1990), donde analizaron la conducta previa de 222 personas que utilizaban drogas por vía intravenosa en comparación con una muestra control, donde les realizaron una entrevista clínica estructurada para evaluar la mala conducta previa y manifestaciones infantiles del trastorno de personalidad antisocial. Encontraron una *odds ratio* de 1.75 para la mala conducta previa en el grupo de consumidores de heroína respecto al resto de la población normal equivalente, subiendo el valor de la *odds ratio* a 26.82 cuando consideraban el rango superior de la puntuación en mala conducta previa en relación al consumo de heroína por vía intravenosa. También encontraron que el consumo es más normal en minorías raciales y étnicas, en los que tenían 30-34 años y estaban divorciados, separados o solteros. Por ello, estos autores sugieren que se analicen tanto las variables de consumo de heroína como las de mala conducta previa.

2.5. Conclusión

La hipótesis de la escalada fue ampliamente utilizada a partir de los años 50, asumiéndose que el consumo de alcohol y tabaco conducía al consumo de marihuana, y desde ésta al consumo de heroína y cocaína. Sin embargo, este planteamiento, como han mantenido varios autores (ej., Kandel y Faust, 1985; Werch y Anzalone, 1995), actualmente se considera que es arbitraria e inadecuadamente documentada. En la revisión de Werch y Anzalone (1995), donde encontraron 11 estudios que analizan la progresión del uso de drogas, de los cuales 6 son estudios longitudinales, se halla relación pero no una causalidad de las primeras a las siguientes sustancias. El que no se hayan hecho apenas estudios sobre esta cuestión ha facilitado el que la confusión haya reinado en ocasiones sobre este tema y siga incluso ahora reinando. Concretamente sobre el cannabis, son bien representativas las palabras de Hammer y Vaglum (1991), quienes después de hacer un amplio estudio que hemos comentado previamente sobre el inicio, mantenimiento y abandono del cannabis, sugieren que la investigación debe dirigirse a analizar los factores de personalidad y los procesos sociales que llevan a la gente joven que está en un medio de alto riesgo a ser capaz de resistir el uso de sustancias como el cannabis u otras. Esto viene a decir que tenemos un conjunto importante y al mismo tiempo "clave" de variables que se asocian al consumo de cannabis, en este caso. Algunas de ellas son las que proponen estos autores, junto a otras adicionales que habría que incluir. Así, "los factores principales que discriminan entre los adultos jóvenes que han consumido cannabis respecto a los que nunca lo han hecho son residir en zona urbana, sexo (varón), padres divorciados, problemas con la educación, desempleo, integración social y problemas de salud. Encontramos, sin embargo, que entre aquellos que sólo han experimentado con el cannabis los problemas psicológicos no diferencian entre los que lo usan y los que no" (Hammer y Vaglum, 1990-1991, p. 905-906). De modo semejante, Kandel (1986) encontró que la variable empleo era clave para el consumo de canna-

bis. Aquellos que estaban desempleados durante un largo período de tiempo y que no tenían la oportunidad de encontrar trabajo o de poder trabajar por su cuenta, tenían una mayor probabilidad de continuar consumiendo cannabis.

Pero ello no debe hacernos olvidar que sí que existe una relación significativa entre el consumo de sustancias legales, alcohol y tabaco, en consumidores de cannabis respecto a los que no consumen. Y, como concluyen Stenbacka et al. (1993) en el estudio que hemos más atrás comentado "nuestros hallazgos también proporcionan evidencia del papel del cannabis como una escalada para el abuso de drogas más duras" (p. 38). Por ello, sabemos que si prevenimos el consumo de tabaco y alcohol incrementamos la probabilidad de un menor consumo de cannabis y, al tiempo, la prevención del consumo de cannabis previene el consumo de heroína. Sin embargo, son también otras variables las que hay que tener en cuenta aparte de lo que es el propio consumo o la "sustancia" en sí. Por ello, y como un ejemplo reciente, Stevens, Freeman, Mott y Youesls (1996) partieron para la elaboración de un programa preventivo de la marihuana de que era necesario tanto una intervención comunitaria como una intervención curricular en la escuela, dado que las creencias y conductas en la comunidad pueden afectar al consumo de marihuana. En su estudio encontraron que la iniciación al consumo de marihuana se relacionaba con tener más edad, ser varón, baja satisfacción escolar, bajo rendimiento académico, sentirse no querido en su familia, no ser popular y ser parte del grupo de iguales que consumen drogas. Los resultados de su programa preventivo no consiguieron detener el comienzo del consumo de marihuana aunque sí fue efectivo en reducir la intensificación de su uso.

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

3. Los programas preventivos

3.1. Los primeros modelos preventivos: basados en el modelo racional o informativo

Los primeros intentos preventivos se basaban en la creencia de que lo que ocurría era que el adolescente no tenía suficiente información sobre los efectos negativos del uso de sustancias y, por tanto, proporcionarle dicha información solucionaría el problema. Se insistía en los aspectos negativos del consumo, asumiendo que con dicha información ellos tomarían una decisión racional de no consumo. De ahí que a este modelo se le haya denominado modelo racional o modelo informativo. También en ocasiones se le denomina modelo tradicional, por ser el que se ha utilizado desde los inicios de la prevención y el que más se ha mantenido en el tiempo (Becoña et al., 1994).

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

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

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

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

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

3.2. El modelo de influencias sociales o psicosociales

Un modelo claramente distinto al anterior es el conocido como modelo de influencias sociales o psicosociales. Parten de distintos estudios, tanto de la psicología social (Evans, 1976), como del aprendizaje social (Bandura, 1986) y de los estudios sobre los antecedentes del consumo de drogas (Jessor y Jessor, 1977). Estos modelos consideran la existencia de tres factores de riesgo que son imprescindibles considerar para el desarrollo de programas preventivos efectivos (Perry y Kelder, 1992): los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual.

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

Para este factor de riesgo la prevención se orienta a proporcionar nuevos modelos, más adecuados con el no consumo de drogas, o a conseguir modos de reducir el acceso a esas sustancias. Nótese que la mayo-

ría de las personas experimentan con las sustancias en el ambiente social, no a solas. De ahí la gran relevancia de tener el ambiente social en cuenta, conocerlo y saber cómo facilitar el no consumo o un consumo no peligroso.

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

Perry y Kelder (1992) indican siete componentes que caracterizan a esta orientación en los programas llevados a cabo en la escuela para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y marihuana. El primero es la identificación por parte del estudiante de las consecuencias sociales del uso de sustancias a corto plazo (ej., oler mal para el tabaco, tener un accidente de tráfico para el alcohol). En pequeños grupos de discusión se analizan las consecuencias que ellos consideran relevantes. El segundo es analizar las razones por las que los adolescentes consumen sustancias, como divertirse, hacer amigos, madurez, afrontar los problemas personales, etc. En el tercero se hacen ejercicios para que descubran, a diferencia de lo que piensan, de que el consumo de drogas no es una conducta normativa en su grupo equivalente de edad. Se contraponen lo que piensan a los datos que obtienen sobre consumos y se discute la sobreestimación.

En el cuarto aprenden la importancia que tiene en nuestra cultura los modelos que se relacionan con el consumo a través de los medios de comunicación y de los modelos adultos como iguales. Aquí es fácil presentarles los distintos procedimientos, junto con varios anuncios, de cómo hacen los anunciantes de alcohol y tabaco para que la gente siga consumiendo o cómo conseguir nuevos consumidores. En el quinto aprenden y practican distintas habilidades para que puedan resistir las anteriores influencias ya analizadas. Con ello se espera que sean competentes en afrontar esas situaciones en las diversas situaciones sociales. En el sexto aprenden que el uso de drogas no sólo les afecta a ellos y a las personas más cercanas (amigos, padres, conocidos), sino que afecta a toda la comunidad. Por ello se analizan varios modos para conseguir que sean socialmente responsables en ese ambiente y no consuman drogas. Finalmente, el séptimo, consiste en un compromiso público de no consumo. Con ello se espera que la persona asuma, después de todo el aprendizaje anterior, lo aprendido y lo especifique conductualmente con un compromiso público.

Como tendremos ocasión de ir comentando en varias ocasiones, este tipo de programas tienen varios de los componentes que se utilizan más ampliamente dentro de los programas preventivos eficaces. Suelen hacerse en clase, en pequeños grupos, con una sesión semanal, con duraciones que oscilan entre 6 y 20 sesiones, junto a varias de recuerdo a lo largo de uno o dos años, después de la aplicación del programa, para mantener los efectos del mismo. También se le da gran importancia a que se tengan líderes surgidos dentro del propio grupo como las personas claves en llevar a cabo el programa y que sea el propio maestro quien se encargue de supervisar el programa en el aula, pero dando un papel preponderante a los líderes de cada grupo.

3.3. El modelo de habilidades generales

El modelo más reciente que se ha planteado es el modelo de habilidades generales. Este modelo parte de que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención de drogodependencias. De ahí que se denomine modelo de habilidades generales, porque va más allá del entrenamiento específico en el rechazo al consumo de drogas. Este tipo de modelos representan también un cambio respecto a modelos y programas previos, en el sentido que se orientan a todas las drogas, a diferencias de programas específicos para sólo tabaco, alcohol o la combinación de ambos o la inclusión también de marihuana (ej., Hansen, 1992). Dentro de este modelo se tratan todas las drogas. Aún así, realmente, por lo que ya hemos comentado hasta aquí, en la práctica éstos programas están dirigidos específicamente a prevenir el comienzo del uso de drogas y lógicamente se enfocan en las llamadas drogas de inicio; es decir, el tabaco, el alcohol y la marihuana. Se basan

en la idea de una multicausalidad en el proceso de comenzar a usar cualquier sustancia por parte de los adolescentes y por lo tanto cubren diversas áreas que pueden ser deficitarias en ellos y facilitarles el que sean capaces de hacer frente a la tentación de usar cualquier sustancia como forma de compensación de dichas deficiencias. Dos de estos programas más representativos son el de Botvin y el de Johnson y colaboradores.

El programa, denominado *Entrenamiento en habilidades para la vida* ("Life Skills Training", LST) ha sido elaborado por Botvin y sus colaboradores en los últimos años (ej., Botvin et al., 1980, 1982, 1989, 1990, 1992, 1995, 1997). Consiste en un currículo de 12 unidades que se enseña a lo largo de 15 sesiones. Cada unidad tiene su objetivo principal, objetivos de los estudiantes, contenido y actividades de clase. El programa puede ser integrado en cualquier área del currículo escolar, pero la Educación para la Salud y la Educación sobre Drogas son la más apropiadas según sus autores.

El objetivo principal del LST es facilitar el desarrollo personal y de habilidades sociales, haciendo énfasis en el desarrollo de habilidades para manejar las influencias sociales para fumar, beber o usar drogas. Enseña a los escolares habilidades cognitivo-conductuales para aumentar la autoestima, resistir la presión de los anuncios publicitarios, manejar situaciones generadoras de ansiedad, para comunicarse de forma efectiva, para mantener relaciones personales y tener una asertividad adecuada. Estas habilidades se enseñan utilizando técnicas como la demostración, el ensayo conductual, el feedback con refuerzo y tareas para practicar fuera del contexto de las clases.

Además de todo lo anterior, el programa imparte conocimientos sobre el tabaco, la bebida y el uso de drogas y enseña habilidades para problemas específicos como, por ejemplo, a aplicar las habilidades asertivas generales a situaciones concretas en las que pueden estar sometidos a presiones interpersonales para fumar.

A diferencia de los programas tradicionales de prevención de drogas, sólo se ofrece una información mínima sobre las consecuencias a largo plazo para la salud del uso de sustancias. En su lugar se ofrece información que se considera más importante para los adolescentes como son las consecuencias negativas inmediatas del uso, la disminución de la aceptabilidad social de aquellos que usan sustancias y la prevalencia actual de uso entre los adultos y los adolescentes. Concretamente, se dedicaban cuatro clases a información, dos al entrenamiento en toma de decisiones, dos al manejo de la ansiedad, habilidades sociales y asertividad y una a tratar las influencias de los anuncios, a técnicas de autocontrol y habilidades de comunicación.

Después de la aplicación en el primer año de las 15 lecciones del programa, se imparten 10 sesiones de recuerdo en el segundo año y 5 en el tercero, diseñadas para revisar y reforzar lo aprendido durante el primer año de intervención y para enseñar habilidades personales y sociales para enfrentarse a los problemas de la adolescencia.

En el estudio de Botvin et al. (1990, 1992) participaron 4.466 estudiantes de 7º grado de 56 escuelas de tres áreas geográficas del estado de Nueva York. El diseño experimental se realizó dividiendo las escue-

las en tres grupos (bajo, medio y alto), en base a una encuesta que se había realizado previamente para determinar los niveles de prevalencia de fumar. Después las escuelas fueron asignadas de forma aleatoria dentro de cada área geográfica a las siguientes condiciones: a) programa de prevención aplicado por profesores a los que se había entrenado en un taller de un día de duración y a los que se proporcionaba feedback por parte del personal del proyecto (18 escuelas); b) programa de prevención aplicado por profesores a los que se había entrenado mediante videocintas y a los que no se proporcionaba feedback (16 escuelas) y c) grupo de control (22 escuelas). En las dos condiciones de intervención se aplicó el mismo programa con las mismas sesiones a lo largo de los tres años y con el apoyo de un manual del profesor para cada año, una guía del estudiante para el primer año y una cinta de relajación grabada para los tres años.

Se encontró que el programa era efectivo en reducir el uso de tabaco, el uso incontrolado del alcohol y el uso de marihuana. Los mayores efectos se encontraron en el hábito tabáquico, lo que no es sorprendente ya que en sus orígenes el programa fue diseñado para reducir el uso de los cigarrillos entre los adolescentes. Según los autores, los resultados del estudio indican que este tipo de intervención es efectiva cuando se implementa en condiciones reales en las que los profesores son los que aplican el programa, los colegios tienen sus propios criterios de selección del profesorado y de los currículos preventivos que se aplican en esa escuela, aunque la escasez de tiempo a la que están sometidos los alumnos y los profesores hacen que la aplicación del programa no sea la ideal.

El otro programa que vamos a comentar dentro del modelo de habilidades generales es el de Johnson et al. (1990), conocido como el *Proyecto de Prevención de Midwestern* ("Midwestern Prevention Project"). Es un estudio comunitario que se extendió a lo largo de seis años llevado a cabo en Kansas City y en Indianápolis. Incluye elementos de los medios de comunicación, escuelas, padres y organizaciones comunitarias.

Los sujetos del estudio respondían a uno de tres cuestionarios asignados aleatoriamente que evaluaban el uso de drogas, datos demográficos y variables psicosociales que se pensaba estaban relacionadas con el uso de drogas. Antes de responder a los cuestionarios, se obtenía la medida de monóxido de carbono en el aire espirado de cada sujeto para aumentar la fiabilidad de las respuestas.

Los componentes del programa eran los siguientes: a) un programa aplicado en las escuelas de 10 sesiones, que enfatizaba el entrenamiento de habilidades de resistencia al uso de drogas con tareas en casa y que incluían entrevistas y ensayo de conducta con los padres y otros miembros de la familia; b) un programa dirigido a las organizaciones de padres que revisaba las políticas de prevención de las escuelas y entrenaba a los padres en habilidades de comunicación positiva con sus hijos; c) entrenamiento a los líderes comunitarios en la organización de asociaciones de prevención del abuso de drogas; y, d) cobertura del programa en los medios de comunicación. Las escuelas de la condición de intervención recibieron los cuatro componentes del programa mientras las escuelas de control solo recibieron los componentes c y d. Las diez sesiones del programa cubrían contenidos teóricos que han sido sugeridos como efectivos en pro-

gramas preventivos previos tales como corrección de las expectativas normativas de la prevalencia del uso de drogas (el número de jóvenes de su edad que consumen alcohol, tabaco y marihuana), reconocimiento y resistencia a las influencias de los adultos, compañeros y publicidad para el consumo de esas sustancias, asertividad, solución de problemas en situaciones difíciles y exposición pública de un compromiso para evitar el usar drogas.

En el estudio de Johnson et al. (1990) participaron 5.008 alumnos de 6° y 7° grado de 50 escuelas de las que 42 se mantuvieron en el estudio. Las escuelas no fueron asignadas aleatoriamente en su totalidad ya que el programa se inició después de haber comenzado el curso lectivo. De las 42 escuelas, 8 fueron asignadas aleatoriamente a las condiciones de intervención o de control, 14 fueron asignadas a la condición de control por no poder modificar su programación del curso y 20, que sí podían hacerlo, fueron asignadas a la condición de intervención. Sin embargo no se encontraron diferencias significativas en el pre-test entre las escuelas asignadas aleatoriamente y las que no a las condiciones de control y de intervención en el uso de drogas o en las variables demográficas. Tampoco aparecieron diferencias significativas entre las escuelas de control y las de intervención en la línea base en el uso de alcohol, tabaco y marihuana ni en las características sociodemográficas (raza, estatus socioeconómico y puntuaciones en tests estandarizados).

El programa fue aplicado por los profesores habituales de las clases que realizaron un entrenamiento de dos días. Se utilizaron técnicas de modelado y ensayo conductual, feedback del grupo y uso de profesores y compañeros como líderes. En las tareas para casa los estudiantes entrevistaban a miembros de su familia sobre las reglas del uso de drogas en la familia, las técnicas para evitar el consumo y los métodos para resistir las presiones de la publicidad, los compañeros y la familia hacia el consumo. Las escuelas de la condición de intervención tuvieron menos estudiantes que intentasen el uso de drogas, que creyesen en las consecuencias positivas de dicho uso, que observasen que sus compañeros eran tolerantes respecto al mismo y que pensasen que era difícil discutir con sus amigos los problemas de las drogas y de la escuela. Los efectos del programa en reducir el uso de sustancias fueron significativos para el tabaco, el alcohol y la marihuana al igual que en las intenciones de uso de dichas sustancias. En las escuelas en las que se aplicó el programa los aumentos fueron del 1%, 6% y 0% para el uso de cigarrillos, alcohol y marihuana en los dos meses siguientes mientras que en los colegios de control fueron de 7%, 10% y 4%, respectivamente.

4. Programas preventivos y bases teóricas

Hoy hay una asunción en el campo de las drogodependencias de que es necesario elaborar los programas preventivos basados en una adecuada base teórica. Y, que ésta se base en un buen apoyo empírico. El

problema, sin embargo, está en unir una buena teoría que tenga un buen apoyo empírico con el posterior desarrollo de un programa preventivo basado en la misma. Aunque esta labor parecería fácil, la realidad ha indicado que no siempre lo es, lo que al tiempo muestra que aunque se ha avanzado mucho en los últimos años en el campo de la prevención en drogodependencias, todavía queda mucho por recorrer para llegar al nivel de efectividad que a todos nos gustaría poder obtener.

A este nivel es representativo Gorman (1996) que sintetiza de modo ágil y claro los programas preventivos predominantes desde los años 60 hasta el momento actual en función de los modelos teóricos subyacentes, como exponemos en la tabla 17. Allí puede verse que en los años 1960-70 los programas preventivos predominantes se basaban en proporcionar conocimiento y en dar información sobre el uso de drogas y sus efectos; en los años 1970-80 el predominio es de los programas afectivos y los inespecíficos, como por ejemplo el de desarrollo personal; y, en 1980-90 los programas basados en el modelo de influencia social, y dentro de éstos tanto el entrenamiento en habilidades de resistencia como el entrenamiento en habilidades sociales.

Tabla 17. Tipos de programas preventivos desde 1960 hasta la actualidad

Años	Programas preventivos predominantes
1960-70	Basados en el conocimiento Proporcionar información sobre el uso de drogas y sus efectos
1970-80	Programas afectivos Programas inespecíficos (ej., de desarrollo personal)
1980-90	Programas basados en el modelo de influencia social: a) Entrenamiento en habilidades de resistencia b) Entrenamiento en habilidades sociales

Adaptado de Gorman (1996)

Los actuales programas de prevención de drogas parten de la idea de que hay una serie de variables clave que son de importancia fundamental en la etiología del consumo de drogas. La que hoy se considera más importante y a la que se le presta más atención en los programas preventivos es la presión de los iguales (Gorman, 1996). Sin embargo, los últimos datos, como indican los estudios empíricos o de revisión de Kandel (1996), Krohn et al. (1996) y Labouvie (1996), entre otros, indican que los efectos de los iguales sobre el uso de drogas ha sido sobreestimado o se le ha dado una mayor relevancia de la que realmente tienen en la investigación etiológica realizada hasta ahora. Nótese que el modelo de influencia social da

una gran importancia al papel de los iguales como una causa primaria del uso de drogas. Si que se ha encontrado subgrupos específicos de alto riesgo (Gorman, 1996) o que los factores de riesgo no están distribuidos por igual entre los grupos de iguales, pero esto lleva a un cambio sobre la perspectiva y el peso que se le daba hasta ahora a los iguales.

Lo cierto es que en los últimos años la teoría ha cobrado un gran papel para el diseño de intervenciones adecuadas para prevenir el consumo de drogas (Catalano et al., 1996; Gorman, 1996). Descubrir varios de los factores de riesgo para el consumo de drogas ha sido de gran relevancia, especialmente el hecho de que unos jóvenes tienen mayor riesgo que otros de llegar a ser consumidores de drogas. Y, correlativamente, los factores de protección para el consumo de drogas.

También se le está dando un peso creciente a los programas basados en la familia (ej., Waldrom, 1997), dado que la misma representan una potencial y poderosa forma de intervención. Aún así, si que es cierto que hay grupos que tienen más riesgo que otros, de ahí la relevancia de identificar los grupos de riesgo y poder intervenir en los mismos.

De lo que no tenemos ninguna duda es que en los próximos años se va a dar un gran empuje a la evaluación de los modelos teóricos existentes, a una mayor unión entre programas preventivos y bases teóricas para sustentar sus componentes, y a una evaluación de la eficacia de los mismos y explicación de ella basada en el modelo teórico subyacente. Igualmente, creemos que se irá poco a poco a una mayor integración de los modelos teóricos, a una complejización de los mismos y a un abandono de aquellos que no tienen suficiente poder explicativo o no tienen base empírica.

5. Papel de la teoría como guía en la prevención de drogodependencias

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

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

ca, pudiendo ser derivada de las hipótesis, explicar leyes o construir modelos.

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

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

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

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

Sin embargo, una crítica común a muchos programas preventivos es carecer de una base teórica (ej., Moskowitz, 1989) o de ser ateóricos (ej., Werch, Meers y Hallan, 1992). Un estudio reciente de Werch, Lepper, Pappas y Castellon-Vogel (1994) analiza específica y empíricamente esta cuestión. Analizaron 400 programas preventivos estadounidenses utilizados en los años 1987-90. Los clasificaron en 6 tipos generales: 1) información/difusión; 2) educación afectiva; 3) programas basados en alternativas; 4) entrenamiento en habilidades de resistencia; 5) entrenamiento en habilidades personales y sociales; y, 6) aproximaciones ambientales.

Para evaluar la adscripción a cada tipo de programa preventivo les enviaron a los responsables de los mis-

mos un cuestionario que permitía clasificar cada programa preventivo en una de las 6 categorías anteriores. Los resultados mostraron que el 99% utilizan en sus programas el modelo de información/difusión; le sigue a continuación, con un 74%, la aproximación ambiental; con un 61% el modelo de alternativas; el 49% el entrenamiento en habilidades de resistencia; el 42% el entrenamiento en habilidades sociales y personales y con un 24% la educación afectiva. Analizando lo anterior por programas, encuentran que los programas utilizan de promedio 3.5 de los anteriores 6 tipos generales.

Cuando analizan la combinación de los 6 tipos generales anteriores en cada programa concreto, encuentran que el 11.8% está en la combinación de información/difusión más alternativas más aproximación ambiental; con un 9.7% la combinación de los tres anteriores más entrenamiento en habilidades de resistencia; con un 9.1% información/difusión más entrenamiento en habilidades de resistencia más la aproximación ambiental; un 8.5% combinando todas las aproximaciones; y, con menores porcentajes al anterior, todas las múltiples combinaciones posibles.

Lo anterior muestra el predominio de algunos modelos, como el de información/difusión junto a otros que han demostrado ser eficaces como el de entrenamiento en habilidades de resistencia y entrenamiento en habilidades sociales y personales, pero que son poco utilizados. En esta línea, es claramente necesario un cambio. Lo que sí parece positivo es que se haya pasado de programas simples a programas más complejos, lo que sugiere ir hacia una posición teórica más ecléctica en los programas preventivos (Werch et al., 1994) o lo que nosotros denominaríamos una posición más pragmática.

En España se están dando cambios en este sentido, como lo indica el estudio del GID (1997) más atrás comentado junto al consenso institucional que existe cada vez más en el campo de la prevención (Martín, 1997) y la existencia de criterios técnicos consensuados para los programas preventivos (Plan Nacional sobre Drogas, 1996).

Sin embargo, en el campo de las drogodependencias, cuando nos detenemos a analizar las teorías que subyacen a la prevención de las mismas, nos vamos a encontrar con dos hechos. El primero, que disponemos de gran número de teorías, algunas contrapuestas y otras complementarias para explicar el fenómeno, pero que no siempre a partir de ellas se han elaborado adecuados programas de prevención. La segunda, que disponemos de buenos programas preventivos que no se han detenido en una adecuada o minuciosa elaboración de las bases teóricas de los mismos, dado su buen funcionamiento y tener menos interés en la base teórica que en los resultados. Aunque el segundo punto es adecuado a nivel operativo y pragmático, tampoco se debe descuidar el primero. Probablemente el punto medio está en tener buenos programas preventivos que se puedan explicar desde modelos teóricos adecuados. Uno y otro aspecto los iremos revisando a lo largo de los siguientes capítulos para, en otro posterior, plantear un modo operativo de integrar ambos elementos que ahora pueden aparecer contrapuestos o separados uno del otro.

Los autores que han intentado sistematizar con más éxito el amplio conjunto de información disponible,

tanto a nivel teórico, como empírico y aplicado, han sido Flay y Petraitis (1995). En uno de sus trabajos, después de una amplia revisión sobre modelos teóricos y variables relevantes consideran que hay cinco elementos básicos a considerar y sobre los que hay considerable acuerdo, aunque no completo. Estos son el medio social, la vinculación social, el aprendizaje social, la parte intrapsíquica de la persona y el cambio del conocimiento, actitud y comportamiento. En la figura 1 se muestran los elementos de cada uno de estos componentes. Como allí se puede ver el elemento final a conocer y evaluar, si es el caso, es el comportamiento, en este caso el consumo de drogas. Este está en el apartado de cambio de conocimiento, actitud y comportamiento. Esto es, el conocimiento se relaciona con los valores y las creencias, causa las actitudes, éstas las intenciones y con ello se pasa a intentos de comportamiento, que en función de las etapas del comportamiento por el que pasa esa persona, realizará o no esa conducta. Este cambio en el conocimiento, actitud y comportamiento depende tanto del aprendizaje social como de la parte intrapsíquica de la persona. Dentro del aprendizaje social se consideran los componentes de observación, oportunidad, normas sociales y refuerzo, elementos característicos de esta teoría. Y, dentro de la parte intrapsíquica las habilidades, la eficacia, la autoestima, el desasosiego y el estrés. A su vez estos dos últimos elementos generales, el aprendizaje social y la parte intrapsíquica vienen determinados por las vinculaciones sociales que a su vez son función del medio social. Dentro de las vinculaciones sociales están la familia, la escuela y los compañeros; dentro del medio social la desorganización social, la socialización inadecuada y la disfunción del rol.

Por lo visto en esta síntesis, claramente la relación entre la teoría y la práctica no es nada simple sino más bien compleja. Esto es lo que vamos a encontrar en las distintas teorías. Y lo vamos a encontrar porque tratamos de un tema complejo, que no admite una respuesta simple. También porque es un tema cambiante, que depende de cohortes, fenómenos sociales, disponibilidad económica, etc. Y, finalmente, porque hasta no hace mucho tiempo tampoco disponíamos de suficiente información como para tener un conocimiento amplio de esta cuestión. Los estudios longitudinales han facilitado de una manera importante tener un mayor conocimiento sobre la etiología y las causas del consumo de drogas. Pero aun así, no lo conocemos todo, nos faltan variables importantes para conocer el fenómeno con una buena exactitud y las lagunas en ocasiones son grandes. De ahí que nos vayamos a encontrar con un gran número de teorías, complementarias, opuestas o distintas. La buena sistematización de las mismas, su operativización y una buena evaluación ya han permitido evaluar muchas de ellas, y en el futuro éste será un campo importante para asentar aquella que es útil y abandonar lo que no resulta predictivo.

También son Flay y Petraitis (1995) los que mejor han sistematizado las funciones que el marco teórico cumple en el campo de la prevención de las drogodependencias, especialmente para el desarrollo y comprobación de los programas de prevención de drogas. Para ellos estas funciones se agruparían en tres tipos generales: funciones en el desarrollo de programas, funciones en la evaluación de programas y otras funciones científicas. En la tabla 18 mostramos las funciones concretas dentro de estas tres gene-

rales. Como allí se aprecia es claro el valor que tiene la teoría para guiarnos en las distintas fases por las que tenemos que pasar en la aplicación de un programa preventivo o, una vez seleccionado el mismo, comprobar su adecuado funcionamiento y necesidad de que se relacione con el marco teórico del que se parte o desde donde se ha elaborado. Por ello tiene que haber una clara relación entre teoría y evaluación o teoría y práctica, para que la evaluación o los resultados obtenidos con el programa nos permitan afirmar o tener que cambiar los elementos teóricos de los que partimos con un programa preventivo concreto.

Todo esto lleva también a otro concepto que en ocasiones aparece cuando hablamos de las teorías, tanto en el campo de las drogodependencias, como en otros: si nos referimos al nivel micro o al nivel macro. Claramente, un ejemplo como el que nos propone Flay y Petraitis (1995) y otros que veremos luego posteriormente, como es quizás más representativo el ejemplo de Jessor (1991), son niveles macro que lo abarcan todo, pero que hacen difícil la operativización, evaluación y conocer exactamente dónde está el cambio a lo largo del proceso si éste realmente se produce. En cambio hay otras teorías que se circunscriben al nivel micro, como podía ser cada uno de los cinco componentes que Flay y Petraitis (1995) sistematizan de modo general. Aún así, en ocasiones siguen siendo generales y es preciso una modelización más concreta y específica que haga evaluables los distintos componentes que se sostiene constituyen un modelo teórico, que como tal tiene que ser necesariamente evaluable para que sea útil.

También es cierto hoy que el elemento "principal" que nos debe guiar en la evaluación en cualquier programa preventivo es el cambio de conducta. Esto no siempre se tenía en cuenta en el pasado, pero hoy es imprescindible. De poco sirven que cambien los elementos internos de un modelo, o del propio individuo, si no cambia correlativamente la conducta. Esto es, de poco sirve, por ejemplo que tenga unas actitudes desfavorables al consumo de drogas, conocimientos adecuados ante las mismas, y un buen entrenamiento en ciertas habilidades si su consumo de drogas se ha producido y se ha incrementado mientras se aplicaba el programa. Este último aspecto ha sido una revolución en estos últimos años, aunque lo cierto es que todavía no se ha generalizado y de ahí que en ocasiones el único objetivo de la evaluación siga siendo, erróneamente, el que adquieran conocimientos, cambien actitudes, etc., pero sin importar el comportamiento real. Conseguir cambios en conocimientos, actitudes, valores, etc., puede ser importante, pero de poco vale si no tiene un correlato en el comportamiento, que es lo que realmente nos interesa cuando llevamos a cabo la prevención de drogodependencias: que no consuman o que retrasen la edad de inicio al consumo de las mismas.

Como concluyen Flay y Petraitis (1995) al final de su artículo "la teoría es importante, sin ella estaríamos mucho más perdidos a la hora de desarrollar programas efectivos de prevención y, al mismo tiempo, el avance en la teoría nos llevará a programas más efectivos en el futuro" (p. 97). Además, "la ciencia de la prevención no hubiera avanzado sin la teoría; gracias a ella ha avanzado rápidamente en la última década y avanzará más rápido a la hora de clarificar, ensayar y mejorar el conocimiento actualmente existen-

te" (p. 97).

Tabla 18. Funciones que cumple el marco teórico para el desarrollo y comprobación de los programas preventivos de drogas

-
- 1) Funciones en el desarrollo de programas de prevención del consumo de drogas
 - 1.1. Relación entre elementos teóricos y componentes del programa
 - 1.2. Obtener el consenso en relación con la magnitud de los efectos del programa
 - 1.3. Necesidad implícita de desarrollar programas globales
 - 2) Funciones en la evaluación de programas de prevención del consumo de drogas
 - 2.1. Relación entre los componentes del programa y las variables que en él participan
 - 2.2. Información sobre la difusión y puesta en marcha del programa
 - 2.3. Información sobre la validez externa
 - 2.4. Características de la audiencia e interacciones
 - 2.5. Información sobre las características del medio y sus interacciones
 - 2.6. Informar sobre la validez del constructo
 - 2.7. Clarificar las relaciones causa-efecto y las variables que intervienen en estas relaciones
 - 2.8. Indicación de los efectos a corto plazo versus los efectos a largo plazo
 - 2.9. Mostrar los efectos inadecuados
 - 2.10. Informar sobre qué medir
 - 2.11. Ayudar a explicar los efectos de programas no realizados de acuerdo con un modelo
 - 3) Otras funciones científicas
 - 3.1. Discriminar los fallos en la teoría o en el programa
 - 3.2. Contribución al conocimiento de las ciencias sociales
 - 3.3. Mejora de la eficiencia de la investigación a largo plazo
-

Adaptado de Flay y Petraitis (1995)

6. Una visión general de los modelos teóricos en drogodependencias

A pesar de que se dice con frecuencia que no hay nada más práctico que una buena teoría, en el campo de la prevención de las drogodependencias disponemos de un amplio número de teorías, pero sin ser ninguna dominante o con un claro decantamiento hacia alguna de ellas. Como veremos, por suerte, en estos últimos años se ha avanzado considerablemente en la cuestión a diferencia de lo que ocurría hace no

muchos años.

Una característica de la mayoría de las teorías que se han planteado es que se centran en un aspecto o en aspectos parciales para explicar la problemática del consumo y para el desarrollo de programas para evitar o retrasar dicho consumo. Como un ejemplo, en el libro de Lettieri, Sayers y Pearson (1980), incluían ni más ni menos que 43 diferentes teorías. Pocos años después, Simons, Conger y Whitbeck (1988) al plantear un modelo de aprendizaje social de varias etapas afirmaban que "a pesar de que la investigación ha establecido varios correlatos del uso de drogas, ningún modelo teórico se ha desarrollado que especifique el orden causal de estas asociaciones y explique sus relaciones con cada otra" (p. 306).

En la década de los 70 y 80 muchas de las teorías que se han planteado se caracterizaban por su falta de adecuación a la realidad y a la práctica de las intervenciones preventivas. En los últimos años esto ha cambiado en parte. Mientras que las teorías simples, y la falta de integración, caracterizaba a las primeras teorías, actualmente cada vez predominan más teorías complejas y marcos conceptuales complejos y de gran nivel de integración (ej., Jessor, 1992).

Petraitis, Flay y Miller (1995) revisaron en 1995 las distintas teorías existentes para explicar la experimentación con el uso de sustancias y si este uso lleva o porque lleva posteriormente a un consumo regular de la misma. Insisten en que los que llevan a cabo este consumo es una parte siempre menor a los que no lo hacen, a pesar de que ello pueda parecer distinto. Afirman con gran razón de que a pesar de que los científicos sociales han intentado conocer las causas que llevan a la experimentación con sustancias, hoy sigue constituyendo el tema un "puzzle" cuyo reto está en resolverlo. Este puzzle se caracterizaría por estar formado por muchas piezas, siendo además estas piezas muy complejas.

En la misma línea Hawkins, Catalano y Miller (1992) concluían que las piezas del puzzle incluían "leyes y normas favorables a usar drogas; disponibilidad de drogas; deprivación económica extrema; desorganización vecinal; varias características psicológicas; tempranos y persistentes problemas de conducta como conducta agresiva en varones, otros problemas de conducta e hiperactividad en la infancia y en la adolescencia; una historia familiar de alcoholismo y uso parental de drogas ilegales; pobres prácticas de manejo familiar; escasos vínculos familiares; fracaso escolar; carencia de compromiso escolar; temprano rechazo de los iguales; influencias sociales para usar drogas; alienación y rebeldía; actitudes favorables hacia el uso de drogas; y temprana iniciación al uso de drogas" (p. 96).

Más recientemente, la situación ha cambiado pero no estamos aún en la situación ideal. En la reciente revisión de Petraitis et al. (1995) presentan una selección de 14 de las teorías que ellos consideran más importantes y que son comprensivas y multivariadas. También las han seleccionado por tener apoyo empírico. Estas se muestran en la tabla 19. Aunque es claramente un número menor que las 43 de Lettieri et al. (1980) siguen siendo muchas. Por ello se lamentan de que "un cuadro claro de la experimentación con el uso de sustancias no emergerá hasta que las teorías existentes sean comparadas, organizadas y, si es posible, integradas" (p. 68).

Por su relevancia, a continuación, vamos a presentar un breve resumen de las teorías apuntadas por Petraitis et al. (1995), para facilitarnos enmarcar más fácilmente las distintas teorías, sus componentes y su apoyo empírico.

Como ya comentamos, dentro de la literatura del abuso de sustancias los modelos conceptuales son abundantes (Lettieri et al., 1980; Petraitis et al., 1995). Además del modelo de vulnerabilidad o de riesgo, los modelos propuestos para explicar el desarrollo de los trastornos por abuso de sustancias oscilan desde explicaciones biológicas a espirituales y desde lo intrapersonal a lo sociocultural. Dos modelos bastantes deficientes son el modelo educacional, el cual explicaría el abuso como un producto de la ausencia de información precisa, y el modelo de enfermedad, el cual considera el abuso como una enfermedad irreversible y se exige la abstinencia total para manejar la enfermedad. Aunque estas perspectivas pueden que no sean incompatibles con otros modelos, no pueden, sin embargo, explicar mucho de lo que se conoce actualmente sobre el abuso de drogas. Teorías más comprensivas pueden ser organizadas dentro del marco más extenso de los modelos intrapersonal, cognitivo, de aprendizaje, convencionalidad/apoyo social e interaccional (Petraitis et al., 1995). Las perspectivas intrapersonales ponen más énfasis en la etiología del consumo de las sustancias en las características propias de los adolescentes, incluyendo los rasgos de personalidad, los estados afectivos, y/o las estrategias conductuales que tengan en su repertorio conductual. Aunque la hipótesis de la automedicación se ha articulado dentro del marco cognitivo-conductual, al igual que la utilización de las drogas como un mecanismo de afrontamiento, se pueden considerar también un ejemplo de una perspectiva intrapersonal (psicodinámica). La baja autoestima y el autodesprecio son también constructos intrapersonales centrales en las teorías sobre la etiología del consumo de drogas. En este grupo de teorías Petraitis et al. (1995) incluyen el modelo ecológico social de Kumpfer y Turner (1990-91), la teoría de autodesprecio de Kaplan et al. (1982, 1984), el modelo de varias etapas de aprendizaje social de Simons et al. (1988) y la teoría de la interacción familiar de Brooks et al. (1990).

Tabla 19. Las 14 teorías que consideran Petraitis, Flay y Miller (1995) para explicar la experimentación con el uso de sustancias

Teorías cognitivo-afectivas

- Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975)
- Teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1985, 1988)

Teorías de aprendizaje social

- Teoría del aprendizaje social (ej., Akers et al., 1979)
- Teoría de aprendizaje social/cognitiva social (Bandura, 1986)

Teorías del apego social

- Teoría del control social (Elliot et al., 1985, 1989)

- Modelo de desarrollo social (Hawkins y Weis, 1985)

Tabla 19 (continuación)

Teorías en las que las características intrapersonales juegan un papel esencial

- El modelo de ecología social (Kumpfer y Turner, 1990-1991)
- Teoría del auto-desprecio (Kaplan, Martin y Robbins, 1982, 1984)
- Modelo de varias etapas de aprendizaje social (Simons et al., 1988).
- Teoría de la interacción familiar (Brooks et al., 1990)

Teorías que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego, e intrapersonales

- Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977)
- Teoría del cluster de iguales (Oetting y Beauvais, 1986a, 1986b, 1987).
- Modelo de vulnerabilidad de Sher (1991)
- Modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982)

Para el modelo ecológico social de Kumpfer y Turner (1990-91) la causa subyacente del consumo experimental es el estrés en general y, en particular, el estrés relacionado con la escuela. Por ello, este modelo sugiere que una baja autoeficacia académica es una causa principal del estrés relacionado con la escuela. Cuando esto ocurre, el adolescente está en riesgo de implicarse con los iguales desviados y producirse el consumo experimental dado que tiene dudas sobre sus propias habilidades académicas junto al estrés que le produce la escuela, al ser un ambiente no reforzante.

La teoría del autodesprecio de Kaplan et al. (1982, 1984) tiene como elemento central de la misma el concepto de autoestima. Esta teoría afirma que los adolescentes que experimentan baja autoestima y frecuente autodesprecio reciben repetidamente evaluaciones negativas de otros o se sienten deficientes en cualquier atributo deseable socialmente, tanto si es de rendimiento académico como de otro tipo. Para defender su ego se van alienando de los modelos convencionales, se rebelan simbólicamente contra los estándares convencionales con otros iguales con conductas desviadas, dado que piensan que así mejoran su valía. Así pasan a utilizar sustancias cuando son fácilmente accesibles, ya que con ello rompen los valores adultos, social y normativos.

El modelo de aprendizaje social de varias etapas de Simons et al. (1988) es un modelo complejo, con poco apoyo empírico, aunque defendido abiertamente por Petraitis et al. (1995). Integra los procesos de aprendizaje social y algunas características intrapersonales. En el primer estadio se centran en las causas de la implicación inicial de los adolescentes con las drogas. En el segundo estadio definen las causas de la implicación con las conductas desviadas, con compañeros que consumen sustancias, el consumo inicial y las deficiencias en habilidades sociales. El tercer estadio se centra en las causas de la escalada de los adolescentes del consumo inicial o experimental al consumo regular.

La teoría de la interacción familiar (Brook, Brook, Gordon et al., 1990), es una teoría compleja que incorpora los factores de la familia, del aprendizaje social y las características intrapersonales que se conoce que afectan al consumo de sustancias.

Estamos de acuerdo con Petraitis et al. (1995) cuando critican a este bloque de teorías. Básicamente, aunque asumen que los rasgos de personalidad y los rasgos afectivos influyen el uso experimental de sustancias directamente, los estudios longitudinales sugieren que las características intrapersonales son generalmente pobres predictoras del consumo experimental. Como un ejemplo, no se encuentran relaciones bivariadas entre la autoestima y el consumo experimental. También estas teorías generalmente dan poco valor al papel de los procesos cognitivos del consumo experimental. Por todo ello su peso en el campo es relativo.

Otro tipo de teorías son las cognitivas. Se centran en el papel de las percepciones de consumo de los adolescentes en la toma de decisiones relacionadas con la iniciación y continuación del consumo de la sustancia. Las actitudes, las creencias normativas y las expectativas de consumo, así como la autoeficacia, influyen en la evaluación de la toma de decisiones de los beneficios (ej., aprobación de los compañeros) y de los costes (ej., consecuencias negativas para la salud). Tendríamos fundamentalmente dos tipos de teorías: las teorías cognitivo-afectivas y las teorías del aprendizaje social. Las teorías cognitivo-afectivas parten de que: a) la causa principal de las decisiones para utilizar sustancias está en las expectativas y percepciones específicas sobre la sustancia que tienen los adolescentes; y, b) los efectos de todas las otras variables -ej., rasgos de personalidad de los adolescentes o implicación con los iguales que utilizan sustancias- están mediadas a través de sus efectos sobre las cogniciones, evaluaciones y decisiones específicas de la sustancia. Dentro de estos modelos, que pueden considerarse de toma de decisiones o de coste-beneficio, destacan la teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planificada. La teoría del aprendizaje social del uso experimental de sustancias (UES) asume que las cogniciones específicas sobre la sustancia son los predictores más importantes del UES adolescente. El UES se originaría en las actitudes y conductas específicas de las personas sobre la sustancia que sirven como un modelo de rol para el adolescente. Esto ocurre a través de las fases de observación e imitación, reforzamiento social y expectativa del adolescente de consecuencias sociales y fisiológicas positivas para el futuro UES. Se han propuesto varias teorías dentro del aprendizaje social, teniendo una importante evidencia empírica para explicar el UES (ver Petraitis et al., 1995).

Las teorías de apego social/convencionalidad proceden de las teorías sociológicas del control, que sostienen que un compromiso fuerte con la sociedad, la familia, la escuela y la religión inhibe la expresión de los impulsos desviados que todos los individuos comparten. El consumo de sustancias sería una manifestación de un amplio conjunto de conductas problema o no convencionales que se desarrollan en el contexto de un vínculo convencional débil, que se mantienen a través del aprendizaje social y las contingencias del entorno. Ejemplos representativos de esta clase de teorías son la teoría del control social de Elliott

et al. (1985, 1989) y el modelo de desarrollo social de Hawkins y Weiss (1985).

Otro tipo de teorías son aquellas que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego e intrapersonales. Las mismas lo que hacen es integrar distintos elementos propuestos por las teorías vistas hasta aquí. Se incluyen en este tipo de teorías la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977), la teoría del cluster de iguales de Oetting y Beauvais (1986a, 1986b, 1987), el modelo de vulnerabilidad de Sher (1991) y el modelo de dominio de Huba y Bentler (1982). La teoría de la conducta-problema (Jessor y Jessor, 1977) hace énfasis en la no convencionalidad, pero también incorpora conceptos del aprendizaje social, intrapersonales y cognitivos y justifica el abuso de sustancias y una amplia variedad de otras conductas desviadas tales como la delincuencia juvenil, el bajo rendimiento académico y una actividad sexual precoz. En la revisión de Petraitis et al. (1995) indican como esta teoría explica entre el 40% y el 60% de la varianza, aunque estos autores afirman que dicha predicción podría ser incrementada si se incluyesen otras variables cognitivo-afectivas, tal como las actitudes hacia la UES.

La teoría del cluster de iguales de Oetting y Beauvais (1986a, 1986b, 1987) da un peso básico a los iguales, a través de distintas variables (variables de estructura social, características psicológicas, actitudes y creencias, vínculos de socialización).

Petraitis et al. (1995) indican la gran diversidad de teorías y la gran diferencia entre unas y otras. Además, ninguna ha pretendido ser comprensiva en el sentido de incluir todos los constructos que explican el UES. Quizás esto último lo ha propuesto recientemente Jessor (1991, 1992). Los anteriores seleccionaron un grupo de constructos e intentan explicar como y porqué estos constructos contribuyen al UES. Falta, primero desde una perspectiva teórica y luego experimental, integrar todos estos modelos. De ahí que Petraitis et al. (1995) hablen de que tenemos un puzzle que todavía falta por montar totalmente, a pesar de que ya tenemos montadas muchas piezas del mismo. Por ello creen que primero hay que comparar las teorías existentes, luego organizarlas y eventualmente integrarlas. Claramente, la tarea no es nada fácil. Uno de los pocos intentos realizados para organizar las causas teóricas del UES es un simple marco conceptual que ha sido realizado por Flay y Petraitis (Flay y Petraitis, 1994; Petraitis et al., 1995). Han intentado organizar la serie impresionante de teorías que se centran en la etiología del abuso de sustancias en un macromodelo comprensivo. Su modelo de influencia triádica asume que las conductas relacionadas con la salud, tales como el abuso de sustancias, están controladas por las decisiones o intenciones que son función de tres corrientes de influencia: 1) factores ambientales-culturales que influyen en las actitudes; 2) factores sociales situacionales-contextuales que influyen el aprendizaje social y las creencias normativas; y, 3) factores intrapersonales que influyen la autoeficacia. Estos tres focos de influencia tienen diferentes orígenes y fluyen a través de factores causales que están organizados en niveles que oscilan de próximo a lejano y a último. Partiendo de ello, estos autores elaboran una matriz de 3x3 donde en una parte tendríamos el nivel de influencia (próximo, lejano, último) y en la otra el tipo de influencia social (interpersonal, cultural/actitudinal e intrapersonal). El foco de influencia, independientemente y en la interacción de

uno con los otros, tienen efectos directos e indirectos sobre la conducta (Flay y Petraitis, 1994). Aunque se han desarrollado numerosas teorías para explicar la etiología del abuso de sustancias, la mayoría de ellas tienen un valor heurístico limitado para proporcionar una explicación comprensiva de cómo y por qué se desarrolla el abuso de sustancias, y lo que es más importante, para generar estrategias que podrían ser efectivas para la prevención (Botvin y Botvin, 1992). Para Botvin y Botvin (1992) sólo la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) y la teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977) proporcionarían un marco conceptual teórico útil para la comprensión de la etiología del abuso de sustancias y el desarrollo de estrategias de prevención efectivas. Estas y otras las veremos en los siguientes capítulos.

7. Teorías y modelos que se van a revisar

En los siguientes capítulos se van a revisar aquellas teorías y modelos más relevantes de los hoy existentes que se utilizan para explicar el consumo de drogas. Los modelos seleccionados se caracterizan por su actualidad, relevancia y apoyo empírico. Aunque es difícil hacer una clasificación que tenga un total consenso, de ahí que se hayan propuesto un gran número de ellas, nosotros las hemos dividido en: 1) teorías parciales o basadas en pocos componentes, 2) teorías de estadios y evolutivas y 3) teorías integrativas y comprensivas. A lo largo de los siguientes capítulos revisamos las mismas.

8. Referencias bibliográficas

- Ajzen, I. (1985). From decisions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Nueva York: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Akers, R.L., Krohn, M.D., Lanza-Kaduce, L. y Radosevich, M. (1979). Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory. *American Sociological Review*, 44, 636-655.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Barcelona, Martínez-Roca, 1987).
- Baumrind, D. (1983). Specious causal attributions in the social sciences: The reformulated stepping-stone theory of heroin use as exemplar. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1289-1298.
- Becoña, E. (1986). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela: Grial.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M.P. (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Bellver, M.C. y García, R. (1997). Objetivos y estrategias de los programas de prevención escolar y comunitaria nacio-

nales: Una revisión (1985-1994). En J. Escámez (Ed.), *Prevención de la drogadicción* (pp. 115-134). Valencia: Nau Llibres.

- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3, 333-356.
- Botvin, G.J., Baker, E., Filazzola, A.D. y Botvin, M. (1989). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: One-year follow-up. *Addictive Behaviors*, 15, 47-63.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E.M. y Díaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA*, 273, 1106-1112.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S. y Botvin, E.M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a three-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 437-446.
- Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.
- Botvin, G.J. y Eng, A. (1982). The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. *Preventive Medicine*, 11, 199-211.
- Botvin, G.J., Eng, A. y Williams, C.L. (1980). Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training. *Preventive Medicine*, 9, 135-143.
- Botvin, G.J., Epstein, J.A., Baker, E., Díaz, T., Ifill-Williams, M., Miller, N. y Cardwell, J. (1997). School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6, 5-19.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, A.S., Whiteman, M. y Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116, 111-267.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3ª edición*. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat. Consell Insular de Mallorca.
- Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. y Abbott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26, 429-455.
- Chen, K. y Kandel (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85, 41-47.
- Donaldson, S.L., Graham, J.W. y Hansen, W.B. (1994). Testing the generalizability of intervening mechanism theories: Understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 195-216.
- Elliott, D.S., Huizinga, D. y Ageton, S.S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Elliott, D.S., Huizinga, D. y Menard, S. (1989). *Multiple problem youth: Delinquency, substance use, and mental health problems*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Escámez, J., Falcó, P., García, R., Altabella, J. y Aznar, J. (1993). *Educación para la salud. Un programa de prevención escolar de la drogadicción*. Valencia: Generalitat Valenciana- FAD-Nau Llibres.
- Evans, R. (1976). Smoking in children: Developing a social psychology strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5, 122-126.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Flay, B.R. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology, 4*, 449-488.
- Flay, B.R. y Petraitis, J. (1995). Aspectos metodológicos en la investigación de medidas preventivas del consumo de drogas: fundamentos teóricos. En C.G. Leukefeld y W.J. Bukoski (Eds.), *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (pp. 83-108). Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud (original 1991).
- GID (1996). *Reducción de la demanda de drogas. Prevención del abuso de drogas en España*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Gorman, D.M. (1996). Etiological theories and the primary prevention of drug use. *Journal of Drug Issues, 26*, 505-520.
- Hammer, T. y Vaglum, P. (1991). Users and nonusers within a high risk milieu of cannabis use. A general population study. *International Journal of Addictions, 26*, 595-604.
- Hansen, W.B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research, 7*, 403-430.
- Hammer, T. y Vaglum, P. (1990). Initiation, continuation or discontinuation of cannabis use in the general population. *British Journal of Addiction, 85*, 899-909.
- Hansen, W.B. y Graham, J.W. (1991). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine, 20*, 414-430.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*, 64-105.
- Hawkins, J.D. y Weis, J.G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention, 6*, 73-97.
- Huba, G.J. y Bentler, P.M. (1982). A developmental theory of drug use: Derivations and assessment of a causal modeling approach. En P.B. Baltes y O.G. Brim (Eds.), *Life span development and behavior* (Vol. 4, pp. 147-203). Nueva York: Academic Press.
- Hulley, S. y Cummings, S.R. (1988). *Designing clinical research*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12*, 597-605.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D.E. Rogers y E. Ginzburg (Eds.), *Adolescent at risk: Medical and social perspectives* (pp. 19-34). Boulder, CO: Westview Press.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk setting. *American Psychologist, 48*, 117-126.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Johnson, C.A., Pentz, M.A., Weber, M.D., Dwyer, J.H., Baer, N., MacKinnon, D.P., Hansen, W.B. y Flay, B.R. (1990). Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 447-456.

- Kandel, D.B. (1973). The role of parents and peers in adolescent marijuana use. *Science, 181*, 1067-1070.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science, 190*, 912-914.
- Kandel, D.B. (1982). Epidemiological and psychological perspectives on adolescent drug use. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21*, 328-346.
- Kandel, D. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues, 26*, 289-315.
- Kandel, D.B. y Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-253). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kandel, D. y Faust, R. (1975). Sequence and stages in patterns of adolescent drug use. *Archives of General Psychiatry, 32*, 923-932.
- Kandel, D.B. y Raveis, V.H. (1989). Cessation of illicit drug use in young adulthood. *Archives of General Psychiatry, 46*, 109-116.
- Kandel, D. y Yamaguchi, K. (1985). Developmental patterns of the use of legal, illegal, and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood. En C.L. Jones y R. Battjes (Eds.), *Etiology of Drug Abuse: Implications for prevention* (pp. 193-235). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kaplan, H.B., Martin, S.S. y Robins, C. (1982). Application of a general theory of deviant behavior: Self-derogation and adolescent drug use. *Journal of Health and Social Behavior, 23*, 274-294.
- Kaplan, H.B., Martin, S.S. y Robins, C. (1984). Pathways to adolescent drug use: Self-derogation, peer influence, weakening of social controls, and early substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior, 25*, 270-289.
- Kroger, J. (1996). *Identity in adolescence. The balance between self and other*, 2nd ed. London: Routledge.
- Kumpfer, K.L. y Turner, C.W. (1990-1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal of Addictions, 25*, 435-463.
- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G. y Janik-Koeny, T. (1994). *Expert report on primary prevention of substance abuse*. Munich: IFT Institut für Therapieforschung.
- Lavouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues, 26*, 457-476.
- Lettieri, D.J., Sayers, M. y Pearson, H.W. (Ed.) (1980). *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives, Research Monograph 30*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Martín, E. (1997). La prevención en España hoy: Propuestas de consenso institucional, técnico y social. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 67-84). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Mitchell, M. y Jolley, J. (1992). *Research design explained* (2nd ed.). Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich.
- Moore, D.S. y McCabe, G.P. (1997). *Introduction to the practice of statistics* (2nd ed.). Nueva York: W.H. Freeman and Company.
- Moskowitz, J.M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol, 50*, 54-87.
- Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1988). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 64-75.
- NIDA (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. National Institute on

- Drug Abuse and National Institutes of Health.
- O'Donnell, J.A. y Clayton R.R. (1982). The stepping-stone hypothesis-Marijuana, heroin, and causality. *Chemical Dependencies: Behavioral and Biomedical Issues*, 4, 229-241.
- Oetting, E.R. y Beauvais, F. (1986a). Clarification of peer cluster theory: A response to Peele, Cohen, and Shaffer. *Journal of Counseling and Development*, 65, 29-30.
- Oetting, E.R. y Beauvais, F. (1986b). Peer cluster theory: Drugs an the adolescent. *Journal of Counseling an Development*, 65, 17-22.
- Oetting, E.R. y Beauvais, F. (1987). Peer cluster theory, socialization characteristics, and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 205-213.
- Pentz, M.A., Trebow, E.A., Hansen, W.B., MacKinnon, D.P., Dwyer, J.H., Johnson, C.A., Flay, B.F., Daniels, S. y Cormack, C.C. (1990). Effects of program implementation on adolecent drug use behavior: The Midwestern Prevention Project (MPP). *Evaluation Review*, 14, 264-289.
- Perry, C.L. (1986). Community-wide health promotion and drug abuse prevention. *Journal of School Health*, 56, 359-363.
- Perry, C.L. y Kelder, S.H. (1992). Models for effective prevention. *Journal of Adolescent Health*, 13, 355-363.
- Petrattis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Rocio, J.L. (1995). The influence of family, school and peers on adolescent drug misuse. *International Journal of Addictions*, 30, 1407-1423.
- Rossignoli, J.L. y Polaino-Lorente, A. (1991). Programas informativo-preventivos de la drogodependencia: ¿Es posible valorar su eficacia a través de medidas conductuales? *Psiquis*, 12, 42-49.
- Rudner, R.S. (1966). *Philosophy of social science*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rundell, T.G. y Bruvold, W.H. (1988). A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs. *Health Education Quarterly*, 15, 317-334.
- Sher, K.J. (1991). *Children of alcoholics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Siegel, R.K. (1984). Cocaine and the privilege class: A review of historical and contemporary images. *Advances in Alcohol Substance Abuse*, 4, 37-49.
- Simons, R.L., Conger, R.D. y Whitbeck, L.B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 18, 293-315.
- Slovoda, Z. y Davd, S.L. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Stenbacka, M., Allebeck, P., Brandt, L. y Romelsjö, A. (1992). Intravenous drug abuse in young men: Risk factors assessed in a longitudinal perspective. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 20, 94-101.
- Stenbacka, M., Allebeck, P. y Romelsjö, A. (1993). Initiation into drug abuse: The pathway from being offered drugs to trying cannabis and progression to intravenous drug abuse. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21, 31-39.
- Stevens, M.M., Freeman, D.H., Mott, L. Y Youells, F. (1996). Three-year results of prevention programs on marijuana

- use: The New Hampshire Study. *Journal of Drug Education*, 26, 257-273.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies (1994). *National Household Survey on Drug Abuse, 1991-1993*. Rockville, MD: Public Use Tapes.
- Sussman, S. (1989). Two social influence perspectives on tobacco use development and prevention. *Health Education Research*, 4, 213-223.
- Tobler, N. (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.
- Tomas, J.M., Vlahov, D. y Anthony, J.C. (1990). Association between intravenous drug use and early misbehavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 25, 79-89.
- Waldron, H.B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome: A review of randomized trials. En T.H. Ollendick y R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 19, pp. 199-234). Nueva York: Plenum.
- Werch, C.E. y Anzalone, D. (1995). Stage theory and research on tobacco, alcohol, and other drug use. *Journal of Drug Education*, 25, 81-98.
- Werch, C.E., Lepper, J.M., Pappas, D.M. y Castellon-Vogel, E.A. (1994). Use of theoretical models in funded college drug prevention programs. *Journal of College Student Development*, 35, 359-363.
- Werch, C.E., Meers, B.W. y Hallan, J.B. (1992). An analytic review of 73 college-based drug abuse prevention programs. *Health Values*, 16, 38-45.
- Wills, T.A. y Hirky, A.E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. En T.H. Ollendick y R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol.18, pp. 91-132). Nueva York: Wiley.
- Wills, T.A. y Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. En T.A. Wills y S. Shiffman (Eds.), *Coping and substance use* (pp. 3-24). Orlando, FL: Academic Press.
- Xunta de Galicia (1994). *Guía A experiencia de educar para a saúde na escola. Materiais didácticos sobre prevención de drogodependencias*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicos Sociais e Consellería de Educación e Ordenación Universitaria da Xunta de Galicia.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: III. Predictors of progression. *American Journal of Public Health*, 74, 673-681.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D. (1985). On the resolution of role incompatibility: A life event history of analysis of family roles and marijuana use. *American Journal of Sociology*, 90, 1284- 1325.

Capítulo 3

Teorías parciales o basadas en pocos componentes

1. Teorías y modelos biológicos
 - 1.1. La adicción como un trastorno con sustrato biológico
 - 1.2. La hipótesis de la automedicación
2. Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia
3. Teorías de aprendizaje
 - 3.1. Condicionamiento clásico
 - 3.2. Condicionamiento operante
 - 3.3. Teoría del aprendizaje social
4. Teorías actitud-conducta
 - 4.1. Teoría de la acción razonada
 - 4.2. Teoría de la conducta planificada
5. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales
 - 5.1. Del modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. (1986) a la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996)
 - 5.2. Modelo basado en la afectividad de Pandina et al.
6. Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico
7. El modelo social de Peele
8. Otros modelos teóricos
9. Referencias bibliográficas

1. Teorías y modelos biológicos

1.1. La adicción como un trastorno con sustrato biológico

Una de las explicaciones que ha estado desde siempre presente para entender o explicar la causa de un trastorno, sea físico o mental, es que el mismo es una consecuencia de un déficit biológico, una causa genética, una lesión, o una alteración cerebral que es responsable del mismo. En el campo de las drogodependencias es innegable el papel que las distintas drogas producen en el cerebro y en los restantes órganos corporales. Sin embargo, esta explicación se convierte en reduccionista si la causa, o la principal causa, de la dependencia de las drogas se reduce en la explicación a sólo causas biológicas, o al mero efecto del funcionamiento cerebral como consecuencia de la ingestión de esa droga concreta. Por desgracia, en muchas ocasiones, nos encontramos explicaciones simplistas de este tipo. A continuación indicamos las bases neurobiológicas de la adicción, que es un elemento importante, pero un elemento más de la comprensión de las drogodependencias, y que si se utiliza aisladamente, se convierte en una explicación simple y parcial.

Los investigadores han intentado descubrir aspectos comunes en los procesos de adicción, refuerzo y abstinencia de diversas drogas. Sin embargo, esta tarea no es sencilla. Las drogas tienen acciones múltiples, incluso a veces contradictorias, suelen tomarse en combinación y en ambientes que es complejo simularlos en el laboratorio. A pesar de estas dificultades, en la actualidad se conocen con bastante detalle las bases neurobiológicas del abuso y dependencia de las drogas.

La actuación conjunta del reforzamiento y de los mecanismos de neuroadaptación son claves en el consumo de drogas. En la actualidad hay pocas dudas sobre cuál es la base biológica de ambos factores. Se han identificado circuitos neuronales de gratificación e incluso cambios intracelulares comunes asociados a la administración crónica de morfina y de cocaína, que se están utilizando como modelos para el estudio de la mayoría de las otras adicciones (ej., nicotina, alcohol, etc.). La evidencia apunta a una neuroanatomía común a todas las drogas adictivas. Los mecanismos neurobiológicos implicados en el proceso adictivo han sido localizados en el encéfalo anterior (neocórtex, ganglios basales, sistema límbico, tálamo e hipotálamo), que integra la función del sistema límbico con la del sistema motor extrapira-

midal. El mesencéfalo y sus conexiones con la región del núcleo accumbens en la parte anterior de la base del encéfalo anterior, parecen desempeñar un papel crítico al mediar no sólo los efectos reforzantes agudos de las drogas, sino que también parecen estar implicados en los aspectos motivacionales de la abstinencia (Koob, 1993).

Como ya señalamos en el párrafo anterior, un factor fundamental para que se produzca el consumo de drogas es el reforzamiento. Es un constructo teórico por el cual un estímulo (ej., un estímulo incondicionado, tal como la droga en sí misma o los síntomas de abstinencia de la droga, o un estímulo condicionado, tal como la conducta ritual de toma de la droga) aumenta la probabilidad de respuesta (ej., continuar con el consumo de la droga). Las drogas adictivas pueden funcionar como reforzadores positivos o negativos. En el reforzamiento positivo, un estímulo reforzante (ej., euforia inducida por el consumo de drogas) aumenta la probabilidad de volver a consumir droga. En el reforzamiento negativo, el incentivo para volver a consumir se produce por el alivio de un estado displacentero (ej., los síntomas del síndrome de abstinencia). Además de sus efectos reforzantes directos, las drogas pueden motivar conductas indirectamente a través de estímulos ambientales con los cuales han llegado a asociarse (ej., reforzamiento condicionado) (Roberts y Koob, 1997). Las propiedades de un reforzador positivo de las sustancias psicoactivas se han relacionado con los estados subjetivos de placer y euforia que producen estas sustancias en los humanos. Las sustancias psicoactivas tienen la capacidad de actuar como refuerzos positivos, ejerciendo la misma función, en relación a la conducta, que un estímulo reforzador convencional.

En la década de los cincuenta, algunos investigadores sugirieron que las drogas que provocaban adicción actúan sobre un conjunto de áreas cerebrales llamadas sistema de recompensa cerebral. Los mecanismos cerebrales del refuerzo fueron establecidos inicialmente por Olds y Milner en 1950, al observar que la estimulación eléctrica de algunas regiones del encéfalo producía un efecto reforzante para el organismo. Las drogas ejercen sus efectos reforzadores al actuar sobre diferentes regiones cerebrales que están interconexiónadas entre sí por diversos sistemas neurotransmisores y que se denominan vías o circuitos cerebrales de recompensa (un circuito puede ser definido como un grupo conectado de neuronas que pasa información relacionada con una función específica). El sistema de recompensa cerebral consta de cuatro regiones diferentes del Sistema Nervioso Central: el haz prosencefálico medial, el área tegmental ventral, el hipotálamo lateral y algunas áreas de la corteza prefrontal (Altman, Everitt, Glautier et al., 1996; Goldstein, 1994; Self y Nestler, 1995; Ramos, 1993). Olds encontró un lugar especialmente favorable a la estimulación intracraneal, la vía nerviosa conocida como el haz prosencefálico medio. Muchas de las neuronas de este haz tienen su origen en el cerebro medio, en el área ventral tegmental. A este importante tracto nervioso, situado en el sistema límbico del cerebro medio, se le conoce como la vía dopaminérgica mesolímbica. Lleva mensajes a varios grupos de células nerviosas en muchas partes delanteras del cerebro, incluyendo los núcleos accumbens y el córtex frontal. Las neuronas de esta vía

se llaman dopaminérgicas porque producen el neurotransmisor dopamina. La dopamina es un neurotransmisor que interviene en la mediación de la recompensa (Di Chiara y Norh, 1992; Koob, 1992). Numerosos estudios apoyan los efectos de refuerzo positivo, asociados con el aumento de niveles sinápticos de dopamina (Wise, 1988). La neurotransmisión dopaminérgica desempeña un papel fundamental en el refuerzo cerebral (Koob, 1992; Snyder, 1984). Mientras la hipótesis inicial sugería que el refuerzo de estimulación cerebral eléctrica provocaba directamente una neurotransmisión en la dopamina, ahora se piensa que la activación de las neuronas dopaminérgicas se da como una convergencia después de la activación del sistema de fibras mielínicas de dirección caudal, cuyas neuronas carecen de las propiedades asociadas a las neuronas dopaminérgicas (Wise y Rompre, 1989). Las drogas adictivas aumentan el refuerzo cerebral a través de sus acciones sobre esa convergencia. Los efectos de la dopamina en la vía de recompensa se pueden producir de modo distinto, dependiendo del tipo de sustancia (Altman et al., 1996; Goldstein, 1994). Por ejemplo, los narcóticos (y los neurotransmisores opioides endógenos) inhiben la liberación de GABA en el área ventral tegmental, dando libertad a las neuronas de dopamina de disparar más rápidamente. La cocaína y las anfetaminas bloquean la recaptación de la dopamina en las terminaciones nerviosas, se acumula más dopamina en la sinapsis, y de este modo sus efectos se incrementa notablemente. Parece que no sólo la cocaína, las anfetaminas y los narcóticos aumentan los efectos de la dopamina en la vía de recompensa, sino que la nicotina y el alcohol también tienen esta propiedad.

Aunque los efectos positivos del reforzamiento de las drogas son críticos para establecer la conducta adictiva, tanto los efectos del reforzamiento positivo como negativo son probablemente importantes para mantener el consumo de la droga una vez que se ha desarrollado la adicción. El adicto está sometido a un control conductual bidireccional: el reforzamiento positivo de la droga y los efectos negativos de su ausencia, una vez desarrollada la adicción (Stolerman, 1992). Las sustancias adictivas son capaces de reforzar positivamente la conducta de un individuo de forma similar a como lo hacen los reforzadores naturales (ej., agua, sexo). Pero a diferencia de éstos, las drogas estimulan directamente el circuito de recompensa cerebral, que acabamos de describir.

El otro factor clave en el proceso que contribuye al proceso adictivo es la neuroadaptación. Es un estado producido por la acción repetida de una sustancia psicoactiva sobre las células neuronales, que provocan en esta una serie de cambios destinados a recuperar el nivel de funcionamiento previo a la acción de la sustancia. Se refiere a los procesos por los cuales los efectos iniciales de las drogas son intensificados (sensibilización) o atenuados (contraadaptación) (Altman et al., 1996; Roberts y Koob, 1997). La neuroadaptación es un proceso de modulación que puede conducir a un aumento en los efectos del reforzamiento positivo y negativo (Roberts y Koob, 1997). Los mecanismos neuroadaptativos fundamentales son la sensibilización y la contraadaptación.

La sensibilización se refiere al fenómeno mediante el cual los efectos de una droga aumentan después de

su administración repetida. Parece que está mediada por el sistema dopaminérgico mesolímbico (ver Robinson y Berridge, 1993). El proceso de sensibilización, por el cual se produce en el sistema mesolímbico una activación intensificada de la función de la dopamina, puede representar un mecanismo de neuroadaptación dentro de los sistemas. Otro sistema que puede tener un importante papel en la sensibilización, representando un mecanismo entre sistemas de neuroadaptación, implica el factor liberador de corticotropina. Cuando se produce una situación de estrés, el hipotálamo libera la sustancia corticotropina a la sangre del sistema porta que comunica al hipotálamo con la hipófisis. La corticotropina hace que la hipófisis libere una sustancia hormonal llamada hormona adrenocorticotrópica en el torrente circulatorio. Esta hormona hace a su vez que la corteza suprarrenal libere sus hormonas. Este sistema de respuesta al estrés se le conoce por el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal. La exposición a una variedad de estresores puede producir la sensibilización a los efectos de la droga y el sistema de respuesta al estrés mediado por la corticotropina puede estar implicado en esta sensibilización (Roberts, Lessov y Phillips, 1995). Los sistemas de neurotransmisión excitadores también pueden representar una fuente de sensibilización entre sistemas para el consumo de sustancias (Wise, 1988).

La contraadaptación se refiere a los procesos que son puestos en marcha para contrarrestar los efectos de la droga (Wikler, 1980). Por ejemplo, la tolerancia es la reducción en los efectos de la droga, después del consumo repetido de la misma. Requiere la administración repetida o el aumento de dosis para mantener los mismos efectos (Hales y Yudofsky, 1987). Actualmente se conocen varios tipos de tolerancia (ej., farmacocinética, farmacodinámica, condicionada) (Altman et al., 1996; Becoña, 1995; Graña, 1994). El síndrome de abstinencia es otro proceso contraadaptativo (Roberts y Koob, 1997). En este caso, los procesos iniciados para contrarrestar los efectos agudos de la sustancia se ponen de manifiesto cuando se saca la droga; por lo tanto, con frecuencia los síntomas del síndrome de abstinencia son opuestos a los efectos originales de la droga. Al igual que la sensibilización, adaptaciones dentro y entre sistemas parecen subyacer a la contraadaptación. Los investigadores han encontrado niveles de dopamina disminuidos en el núcleo accumbens durante el síndrome de abstinencia de la cocaína, opiáceos y alcohol (Di Chiara y North, 1992; Rossetti, Hmaidan y Gessa, 1992; Weiss, Lorang, Bloom y Koob, 1993). Estos resultados son opuestos a los producidos por la exposición aguda a esas drogas. Además, durante el síndrome de abstinencia del alcohol la transmisión de GABA disminuye y la del glutamato aumenta, siendo también estos efectos opuestos a la exposición aguda. Al igual que en el caso del sistema cerebral del factor liberador de la corticotropina y el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal pueden dar lugar a una contraadaptación entre sistemas (Koob, Rassnick, Heinrichs y Weiss, 1994).

Por tanto, hoy se conocen bastante bien los mecanismos cerebrales relacionados con el consumo de drogas. Sin embargo, centrar toda la explicación del problema de las drogodependencias en ello sería incorrecto, dado que hay factores antecedentes, concomitantes y consecuentes al consumo o no consumo que son igual o más importantes que los biológicos.

1.2. La hipótesis de la automedicación

En el campo de las drogodependencias ha tomado relevancia en los últimos años la denominada hipótesis de la automedicación. Se mantiene en el nivel de hipótesis, pero la misma es de gran relevancia, aunque no se haya elaborado un modelo específico como tal con la misma para explicar el consumo, prevención y tratamiento de las personas que consumen o son adictas a las drogas. Probablemente indirectamente sí se puede deducir su existencia de los resultados e implicaciones de la misma. Además, esta hipótesis ha abierto importantes vías de investigación desde la perspectiva biológica.

Lo que sostiene la hipótesis de la automedicación es que una gran parte de los pacientes que desarrollan trastornos por abuso de drogas, lo hacen porque sufren trastornos endógenos con sustrato biológico que, directa o indirectamente, les abocan al consumo de sustancias psicoactivas como forma de autotratamiento. Por tanto, en muchos de ellos, el intento repetido de orientarlos a la abstinencia, después de varias tentativas fallidas de desintoxicación se puede calificar, desde este punto de vista como inútil, contraproducente, cruel, frustrante o peligroso (Casas, Pérez, Salazar y Tejero, 1992). Sería inútil porque la mayoría de las "drogas" tienen una mayor rapidez de acción y generan menos efectos indeseables que los psicofármacos utilizados en la actualidad, por lo que los individuos previamente enfermos que entran en contacto con ellas difícilmente aceptarán, posteriormente, la medicación psiquiátrica recomendada. Sería contraproducente, porque necesitando consumir y estando estas sustancias sujetas a la oferta ilegal que impide conocer su calidad y pureza, el individuo adicto se encuentra continuamente abocado a complicaciones infecciosas y tóxicas que debilitan su salud. Sería cruel para el propio paciente, pues se permite que el autotratamiento, que busca para una enfermedad que padece, le aboque a conductas delictivas y a una posible muerte por sobredosis o, actualmente, por SIDA. Sería frustrante para los equipos terapéuticos, pues estos pacientes tienden a presentar recaídas muy frecuentes, independientemente de cual sea el tipo y calidad de los abordajes terapéuticos instaurados. Y, finalmente, sería peligroso para la salud pública, por cuanto la persistencia en el consumo ilegal y las recaídas compulsivas favorecen, incluso en pacientes con un alto nivel intelectual y cultural, el uso de material inyectable compartido y, por tanto, la extensión del contagio por el VIH.

Esta hipótesis se fundamenta por una parte en el descubrimiento de los receptores opiáceos en el Sistema Nervioso Central (SNC) en 1973, en el descubrimiento de sus ligandos endógenos específicos, inicialmente denominados encefalinas, después endorfinas y actualmente opioides o péptidos opioides. Al descubrirse en la década de los 80 y 90 distintos receptores específicos para diversas moléculas psicoactivas, como las de las benzodiazepinas, los antidepresivos, etc., sugiere que cualquier sustancia produce algún efecto en el SNC, efecto que implica interactuar con estructuras específicas. En el campo de las drogodependencias ello viene a indicar (Casas et al., 1992) que la sustancia exógena (ej. heroína, cocaína), actuando repetidamente sobre determinadas estructuras orgánicas (los sistemas de neurotransmisión/neuromodulación centrales),

facilitado por el ambiente exterior (habitualmente degradado y hostil), desencadenan una serie de cambios moleculares y funcionales en el SNC que transforman a un individuo "sano" en un individuo "dependiente". Sin embargo, la dependencia no se produce en todas las personas que ingieren la sustancia. La hipótesis de la automedicación ayudaría a explicar por qué unos van a hacerse dependientes y otros no.

Casas et al. (1992) sugieren la existencia de tres tipos de adictos a la luz de esta hipótesis. El primero, serían aquellos pacientes sin trastornos psíquicos concomitantes y con un nivel socioeconómico y cultural medio-alto. Estos pueden llegar a tener un equilibrio estable con la dependencia, pudiendo mantener una vida familiar y social estable, incluso laboral, aunque gastando una gran cantidad de dinero para mantener su adicción. Sabrían donde está el límite y ello les permitiría mantener el equilibrio. Pueden dejar la sustancia pero vuelven inmediatamente a consumirla por el malestar (síndrome de abstinencia) que les provoca. Estas personas son las que no acuden nunca a tratamiento, ni a centros públicos ni privados.

El segundo tipo está constituido por aquellos pacientes sin patología psíquica concomitante pero con un precario nivel socio-económico y cultural. En este caso precisan la sustancia para llevar una vida normal y suelen conseguirla a través de actos delictivos. No tienen ninguna motivación para abandonar la sustancia y cuando acuden a tratamiento lo hacen por motivos económicos o por apreciar un fuerte incremento de la tolerancia. Si deja esta sustancia tiende a abusar de otras distintas.

El tercer tipo lo constituyen los pacientes con trastornos psíquicos concomitantes. En este caso, padecen previamente un trastorno de personalidad. La sustancia les ayuda inicialmente pero luego les lleva a conductas totalmente anárquicas y desestructuradas. Dada su total falta de motivación y los problemas que acarrea su adicción, suele ser llevado u obligado a desintoxicarse, recae posteriormente, y entra en un círculo vicioso donde es sumamente difícil que abandone la sustancia. Al tiempo, se dan cuenta de su imposibilidad para abandonar la sustancia y pueden incrementar los sentimientos autodestructivos (sobredosis, SIDA, delincuencia), siendo impredecible su evolución a largo plazo.

Aunque esta hipótesis fue inicialmente planteada para los opiáceos y psicoestimulantes, igualmente es aplicable al alcohol (Khantzian, 1990) y a la nicotina (Fagerström, 1991). Como ya hemos indicado, lo que viene a plantear esta hipótesis es que el consumo de drogas es una tentativa evasiva y equivocada de autoterapia (Salazar, Casas y Rodríguez, 1992). Aunque el consumo de drogas ilegales, como la automedicación, equilibra al que la utiliza, a la larga el efecto puede ser más contraproducente. A nivel empírico existen datos a favor y en contra de esta hipótesis. Se ha encontrado evidencia de la misma, parcialmente, en pacientes esquizofrénicos (Pérez y Casas, 1992), en personas con trastornos de personalidad (Tejero y Casas, 1992), entre otros, aunque su delimitación es las más de las veces difícil.

Lo cierto es que tanto la hipótesis de la automedicación como la explicación del consumo como meramente una conducta reducida al nivel neurofisiológico no lleva al desarrollo de programas preventivos como los que hoy conocemos, sino que sirve para explicar una parte del problema, pero sin centrarse específicamente en el campo de la prevención, ya que más bien implicaría lo contrario (Casas, 1992).

2. Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia

El fenómeno de las drogodependencias es complejo y se han propuesto distintas teorías y modelos para su explicación. Una de éstas es la del modelo de salud pública, a partir del cual se propusieron luego tanto el modelo de creencias de salud como el modelo de competencia.

El modelo de salud pública aplicado al campo de las drogodependencias lo que hace es ampliar el modelo utilizado en la salud pública para las enfermedades infecciosas a las drogodependencias. En este modelo, una enfermedad infecciosa es la consecuencia recíproca del huésped, el medio ambiente y el agente. En el caso de las drogas, el huésped es el individuo; el medio ambiente, es el medio biológico, social y físico; y, el agente las drogas. Nótese que la epidemiología, una técnica de gran importancia, desarrollada fundamentalmente dentro de la medicina preventiva y salud pública, ha hecho relevantes aportaciones al campo del conocimiento de la prevalencia de las drogodependencias, lo que nos ha facilitado conocer más este fenómeno.

Cuando el modelo de salud pública se aplica como tal al campo de las drogodependencias (Bukoski, 1995), lo que se pretende es aumentar la resistencia individual al agente, por ejemplo mediante el entrenamiento en resistencia frente a la presión del grupo; proteger a los individuos frente al agente, lo que se puede hacer a través de acciones como educación sobre las drogas o desarrollar modelos de abstinencia; también mediante el aislamiento del huésped frente al agente, como por ejemplo a través de escuelas libres de drogas, zonas comunitarias libres de drogas, etc.; y, finalmente, a través de la modificación del agente para disminuir su daño, como por ejemplo consiguiendo disminuir o eliminar el contenido de distintos componentes en la sustancia (ej., disminuir o eliminar el contenido de alcohol en las bebidas alcohólicas; promover la utilización de cigarrillos bajos en nicotina; utilizar una jeringuilla de cada vez para evitar compartirlas con otras personas, etc.). Muchos de los programas de reducción de daños parten de estos principios.

A pesar de que el modelo de salud pública ha sido sumamente útil para el control de las enfermedades infecciosas y la eliminación de los contagios masivos, a diferencia de otras épocas de la historia, es de escasa utilidad aplicado al campo de las drogodependencias. Esto viene motivado por el gran número de factores que se relacionan con el consumo de las distintas drogas, como iremos viendo paulatinamente a lo largo de estas páginas. Por ello, su utilización es escasa cara a la aplicación de programas preventivos, aunque en ocasiones se puede partir del mismo y complementarse con otros.

Un modelo derivado del anterior, y que ha sido más útil es el conocido como *modelo de creencias de salud*. Este modelo fue elaborado originalmente por un grupo de investigadores de la sección de estudios del comportamiento del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos entre los años 1950 y 1960. Durante

las últimas tres décadas este modelo ha sido una de las aproximaciones psicosociales más ampliamente utilizadas para explicar la conducta relacionada con la salud.

El modelo de creencias de salud (Becker y Maiman, 1975) tiene como elementos fundamentales la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas. La susceptibilidad percibida se refiere a las percepciones individuales de la vulnerabilidad personal a enfermedades o accidentes específicos. La naturaleza (percepción de susceptibilidad) y la intensidad (severidad percibida) de estas percepciones pueden afectar de manera importante a la hora de adoptar o no una conducta concreta. La combinación de la susceptibilidad y severidad se conoce por amenaza percibida (Rosenstock, Strecher y Becker (1994).

No obstante, cuando un individuo piensa en la posibilidad de un cambio de conducta, no valorará sólo la susceptibilidad y la severidad, también evaluará los beneficios y los costes de realizar una conducta de salud concreta (Becker y Maiman, 1975). Por ejemplo, una persona puede sentirse vulnerable, cuando experimenta una tos matutina, se fatiga al subir las escaleras, etc. Supongamos que estos síntomas los achaca a su conducta de fumar. Entonces la persona puede pensar que dicha conducta está comprometiéndole su salud y, además, cree que le acarreará consecuencias negativas importantes para su salud. Por tanto, percibe el fumar como un serio riesgo potencial, o como un indicador, de sus problemas físicos. Y, a la inversa, es poco probable que la persona adopte alguna medida cuando sopesa que la probabilidad de dañar su salud (ej., cáncer de pulmón) es baja o que las consecuencias adversas, derivadas de su actual hábito no saludable, son mínimas, además de percibir pocos beneficios y coste (ej., engordar) demasiado grandes por dejarlo.

Otro concepto que se consideró en las primeras formulaciones del modelo fue el de las señales para la acción. Sería algún estímulo o señal que moviliza y trae las creencias importantes a la conciencia del sujeto y así lo lleva a implicarse en una acción particular. Por ejemplo, si una persona se siente susceptible de que se le desarrolle un cáncer de pulmón porque fuma, es probable que si un amigo se muere por este motivo intente dejar de fumar. Ultimamente se ha comprobado que son importantes, aunque no se han estudiado de modo sistemático (Rosenstock et al., 1994). Aunque estos factores forman el núcleo central del modelo, la investigación apunta a que hay también otros factores implicados. Distintas variables demográficas (ej., sexo, edad, raza), psicosociales (ej., personalidad, clase social, presión de los compañeros) y variables estructurales, pueden afectar a las percepciones individuales y, por lo tanto, influir las conductas relacionadas con la salud. Se asume que estas variables pueden influir de modo indirecto sobre la amenaza percibida y los beneficios (Becker y Maiman, 1975). Específicamente, los factores sociodemográficos, como el rendimiento académico, podrían tener un efecto indirecto sobre la conducta al influenciar la percepción de susceptibilidad, severidad, los beneficios y las barreras. Actualmente, también se ha incluido dentro del modelo el concepto de autoeficacia desarrollado por Bandura (1977). Para que el cambio de una conducta tenga éxito, la persona debe sentirse amenazada por la misma (susceptibilidad percibida y

severidad) y creer que el cambio de la misma será beneficioso y, además, debe sentirse competente para realizar dicho cambio (Rosenstock et al., 1994). Es poco probable que alguien intente cambiar una conducta potencialmente dañina si tiene dudas sobre su capacidad para cambiarla.

También dentro del campo de la salud pública, pero con otra perspectiva, se comienza en los años 20 en la Unión Soviética a hacer un especial énfasis en la protección de la salud y en la educación para una cultura de la salud (San Martín y Pastor, 1984). En los años siguientes esta concepción se irá extendiendo a otros países y dará lugar en los años sesenta al nacimiento de la salud comunitaria y de la atención primaria de salud (Costa y López, 1989). La salud y la enfermedad no son fenómenos que se producen exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal, sino que tienen lugar en un espacio social y ecológico en el que vivimos, en el que también influye el sistema político (Costa y López, 1989). Desde mediados de la década de los años setenta, distintos autores abogan por un *modelo de competencia* como alternativa al modelo del déficit, que primaba hasta esos momentos (ej., Albee, 1980). El modelo de competencia, inspirado en la psicología comunitaria, encierra perspectivas francamente prometedoras para el logro de muchos de los objetivos de la salud pública y comunitaria. La clave de este modelo es intervenir anticipándose a los problemas para evitarlos, más que tratar de ayudar a los sujetos a superar los problemas (Costa y López, 1998; Winett, King y Altman, 1991).

El modelo de competencia presenta varias ventajas con respecto al modelo de déficit, predominante hasta entonces: 1) el constructo de competencia está firmemente establecido dentro de la teoría del desarrollo onto y filogenético del ser humano; 2) los estudios longitudinales ponen de manifiesto que es la ausencia de competencias de adaptación amplias, y no la presencia de grupos de síntomas por sí mismos, lo que es más predictivo de la psicopatología a largo plazo; 3) el hacer más énfasis en sistemas terapéuticamente relevantes y menos en contextos patológicos; 4) se centra en intervenciones preventivas diseñadas para promover el desarrollo cognitivo, habilidades conductuales y socioemocionales, que conducirán a resultados adaptativos y a un sentido de control personal; y, 5) el paradigma de competencia puede servir como una fuerza unificadora dentro de la psicología, fundamentalmente dentro de la psicología comunitaria y la psicología preventiva (Masterpasqua, 1989).

El modelo de competencia tiene dos objetivos fundamentales (Costa y López, 1989): 1) promover la competencia individual; y, 2) desarrollar comunidades y organizaciones competentes. La relación salud-enfermedad y la promoción de la salud depende de la mejora del entorno y del repertorio del individuo. El modelo de competencia tiene sus orígenes en el modelo teórico de prevención que propuso Albee (1982), para explicar el riesgo de presentar problemas de conducta. Posteriormente, Rhodes y Janson (1988) lo adaptaron para explicar el riesgo de comenzar a consumir drogas. Según estos autores, el riesgo de empezar a consumir sustancias se podría expresar a través de una fracción en la que en el numerador se colocaría el estrés y en el denominador el apego, las habilidades de afrontamiento y los recursos disponibles (tabla 20)

Tabla 20. Modelo de afrontamiento social de abuso de drogas de Rhodes y Jason, basado en el modelo de competencia.

$$\text{Riesgo de abuso de drogas} = \frac{\text{Estrés}}{\text{Apego} + \text{Habilidades de afrontamiento} + \text{Recursos}}$$

Cuanto mayor sea el peso del numerador y/o menor el del denominador, mayor será el riesgo de iniciarse al consumo de drogas. El riesgo aumenta en la medida en que el individuo tenga niveles elevados de estrés, mientras que disminuye en función de un mayor apego, de más habilidades de afrontamiento y de mayores recursos. El primer recurso para contrarrestar el factor del numerador, el estrés, sería la de fomentar una relación estrecha entre padres e hijos. La segunda, sería dotar al joven de habilidades necesarias para afrontar con éxito las dificultades a las que pueda estar expuesta la persona (Wills y Shiffman, 1985). Se incluirían fundamentalmente habilidades de solución de problemas, habilidades sociales, estrategias de manejo del estrés y habilidades de autocontrol. Y, la tercera, es la presencia de recursos adecuados en la comunidad. Para ello es necesario facilitar la disponibilidad de alternativas necesarias para competir con el consumo de drogas, como escuelas adecuadamente equipadas, servicios sociales, oportunidades para el ocio y el empleo, etc. (Glynn, 1984; Wills y Vaughan, 1989).

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

En función de lo expuesto, el modelo de competencia se nutre de dos elementos fundamentales, que son los sujetos y las comunidades competentes. La dificultad fundamental en este punto es qué se entiende por un sujeto o una comunidad competente. No hay un acuerdo entre los autores acerca de las características que definirían a un individuo o a una comunidad competente. Hay múltiples definiciones de ambos elementos. Entre ellas señalar, por ejemplo, la de Water y Sroufe (1983) para definir a un individuo competente y la de Cottrell (1976) para definir una comunidad competente. Para Waters y Sroufe (1983) la persona competente es aquella que puede hacer uso de los recursos personales y ambientales para conseguir un buen resultado evolutivo. Para Cottrell (1976) una comunidad competente es aquella en que las partes que la componen: 1) pueden colaborar eficazmente en identificar los problemas y las necesidades de la comunidad; 2) logran un consenso de trabajo sobre metas y prioridades; y, 3) colaboran eficazmente en las acciones requeridas.

La ventaja de este modelo es que se puede aplicar tanto a la prevención primaria como a la secundaria. Es posible, por tanto, desde ambas perspectivas diseñar programas de prevención y de intervención, ya sea para actuar sobre el desarrollo del sujeto o de la comunidad o de ambos.

3. Teorías del aprendizaje

La teoría del aprendizaje explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social. Sin embargo, se han propuesto explicaciones a partir de cada uno de los distintos paradigmas de aprendizaje, aunque en el momento actual el que permite explicar de modo comprensivo la conducta de consumo de drogas es la del aprendizaje social, especialmente para su inicio, como veremos posteriormente en otro capítulo. En éste vamos a exponer la explicación del consumo de drogas, basándonos en el condicionamiento clásico y operante.

3.1. Condicionamiento clásico

El condicionamiento clásico es un tipo de aprendizaje que consiste en aparear un estímulo neutro (ej., toque de una campana) con un estímulo incondicionado (ej., comida) que produce una respuesta refleja (ej., salivación). Este estímulo neutro recibe en el proceso de condicionamiento el nombre de estímulo condicionado. Después de que el estímulo condicionado es seguido repetidamente por el estímulo incondicionado (en nuestro ejemplo toque de una campana-comida), la asociación entre ambos se aprende. Luego, el estímulo condicionado por sí solo producirá una respuesta, que se llama condicionada (salivación), sin estar presente el estímulo incondicionado (comida). Esto es, una vez establecido el proceso de condicionamiento se salivará ante el toque de la campana sin estar presente la comida. En el condicionamiento clásico los nuevos estímulos obtienen el poder de producir la conducta respondiente. El ejemplo anterior, es conocido popularmente como el condicionamiento del perro de Pavlov, por ser Pavlov quien descubrió el condicionamiento clásico (Pavlov, 1968), estudiado primero en animales y luego en otras especies como en la humana. Es uno de los modos en que aprendemos distintas conductas desde los estímulos incondicionados innatos como son la comida, la bebida y el aire, mediante la asociación con otros estímulos del ambiente presentes ante los mismos.

Hoy sabemos que muchas respuestas pueden ser clásicamente condicionadas (Klein, 1994). Además, en los humanos tiene gran relevancia el condicionamiento de segundo orden o de orden superior, en donde un estímulo (denominado EC_2) puede producir la respuesta condicionada (RC) sin ser emparejado con el estímulo incondicionado (EI), siempre que haya sido emparejado previamente con otro estímulo condicio-

nado (EC_1). Los procesos de generalización y discriminación facilitan esto.

No siempre emparejar un estímulo neutro con un estímulo incondicionado asegura que se produzca automáticamente la adquisición de la respuesta condicionada. Los factores que determinan si se adquiere o no la respuesta condicionada tras el emparejamiento de estímulo condicionado (EC)-estímulo incondicionado (EI) son (Klein, 1994): 1) el EC y el EI tienen que estar en contigüidad, es decir, el EC debe preceder al EI durante un breve período de tiempo; 2) la magnitud de la RC está determinada por la intensidad del EC, del EI o de ambos; 3) la naturaleza del EC afecta a la magnitud de la RC adquirida tras el emparejamiento EC-EI; 4) el EC debe preceder sin excepción a la aparición del EI; y, 5) el EC debe proporcionar una información más fiable sobre la aparición del EI que otros estímulos del ambiente.

Otro principio importante es el de extinción. La extinción de la RC se produce cuando se presenta el EC sin ir seguido del EI. Ante ello, la fuerza de la RC disminuye de tal modo que si continúan las presentaciones del EC sin el EI finalmente el EC dejará de producir la RC. Sin embargo, puede reaparecer la RC tras la extinción, denominándose a este proceso de recuperación espontánea, lo cual es un grave problema en aquellas personas que han consumido previamente drogas y las han abandonado, ya que más adelante puede producirse este proceso (Klein, 1994).

En el campo de las adicciones y drogodependencias se ha encontrado el modo en que se aprenden dichas conductas de ingestión de drogas, habiéndose realizado la mayoría de los estudios con animales por cuestiones de tipo ético, comprobándose también en parte en humanos. En la tabla 21 se muestran los conceptos básicos del condicionamiento clásico.

Uno de los ejemplos más conocidos es la observación por parte de Wikler (1965) de que aquellos individuos que habían sido adictos a los opiáceos, a veces mostraban señales de un síndrome de abstinencia, meses más tarde de haberse administrado la última dosis, como lagrimeo, bostezos y rinorrea. Esto le llevó a plantear un proceso de condicionamiento, que él llamó con el nombre de *síndrome de abstinencia condicionada*. Esto implicaba que los episodios de abstinencia (respuesta incondicionada) se habrían apareado con estímulos ambientales (estímulos condicionados). Esto implica que la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos puede provocar una respuesta condicionada de abstinencia (Graña, 1994).

A partir de aquí, tanto Wikler como posteriormente otros autores han elaborado explicaciones basadas en el condicionamiento clásico en sujetos dependientes de la heroína y de otras sustancias, donde los conceptos básicos son los de síndrome de abstinencia condicionado, tolerancia condicionada, respuestas condicionadas compensatorias, respuestas condicionadas similares y deseo o querencia (Graña, 1994; Becoña, 1995).

Varios estudios han demostrado que distintos estímulos ambientales influyen en el desarrollo de la tolerancia a las drogas (ej., Siegel, 1976). Este tipo de *tolerancia* se denomina *conductual*, diferenciándola de la *disposicional* (capacidad del organismo para convertir la droga circulante por el torrente sanguíneo en

compuestos inactivos que son excretados) y de la *farmacodinámica* (cambios que se producen dentro de los sistemas afectados de manera que una misma cantidad de droga que alcanza sus lugares de acción produce un efecto menor por la existencia de un mecanismo de contraadaptación en el SNC) (Jaffe, 1982). La tolerancia conductual, a diferencia de las anteriores, no sólo depende de la experiencia directa con la droga sino también de la experiencia con las señales ambientales que están presentes en el momento de la autoadministración de la sustancia (Siegel, 1981). El desarrollo de la misma, tal como describe Graña (1994), es el siguiente: cuando una droga (estímulo incondicionado, EI) se administra, su efecto (respuesta incondicionada, RI) va precedido de la estimulación ambiental en que se realiza la administración (estímulo condicionado, EC). Si la respuesta condicionada (RC) que elicitada por la estimulación ambiental es de signo opuesto al efecto de la droga (EI), entonces se produce una *respuesta condicionada compensatoria*. El ejemplo característico se ha encontrado en animales a los que se les había inyectado morfina que produce analgesia, y que se observaron respuestas de hiperalgia en pruebas de condicionamiento (Siegel, 1975). Si estas respuestas condicionadas compensatorias interactúan con los efectos incondicionados de la droga, el resultado será una debilitación progresiva de dichos efectos a medida que las respuestas condicionadas vayan creciendo. Esta atenuación de los efectos de una droga a lo largo de la repetición de sus administraciones define el fenómeno de la tolerancia condicionada. Este efecto se ha encontrado no sólo en la morfina sino en otras drogas psicoactivas (cfr. Graña y García, 1994; Trujillo, 1994).

Otro fenómeno que se ha observado es el de las *respuestas condicionadas similares*; esto es, se ha observado que algunos sujetos dependientes de la heroína manifiestan efectos subjetivos y fisiológicos similares a los de la heroína cuando se inyectan en su lugar una solución salina (O'Brien y Jaffe, 1993). Generalmente, estos efectos, similares a los de los opiáceos, aparecen inmediatamente después de una autoadministración y no en los momentos anteriores a la inyección. Este fenómeno ha sido ampliamente estudiado dentro del efecto placebo (Becona, 1990; White, Tursky y Schwartz, 1985) y más recientemente empieza a conocerse con el nombre de *efecto placebo de las drogas* (O'Brien, Childress, McLellan y Ehrman, 1993). En este caso se asume que los efectos similares a la droga o "efectos placebo" han sido condicionados en el pasado mediante la exposición a las drogas bajo circunstancias similares. De modo relevante, O'Brien et al. (1993) indican que con los paradigmas de condicionamiento probablemente generan, tanto en animales como en humanos, respuestas condicionadas similares a los efectos de la droga en los estimulantes (anfetaminas y cocaína) y respuestas condicionadas compensatorias en los opiáceos. También se ha postulado que las respuestas condicionadas compensatorias, que median en la tolerancia condicionada, influyen en la querencia o deseo y en el síndrome de abstinencia (Graña y Carrobbles, 1991). Dado que las respuestas condicionadas compensatorias producen una mayor disposición a administrarse la droga, ello implica que las mismas incrementan el deseo o querencia de la droga.

Por tanto, este proceso nos permite explicar por qué una vez que la persona consume se va a mantener consumiendo. Sin embargo, hemos de hacer notar que están presentes otras variables que modulan esto

y que viene a constituir lo que se denomina historia de aprendizaje de la persona, por lo que de los que prueban una sustancia unos seguirán consumiéndola y otros no, siendo un amplio conjunto de factores ambientales e internos los que van a interactuar finalmente con consumir o no consumir o, en caso de consumir, seguir o no consumiendo. Por ello, se analiza la conducta cuando se realiza, no antes de que tenga lugar. Y, cuando se da se explica porque se mantiene o porque se deja de hacer.

Tabla 21. Conceptos básicos del condicionamiento clásico

Aprendizaje. Un cambio relativamente permanente en la capacidad de realizar una conducta específica como consecuencia de la experiencia.

Proceso de condicionamiento clásico. La adquisición de la respuesta condicionada cuando se empareja el estímulo neutro con el estímulo incondicionado.

Estímulo incondicionado (EI). Es un estímulo que puede producir una respuesta instintiva en ausencia de experiencia. Ejemplo: comida, agua, aire.

Estímulo condicionado (EC). Estímulo que en principio siendo neutro adquiere la capacidad de producir una respuesta condicionada como consecuencia de su emparejamiento con un estímulo incondicionado.

Respuesta incondicionada (RI). Una reacción innata ante un estímulo incondicionado (ej., salivación ante la comida).

Respuesta condicionada (RC). Una reacción aprendida ante un estímulo condicionado.

Recompensa. Un objeto satisfactorio que puede fortalecer una asociación E-R (estímulo- respuesta).

Reforzador primario. Las propiedades reforzantes de la actividad son innatas.

Reforzador secundario. Una actividad que ha adquirido propiedades reforzantes debido a su asociación con un reforzador primario.

Condicionamiento de orden superior. Un estímulo (EC_2) puede producir la respuesta condicionada (RC) sin ser emparejado con el estímulo incondicionado (EI), siempre que haya sido emparejado previamente con otro estímulo condicionado (EC_1).

3.2. Condicionamiento operante

La mayoría de la conducta humana se emite libremente, aunque está regulada por sus consecuencias, por los efectos que su emisión produce sobre el medio ambiente. Por ello a nivel técnico cuando explicamos la conducta de este modo nos referimos a conducta operante, recibiendo el nombre de operante cualquier clase de conducta que opera sobre, o afecta, al ambiente. Una conducta puede alterar el medio básicamente de dos modos: añadiendo estímulos que no estaban presentes o retirando estímulos que ya existían. Los

estudios de Skinner (1938,1953) le llevaron a descubrir el condicionamiento operante y los principios derivados del mismo, los cuales partiendo del concepto anterior de operante mostramos en la tabla 22.

Tabla 22. Conceptos y principios de condicionamiento operante

Reforzador. Es un estímulo que, cuando se presenta contingentemente a la emisión de una respuesta operante, tiende a mantener o aumentar la probabilidad de dicha respuesta.

Reforzador positivo. Es sinónimo de recompensa. Es un estímulo que al ser presentado produce un efecto de refuerzo (de mantenimiento o fortalecimiento de la respuesta).

Reforzador negativo o estímulo aversivo. Es un estímulo que fortalece una respuesta (aumenta su probabilidad o tasa de emisión) cuando se elimina contingentemente.

Tipos de reforzadores: primario, secundario y generalizado.

Reforzador primario. Es un estímulo cuyas propiedades reforzantes no derivan de la historia de condicionamiento anterior. Su valor es innato o incondicionado. Estos reforzadores pueden considerarse como "biológicamente dados". Ejemplo: comida, aire, agua.

Reforzador secundario o condicionado. Es aquel estímulo neutro que ha adquirido propiedades reforzantes según el proceso pavloviano del condicionamiento clásico (es decir, por medio de un emparejamiento previo con un reforzador primario). Estos refuerzos aprendidos, que se relacionan con la historia de reforzamiento del sujeto, pueden ser materiales (ej., un objeto), sociales (premios), expresiones como sonreír, cercanía (comer juntos), contacto físico (acariciar), actividades (ej., pasear), etc. Mientras que los reforzadores anteriores son extrínsecos, también pueden ser intrínsecos como un sentimiento de orgullo, la aprobación del propio comportamiento o la realización de la propia conducta.

Reforzador generalizado. Son aquellos reforzadores condicionados que han sido emparejados con más de un reforzador primario y/o secundario. Ej., el dinero.

Estímulo discriminativo. Aunque las conductas están reguladas por sus consecuencias sin embargo la mayoría de las conductas operantes no se emiten al azar, sino que determinadas condiciones estímulares pueden señalar la conveniencia o no de emitir una determinada conducta. Se conoce como estímulo discriminativo a aquel estímulo o situación estimular que señala que si se emite una conducta es probable que obtenga reforzamiento.

Estímulo delta. Es aquel estímulo que señala que si se emite la conducta es probable que no obtenga reforzamiento u obtenga castigo.

Principios básicos del condicionamiento operante: reforzamiento (positivo y negativo) y castigo (positivo y negativo).

Reforzamiento positivo. Consiste en la presentación de una consecuencia agradable que da como resultado un aumento de la respuesta (conducta).

Reforzamiento negativo. Consiste en la retirada de una consecuencia desagradable que da como resultado un aumento de la respuesta (conducta).

Castigo positivo. Consiste en la presentación de una consecuencia desagradable que da como resultado una disminución de la respuesta (conducta).

Tabla 22 (continuación)

Castigo negativo. Consiste en la eliminación (retirada) de una consecuencia agradable que da como resultado una disminución de la respuesta (conducta).

Programas de reforzamiento: razón fija, razón variable, intervalo fijo e intervalo variable.

Programa de razón fija. El reforzador se da después de cada respuesta. Produce una alta frecuencia de respuestas. Produce una irregular descarga de respuestas. Produce más respuestas que en el reforzamiento continuo aunque menos que en el de razón variable.

Programa de razón variable. El reforzador se da después de X respuestas de promedio. Produce una frecuencia muy alta de respuestas. A más alta razón más alta frecuencia. Es muy resistente a la extinción.

Programa de intervalo fijo. El reforzador se da a la primera respuesta que ocurre después de cada X minutos. Para de dar respuestas después del reforzamiento; da un número de respuestas elevadas antes del siguiente reforzamiento. Produce una lenta y gradual disminución de la respuesta.

Programa de intervalo variable. El reforzador se da a la primera respuesta después de cada X minutos de promedio. Produce una frecuencia fija de respuestas. Es muy resistente a la extinción.

El condicionamiento operante permite explicar la conducta y especialmente la de autoadministración de drogas. Como sabemos, el condicionamiento operante ha explicado el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias (ver Labrador y Cruzado, 1993; Martin y Pear, 1999). Cualquier evento estimular que incremente la probabilidad de una conducta operante se denomina estímulo reforzante o reforzador. La droga es un potente reforzador. Un evento estimular que precede y establece la ocasión para la emisión de una respuesta que va seguida de reforzamiento se denomina estímulo discriminativo.

Los opiáceos pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos. Distintos estudios, tanto en animales como en humanos, han demostrado como la morfina es un reforzador positivo. En estos estudios se proporciona morfina a dosis pequeñas, con lo que no hay dependencia física dado que no había síndrome de abstinencia una vez retirada la misma (Graña y García, 1994). De igual modo funciona como un reforzador negativo. Este se relaciona con la náusea, típico componente aversivo de la conducta de autoadministración (Wikler, 1965). Este componente aversivo desaparece con la continua administración de opiáceos, manifestándose de nuevo todas las características de reforzador positivo, una vez establecida la dependencia física. En este caso, al dejar de consumir la sustancia, aparece de forma impredecible el síndrome de abstinencia, que se puede evitar volviendo de nuevo a consumir. Por tanto, esta conducta (consumo) es reforzada negativamente e incrementa su probabilidad de ocurrencia, al eliminar el estado aver-

sivo generado por el síndrome de abstinencia. De este modo, el opiáceo, al funcionar como reforzador negativo, mantiene la conducta de búsqueda y de autoadministración de la droga no por el estado que genera en el organismo sino para aliviar el estado de aversividad; esto es, para aliviar el síndrome de abstinencia.

Muñoz (1997) presenta en un estudio de caso de un heroinómano como una serie de estímulos condicionados (ECs) elicitando respuestas condicionadas (RCs) implicadas en la conducta de búsqueda y autoadministración de drogas y, como una vez conseguida la abstinencia de la heroína, esas RCs pueden extinguirse mediante la exposición a los ECs. Cuando en la situación de entrenamiento se le presentaban los ECs, como papel de plata, el mechero, preparar el tubo para fumar, la papelina llena y abierta, el ritual de autoadministración, etc., el deseo de heroína era importante, disminuyendo a lo largo de la sesión de exposición. Lo mismo ocurría para la percepción de los síntomas de abstinencia y de las respuestas agonistas. También la evaluación de distintas respuestas fisiológicas, como temperatura, tasa cardíaca o respuesta electrodérmica, mostró el mismo patrón anterior. Claramente, por tanto, en el caso de la heroína es claro el proceso de condicionamiento y cómo podemos utilizar las técnicas de condicionamiento para extinguir las respuestas condicionadas. Esto también muestra que tanto en ésta como en otras conductas, los reforzadores tienen una influencia poderosa sobre la conducta humana.

Igualmente reseñable es el fructífero campo de estudio de la interacción del condicionamiento clásico e instrumental. En éste tiene gran relevancia los sucesos ambientales en que ocurre la conducta. Así, sucesos ambientales significativos pueden funcionar como estímulos incondicionados que se asocian a otros estímulos ambientales por medio del condicionamiento clásico. En el consumo de opiáceos existen muchos reforzamientos condicionados asociados a la búsqueda, posesión o consumo de la droga. Así, por ejemplo, una vez que la dosis de droga está disponible para inyectarse, ésta sirve de reforzador condicionado para la conducta de preparación y de estímulo discriminativo para localizar la vena e inyectarse. En general, un estímulo que está asociado con una conducta determinada en una cadena de respuestas, puede llegar a funcionar como un reforzador condicionado para aquellas conductas que le preceden, al mismo tiempo que sirve como un estímulo discriminativo para la siguiente conducta en la secuencia. Además, dado el papel que desempeñan los programas de reforzamiento intermitentes para establecer cadenas de conducta, los reforzadores condicionados adquieren una gran importancia (Graña, 1994).

En los últimos años, de igual modo que ha ocurrido con el condicionamiento clásico, en el condicionamiento operante se considera que los factores cognitivos pueden jugar un importante papel en el mismo. En esta interpretación una operante sería condicionada sólo cuando el organismo interpreta que el reforzamiento está controlado por su respuesta (Seligman, 1975).

Las aplicaciones derivadas del condicionamiento operante, denominadas manejo de contingencias, son amplias. Desde el condicionamiento operante se han derivado un gran número de técnicas de cambio de conducta, tanto en lo que atañe a los principios básicos (reforzamiento y castigo) como a otro amplio con-

junto derivado de las mismas, como son ejemplos la extinción, el moldeamiento, el encadenamiento, el desvanecimiento, el control de estímulos, los contratos de contingencias, etc. Estas técnicas constituyen uno de los pilares básicos de las técnicas de terapia y modificación de conducta, tan utilizados en la clínica como en los programas preventivos. De ahí que constituyan una tecnología sumamente útil para la práctica.

3.3. Teoría del aprendizaje social

En la actualidad suele acudir a la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1982, 1986) para explicar el consumo de drogas. Al integrar tanto el condicionamiento clásico, operante y vicario, permite explicar tanto el inicio como el mantenimiento y abandono del consumo de drogas, aunque es especialmente indicada para explicar el inicio del consumo (Esbensen y Elliot, 1994). En un capítulo posterior presentamos esta teoría de modo más amplio dado que la hemos considerado como una teoría integradora más que simple.

4. Teorías actitud-conducta

Desde mediados de los años 70 se ha producido una importante revolución en el campo actitudinal. Mientras que con anterioridad apenas se encontraba relación entre la actitud evaluada y la conducta real observada, el impulso de autores como Fishbein y Ajzen, Triandis, y un largo etcétera, ha cambiado totalmente el pesimista panorama anterior. Hoy es posible predecir en grado importante la conducta desde la actitud y creencias del sujeto, o desde componentes anteriores o relacionados con la misma como son la norma subjetiva, intenciones conductuales, etc. (Becona, 1986). En este contexto quien ha posibilitado sin duda alguna que la predicción desde componentes previos a la conducta sea posible ha sido la aparición de distintos modelos donde se analiza la relación actitud-conducta y se introducen elementos intermedios para explicar adecuada y predictivamente dicha relación. Entre éstos los dos más relevantes en el campo de las drogodependencias son la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (Fishbein, 1967; Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1980) y la teoría de la conducta planificada de Ajzen (1985, 1988).

4.1. La teoría de la acción razonada

El modelo inicial de Fishbein (1967), con posterioridad denominado modelo de Fishbein y Ajzen por sus

autores (Fishbein y Azjen, 1972, 1975; Azjen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1980), fue finalmente denominado como teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1980). La gran aceptación de esta teoría, como de la posterior de Ajzen, nos lo explica muy bien las palabras de Gergen y Gergen (1981) cuando la definen por su coherencia, integración y afabilidad, al lado de posibilitarnos una predicción fiable sobre las actividades de las personas. Esto es, se asume que los seres humanos se comportan de una manera sensible, tomando en consideración la información disponible y considerando implícita o explícitamente las implicaciones de sus asunciones. Se asume, por tanto, que las conductas que llevan a cabo son conductas voluntarias.

El objetivo central de este modelo es la predicción de la conducta desde la actitud o actitudes del sujeto y de las normas subjetivas, estando ambas mediadas por la intención conductual. Parte de la asunción de que las personas son usualmente racionales y hacen uso de la información que poseen para llevar a cabo su conducta (Ajzen y Fishbein, 1980).

En el libro de Fishbein y Ajzen (1975) es donde más amplia y pormenorizadamente desarrollan su modelo. Revisan los problemas de las definiciones de actitudes, y concretamente la de "predisposición aprendida a responder de una manera consistentemente favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado" (pág. 11), o "la localización personal sobre una dimensión bipolar o afectiva con respecto a algún objeto, acción o evento" (pág. 216). Para ellos, afecto y evaluación son intercambiables. Según esta última definición, la actitud se mediría con escalas bipolares afectivas o evaluativas respecto a un objeto dado. En el citado libro dedican también un buen número de páginas en defensa de las escalas bipolares en contraposición a las unipolares (Fishbein y Ajzen, 1975).

Esta definición es el punto de arranque. A partir de la misma desarrollaron su esquema conceptual. Desde la perspectiva tradicional de los componentes de las actitudes consideran cuatro: afecto, cognición (que incluiría opiniones y creencias), conación (intenciones conductuales) y conducta (observada a través de los actos). Su concepción teórica se compone de los siguientes elementos: actitud, creencias conductuales, evaluación de estas creencias conductuales, norma subjetiva, creencias normativas, motivación a acomodarse, intención conductual, y conducta. En la figura 2 se indica la relación entre los distintos componentes de la teoría, componentes que pasamos a continuación a analizar.

La actitud, al contrario que otros autores, no se considera aislada, sino que está determinada por las creencias o información que tiene el sujeto sobre el objeto de actitud, y la evaluación de ese objeto, que especifican matemáticamente del siguiente modo (Fishbein y Ajzen, 1975):

$$A = \sum_{i=1}^n b_i x_i e_i$$

donde A es la actitud hacia un objeto, acción o evento; b es la creencia sobre los atributos del objeto o sobre las consecuencias de los actos; e es la evaluación; i son los atributos o consecuencias, y n es el número de ellos. El índice indica la suma de las creencias relevantes (n) después de haber multiplicado cada una de ellas por su evaluación. De los dos componentes actitudinales, creencias y evaluación, las primeras han sido objeto de una mayor atención. La creencia tiene como misión enlazar un objeto con un atributo. El objeto de la creencia puede ser tanto una persona, como una institución, una conducta, un evento, etc., mientras que los atributos son propiedades, cualidades, características, resultados, otro objeto, etc. En la proposición creencial “la cocaína es una droga”, el objeto es “cocaína”, mientras que el atributo es “droga”. En este caso el objeto sería un concepto mientras que el atributo una cualidad del mismo.

Debido a que las personas pueden diferir en la fuerza de sus creencias entre el objeto y el atributo de las mismas, Fishbein y Ajzen (1975) recomiendan que se mida la fuerza de la creencia, o simplemente la “creencia” sobre una dimensión de probabilidad subjetiva en la que estarían tanto el objeto como el atributo de la misma.

Consideran tres tipos de creencias: a) *creencias descriptivas*, fruto de la observación directa; b) *creencias inferenciales*, que se forman por dos posibles fuentes: razonamiento silogístico, que viene a ser una consistencia probabilística, y las basadas en la noción de atribución causal y balance de Heider, que viene a ser una consistencia evaluativa; y c) *creencias informacionales*, debidas a una fuente externa y que muchas veces pueden dar lugar a creencias descriptivas.

Por su parte, las creencias que determinan las actitudes del sujeto son las llamadas *creencias sobresalientes*, nunca más de 5 +/- 4 al aplicar la teoría de la información a las mismas. Por ello no es preciso utilizar un gran número de ellas, sino sólo aquellas que tienen importancia en la vida del sujeto. Aunque hasta el número 9 se pueden considerar creencias sobresalientes del sujeto. Fishbein y Ajzen (1975; Ajzen y Fishbein, 1980) creen que sólo las dos o tres primeras son las sobresalientes y las demás redundantes o carentes de importancia, aunque a nivel empírico la determinación de este punto es problemático.

Junto a las creencias sobresalientes están las denominadas *creencias sobresalientes modales*, que son las creencias importantes de la población general o de la población de la que hemos extraído la muestra. Las creencias más frecuentes elicítadas por la muestra representativa de la población dada son las creencias sobresalientes modales de la misma.

Como anteriormente hemos indicado, la actitud es el resultado del producto de las creencias sobresalientes del sujeto, por la evaluación de los atributos o consecuencias a ejecutar la conducta objeto de la actitud. Hemos indicado la importancia que tienen las creencias en la determinación de la actitud, pero tenemos que tener en cuenta también el otro componente de la misma: la evaluación. La *evaluación* consiste sencillamente en la “localización de los respondientes sobre una dimensión evaluativa bipolar” (Ajzen y Fishbein, 1980, pág. 55-56). A nivel práctico suele hacerse lo anterior mediante las escalas del diferencial

semántico, que son bipolares, o con escalas adaptadas a partir del mismo; en otros casos, mediante escalas de probabilidad, escalas unipolares, etc. Un ejemplo aparece en la tabla 23.

Tabla 23. Ejemplo de evaluación de los distintos componentes de la teoría de la acción razonada para la conducta de fumar

Conducta: Número de cigarrillos fumados.

Intención conductual: Se evalúa mediante una escala bipolar de probabilidad (probable- improbable) de siete puntos a la pregunta “yo tengo la intención de fumar cigarrillos en los próximos 7 días”.

Norma subjetiva: Se evalúa mediante una escala bipolar de 7 puntos (debería-no debería) a la afirmación “muchacha gente que es importante para mí piensa que yo /debería ... no debería/ fumar cigarrillos en los próximos 7 días”.

Actitud hacia fumar cigarrillos: Se evalúa mediante nueve escalas bipolares (ej. bueno-malo) de 7 puntos a la afirmación “para mí fumar cigarrillos en los próximos 7 días es:”.

Creencias conductuales: Se evalúan sobre una escala de probabilidad de 7 puntos sobre creencias relevantes para la población (ej., fumar me produce placer, fumar me produce entretenimiento, etc.).

Creencias normativas: Se evalúan mediante una escala bipolar (debo/no debo) de 7 puntos sobre personas relevantes para el sujeto como sus padres, amigos, familiares, no fumadores, etc.

Motivación a acomodarse: Se evalúa mediante una escala de probabilidad de 7 puntos respecto a las anteriores creencias normativas “generalmente hablando, yo quiero hacer lo que mis /.../ piensan que yo haría”.

Fuente: Becoña (1986, 1993)

Como ya hemos apreciado en la figura 2, la actitud por sí sola no es suficiente para predecir la conducta, o la intención a ejecutarla. La intención, paso previo a la conducta, está determinada por dos componentes: la actitud hacia la conducta, de la que anteriormente hemos indicado como la conceptúan Fishbein y Ajzen, y de la norma subjetiva. La *norma subjetiva*, a su vez, está compuesta de dos elementos: las creencias normativas y la motivación a acomodarse con los referentes específicos, que matemáticamente se expresa del siguiente modo (Fishbein y Ajzen, 1975):

$$NS = \sum_{i=1}^n bn_i \times m_i$$

donde NS es la norma subjetiva, bn es la creencia normativa del grupo referente o individuo i , m es la motivación a acomodarse con el referente i , y n es el número de referentes relevantes.

Por creencia normativa se entiende la creencia que el sujeto tiene de lo que ciertos referentes (personas,

amigos, padres, novio, etc.) piensan de si puede o no ejecutar la conducta en cuestión. Un ejemplo de creencia normativa puede ser "mis amigos piensan que yo debo consumir cocaína cuando voy de copas". Como en el caso de las creencias conductuales, las creencias normativas se pueden formar por un proceso de inferencia y también, aunque con más dudas, pueden ser inferidas de las actitudes percibidas de los referentes hacia la ejecución de una conducta dada (Fishbein y Ajzen, 1975). De modo similar a las creencias conductuales también podemos obtener las *creencias normativas modales* o lista de referentes que son mencionados con mayor frecuencia por los sujetos.

El otro componente de la norma subjetiva es la motivación a acomodarse con el referente. Este concepto ha sufrido ligeras variaciones en los últimos años. En 1975 Fishbein y Ajzen consideraban a este concepto sólo a nivel tentativo por ser menos conocido, debido en gran parte a las distintas interpretaciones que el mismo podía tomar. Allí sugerirían que la motivación a acomodarse podría ser vista como la intención a acomodarse con el referente en cuestión, con lo que matemáticamente se expresaría del siguiente modo:

$$m \sim I_c = (A_c) w_1 + (SN_c) w_2$$

donde m es la motivación a acomodarse con el referente R , I_c la intención a acomodarse con el referente R , A_c la actitud a condescender con el referente R , SN_c la norma subjetiva a acomodarse con el referente R , y w_1 y w_2 los pesos obtenidos empíricamente, de los que hablaremos más adelante. La fórmula anterior es un calco de la intención conductual de su sistema teórico, como más adelante veremos. Ajzen y Fishbein (1980) luego han mantenido el concepto de motivación a acomodarse con el referente pero sin hacerlo equivalente a la intención de acomodarse con el referente (I_c) como habían planteado con anterioridad.

Volviendo de nuevo a la figura 2 apreciamos que las flechas convergen hacia un punto, hacia la intención conductual. La intención conductual es quizás el aspecto más importante de la teoría de Fishbein y Ajzen. La actitud, en cambio, es importante pero sólo es un paso dentro de todo el constructo teórico que lleva finalmente a la intención antes de pasar a la conducta. Algebraicamente la intención conductual (I) se representa del siguiente modo:

$$I = (A) w_1 + (NS) w_2$$

donde A es la actitud hacia la conducta, NS la norma subjetiva, y w_1 y w_2 pesos obtenidos empíricamente. La anterior ecuación da paso, al sustituir los valores de A y SN anteriormente discutidos, a la siguiente:

$$I = \sum_{i=1}^n b_i x_{e_i} w_1 + \sum_{i=1}^n b n_i x_{m_i} w_2$$

$$I = \sum_{i=1}^n b_i x_{e_i} w_1 + \sum_{i=1}^n b n_i x_{m_i} w_2$$

donde b es la creencia i sobre x , e_i es la evaluación de b por x , $b n_i$ es la creencia normativa, m_i es la motivación a acomodarse con el referente, y n es el número de eventos o creencias normativas, según sea la primera o segunda parte del sumatorio que compone la ecuación.

Los anteriores conceptos son todos conocidos a excepción de los pesos. Estos se obtienen empíricamente a partir de un análisis de regresión múltiple del que se utiliza el valor R o el de los coeficientes de regresión estandarizados, y donde los predictores son la actitud y la norma subjetiva y el criterio la intención conductual. Se utilizan pesos así obtenidos por no ser fácilmente asequible, tanto para la actitud como para la norma subjetiva, el valor de cada individuo respecto a cada conducta en una situación dada.

En nuestra exposición de la teoría de Fishbein y Ajzen hemos partido del análisis de las partes para confluir en la intención conductual, pero es precisamente de ésta de donde debemos partir para la realización de los estudios empíricos y de las investigaciones actitudinales. Por ello, la intención conductual se compone, siguiendo a Fishbein y Ajzen, de cuatro elementos distintos: la conducta, el objeto al que la conducta va dirigida, la situación en que la conducta se realiza y el tiempo en que la conducta es ejecutada. Todos los elementos anteriores están a su vez en función de la especificidad o la generalidad de la conducta. Este es un importante concepto, que afecta a la relación actitud-conducta. El nivel más específico de las intenciones (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1977, 1980) sería aquel en el que la persona se propone realizar un acto particular con respecto a un objeto dado en una situación específica y en un momento dado del tiempo. El nivel más general sería, por ejemplo, que la persona se propone ser amistosa (hacia cualquier conducta, objeto, situación o tiempo). La no adecuación entre los criterios de especificidad entre la intención conductual y la actitud evaluada puede ser una clara fuente de inconsistencia entre ambas.

De modo similar a los conceptos anteriores, la intención conductual se evalúa mediante la probabilidad subjetiva, porcentajes, etc., del sujeto respecto a realizar una conducta dada, y es definida por Fishbein y Ajzen (1975) como la "localización personal sobre una dimensión de probabilidad subjetiva envolviendo una relación entre sí mismo y alguna acción" (pág. 128).

En el punto final del modelo teórico tenemos lo real, lo observable, la conducta. A ella hay que referenciar todos los elementos teóricos anteriormente citados. La *conducta*, de modo similar a la intención, está compuesta para Ajzen y Fishbein (1980) de cuatro elementos: la acción, el objeto al que se dirige, el contexto en el que tiene lugar y el tiempo en que ocurre. De igual modo que en el caso de las intenciones conductuales es muy importante su nivel de especificidad. De este modo Fishbein y Ajzen hacen la distinción entre criterios conductuales de observación de un acto simple, de observación repetida de un mismo acto simple, y simples o repetidas observaciones de distintas conductas. Los dos polos podríamos decir que son (Ajzen y Fishbein, 1980): acciones simples y categorías conductuales. En esta última clasificación el acto o acción simple es la particular conducta ejecutada por un individuo, mientras que la categoría conductual

envuelve un grupo de acciones (ej., estar a dieta). Cuando no hay adecuación entre la conducta y las actitudes en el mismo nivel de especificidad, es de esperar encontrar inconsistencia en los resultados. Se recomienda, por ello, que la intención y el criterio conductual estén en el mismo nivel de especificidad.

A parte del grado de correspondencia, otro factor que influye en la fuerza de la consistencia intención conductual-conducta es, o puede ser, el tiempo transcurrido entre la evaluación de ambas. De este modo al poder variar las intenciones a través del tiempo (Ajzen y Fishbein, 1980) es conveniente realizar su medición, así como la de la conducta lo más cercanas entre sí.

En el modelo de Fishbein y Ajzen no se incluyen variables de personalidad, demográficas u otras. A estas variables las denominan variables externas y como su nombre indica sólo pueden afectar a alguno de los componentes del modelo pero sólo de modo indirecto. Además, verificar qué elemento del modelo está siendo influido resulta complicado saberlo y no resulta entonces útil. El modelo en sí tiene suficiente coherencia y validez, según sostienen sus autores, como para poder prescindir claramente de estas variables. Algunos ejemplos donde se ha aplicado esta teoría en el campo de las drogodependencias los encontramos para el uso o consumo de distintas drogas (Lacy, 1981), y especialmente el consumo de marihuana (Ajzen, Timko y White, 1982), alcohol (Schlegel, Crawford y Sanborn, 1977), fumar cigarrillos (Becoña, 1986), etc. En ellos los resultados muestran que la teoría de Fishbein y Ajzen permite predecir, a nivel significativo, desde sus componentes previos tal como propugna, las conductas relacionadas con el abuso de sustancias. Como un ejemplo citamos el estudio de Becoña (1986). En éste el objetivo era predecir la conducta de fumar, donde encontró que, en una muestra de fumadores y no fumadores, la conducta de fumar o no cigarrillos se predecía significativamente de la intención conductual a fumar y a su vez ésta de la actitud hacia la conducta y de la norma subjetiva. De igual modo había una correlación significativa entre la suma de las creencias conductuales y la evaluación de los resultados, así como la suma de las creencias normativas por la motivación a acomodarse a las mismas. En la figura 3 pueden verse los valores obtenidos en los cuatro componentes más importantes de esta teoría.

El estudio de Becoña (1993) obtiene resultados semejantes, en este caso para la predicción de la abstinencia o no en fumadores participantes en un programa para dejar de fumar.

Claramente, los anteriores estudios muestran que la conducta se predice desde la intención conductual; ésta desde la actitud y la norma subjetiva; la actitud desde las creencias conductuales y la evaluación de las mismas; y, la norma subjetiva, desde las creencias normativas por la motivación a acomodarse con cada referente. Sin embargo, también hay que decir que el nivel alcanzado de predicción es adecuado por lo que atañe a la conducta desde la intención conductual, pero lo que consigue en menor grado la actitud y la norma subjetiva es predecir la intención que, aunque lo hace a nivel significativo, el grado de explicación que nos proporciona es menor. Lo mismo ocurre en la predicción de la actitud y la norma subjetiva desde sus componentes previos. Por ello, a pesar de que esta teoría se ha utilizado mucho en la década de los 70 y 80 ha decaído en los últimos años, especialmente en el campo de las drogodependencias. Aún

así, esta teoría resultar útil cuando nos interesa predecir la conducta desde las intenciones, creencias, intenciones o actitudes (ej., Becona, 1993), bien sola o combinada con otros componentes.

Igualmente hay que reconocer que muchos programas preventivos se basan en la misma para evaluar los componentes actitudinales, intención conductual y conducta. De ahí que se seguirá utilizando en los próximos años. En este caso una adecuada utilización de la misma es imprescindible para obtener buenos resultados, especialmente en que consigamos una buena adecuación entre esa conducta específica y los componentes internos al sujeto también específicos que nos interesa evaluar.

4.2. La teoría de la conducta planificada

Ajzen (1988), que junto con Fishbein elaboraron y expandieron la teoría de la acción razonada, a mediados de los años 80, propuso la teoría de la conducta planificada, como una extensión de la teoría anterior. El nuevo elemento que introduce es el del control conductual percibido. A partir del mismo, y junto a la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva predicen la intención conductual. A su vez, en algunos casos, el control conductual percibido también puede ser un predictor directo de la conducta junto a la intención conductual (ver figura 4). Por tanto puede existir una unión directa entre el control conductual percibido y la conducta, representado en la figura 4 en una línea discontinua. Esto significa que en ocasiones el control conductual percibido puede también predecir la conducta independientemente de la intención conductual. Esto implicaría que el control conductual percibido puede influenciar la conducta indirectamente a través de las intenciones y directamente la conducta. Sin embargo, esto no ocurre siempre. Suele encontrarse cuando hay algún acuerdo entre las percepciones de control y el control actual que tiene la persona sobre la conducta.

La base de esta nueva teoría está en que revisando distintos estudios, Ajzen (1988) encuentra que la predicción entre la intención conductual y la conducta es alta, entre 0.72 y 0.96. Esto es de gran importancia porque la relación que se encuentra entre la actitud y la conducta es mucho más baja, dado que la conducta está mediada fundamentalmente por la intención conductual. Como ejemplo, en el estudio de Ajzen, Timko y White (1982) la actitud hacia fumar marihuana en las próximas 3 ó 4 semanas correlacionó 0.53 con el consumo o no después de ese período de tiempo mientras que la relación entre la intención conductual de fumar marihuana dentro de 3 ó 4 semanas y hacerlo después de ese tiempo fue de 0.72. También se asume que las intenciones pueden cambiar con el tiempo, dado que no son estáticas ni rasgos de personalidad. Cuanto más tiempo pasa hay una mayor probabilidad de que cambien.

Una distinción que introduce Ajzen sobre la intención conductual en su teoría es la de que es mejor que sea considerada como "una intención de intentar realizar cierta conducta" (p. 132). Con ello le permite introducir más adecuadamente la nueva variable de control conductual.

Una vez clarificado el hecho de que las intenciones conductuales son el principal predictor de la conducta, otro paso de gran relevancia es conocer qué variables predicen dicha intención conductual. Aquí Ajzen (1988) amplía la teoría de la acción razonada. En ésta la intención está en función de dos determinantes, uno personal (la actitud) y otro que refleja la influencia social (norma subjetiva), como ya hemos visto anteriormente. Si es de interés notar que dependiendo de a qué conducta nos estamos refiriendo, en unos casos tendrá más importancia la actitud y en otros la norma subjetiva para predecir la intención conductual. Como un ejemplo, en el estudio de Ajzen et al. (1982) sobre fumar marihuana, la correlación de la actitud y norma subjetiva con la intención conductual fue de, respectivamente, 0.79 y 0.45, con un coeficiente de regresión de 0.74 y 0.13 para una correlación múltiple de 0.80.

Aunque Ajzen (1988) reconoce que la teoría de la acción razonada tiene un alto nivel predictivo para conductas voluntarias que el sujeto puede hacer o no, tiene mayor problema para la predicción de aquellas conductas en las que la persona ejerce un control volitivo incompleto. Un buen ejemplo es el del fumador que quiere dejar de fumar y, por tanto, tiene la intención de dejar de fumar, pero no es capaz de conseguirlo, de ahí que haya poca relación entre su intención conductual y la conducta. La teoría de la acción planificada intenta solventar este hecho al introducir el control conductual percibido, que determina directamente la intención conductual junto a la actitud y la norma subjetiva; también en ocasiones directamente a la conducta. De ahí que la teoría de la acción planificada viene a ser una extensión de la teoría de la acción razonada y el elemento central de la misma es el control conductual percibido, pero para las conductas que no están bajo el control voluntario completo del sujeto.

El control conductual es visto como un continuo, donde en unos casos se ejerce un control total, como por ejemplo cuando se decide o no leer un libro, pero en otros es difícil, como ocurre con las distintas conductas adictivas. Dentro del control volitivo, Ajzen (1988) analiza varios factores que pueden influenciar el grado de control que una persona tiene sobre una conducta dada. Distingue entre ellos factores internos y factores externos. Entre los internos considera la información, habilidades y capacidades junto a las emociones y compulsiones. Dentro de los factores externos la oportunidad y la dependencia de otros.

Por tanto, habrá tres determinantes independientes de la intención conductual: la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el grado de control conductual percibido. Esto es, el grado percibido de facilidad o dificultad de realizar la conducta, el cual estará relacionado tanto con las experiencias pasadas como con impedimentos u obstáculos anticipados. Lo que se evalúa en esta variable no es el control que la persona tiene en una situación dada sino los efectos posibles del control conductual percibido sobre la ejecución de los objetivos conductuales.

De modo semejante y ampliando la teoría de la acción razonada, de la que parte, en esta teoría se consideran junto a las creencias conductuales y a las creencias normativas las creencias de control, que son las que conforman el control conductual percibido.

Finalmente, la evidencia que presenta Ajzen (1988) de su teoría para distintas conductas, especialmente

para las que no es posible ejercer siempre un control voluntario o el control está fuera de la persona, es que su teoría predice con un mayor nivel que la teoría de la acción razonada. En cambio, para las conductas donde la persona puede ejercer un claro control sobre las mismas, esta teoría no mejora la predicción de la teoría de la acción razonada, lo que a su vez es una muestra más de que su adecuación es para las conductas donde la persona no puede ejercer un total control sobre su conducta.

5. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales

5.1. Del modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. (1986) a la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996)

5.1.1. Modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. (1986)

El modelo de Kaplan et al. (1986a, 1987, 1988) tiene como premisa principal que los adolescentes buscan la aceptación y la aprobación para su conducta. Cuando su conducta se desvía de las expectativas de conducta de sus padres, profesores y otras personas a las cuales consideran importantes sus opiniones, ello se convierte en una fuente de malestar psicológico que deben resolver. Cuando pierden el favor de los adultos que les dan afecto y sus figuras de autoridad, entonces aparecen sentimientos de autorrechazo que requiere una respuesta correctiva o compensatoria. Esta respuesta puede tomar varias formas y se engloba en el modelo de mejora de la estima. Las respuestas sociales negativas y las sanciones pueden resultar en un cambio en la conducta del adolescente hacia la conformidad con las expectativas de los padres u otras figuras de autoridad, aliviando de este modo las fuentes de malestar y restaurar la autoestima. Pero estas acciones no siempre resuelven el malestar. Los adolescentes pueden encontrar que cambiar las opiniones negativas de otros no es completamente un acto volitivo personal. Pueden haber ocurrido acontecimientos que hayan cambiado la imagen que tienen del adolescente, que hace luego difícil cambiar su opinión sobre ellos. El adolescente puede apreciar este coste personal que le tiene moverse hacia la conformidad, dado que exige perder los refuerzos de su conducta anterior y cambiar su autoimagen, rechazando los valores de sus iguales, tal como se le pide. Por ello, una parte de los adolescentes encuentran más deseable continuar con la conducta que no es aceptada por sus padres o profesores. Cuando ocurre esto, para afrontar las reacciones negativas pueden desarrollar actitudes para mantener su conducta. Conforme pasa el tiempo, las sanciones negativas de las figuras de autoridad pierden el control social que tenían sobre el adolescente. Cuando ocurre, lo más probable es que el adolescente encuentra más deseable continuar con su conducta que es rechazada por padres y profesores, aceptando ahora la

conducta de sus iguales desviados, incrementando así su justificación para la conducta desviada. Al tiempo, proporciona un contexto potencial de aprendizaje social para el uso de drogas.

A pesar de que este modelo es simple, no se ha visto totalmente confirmado, por lo que existe poca investigación con el mismo (ej., Kaplan et al., 1986b). Un ejemplo reciente de la utilización de este modelo ha sido realizado por Vega et al. (1996).

Los individuos están motivados para recibir autoaceptación y evitar sentimientos de autorrechazo al conformarse a las expectativas de la conducta de grupo o buscar los valores de la sociedad que son reforzantes. La elección de una conducta convencional o desviada depende de varios factores: las distintas fuentes de socialización en el ambiente del adolescente, incluyendo las asociaciones con iguales, acceso percibido a las oportunidades que proporciona la sociedad, la historia de conflictos familiares o el bajo ajuste escolar, definiciones sociales internalizadas de la baja autovalía y la búsqueda de riesgo y rebeldía. Si la conducta convencional es más difícil de mantener o es menos reforzante que la conducta desviada aparecerá un deterioro de la adecuación a las normas convencionales y vínculos sociales que lo sustentan. Aunque se asume que la conducta convencional es normativa, ésta puede que no sea el caso porque las actitudes que favorecen la conducta desviada están más disponibles o atractivas para algunos individuos para solventar sentimientos o autorrechazo que emerge de las interacciones sociales con las figuras de autoridad, tal como padres y profesores.

El modelo de mejora de la estima es un ejemplo de una teoría general de la desviación basada en la literatura sobre crimen y delincuencia. Se parte de que la conducta de uso de drogas es una parte de la conducta delincuente (Kaplan, Johnson y Bailey, 1988) o que una está íntimamente unida a la otra. Así, para Kaplan y Johnson (1991) "el reforzamiento de la conducta desviada ocurre vía los efectos de las sanciones negativas sobre: 1) incrementar la alienación desde el mundo convencional, 2) incrementar la interacción con los iguales desviantes, y 3) motivar a la persona a considerar positivo, identificarse con el estatus desviante y conformarse con las expectativas normativas para el estatus desviante que define la conducta desviante como apropiada" (p. 117).

En la replicación del modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. por parte de Vega et al. (1996), utilizan las siguientes variables: uso ilícito de drogas, autorrechazo (autodesprecio, rechazo por los padres, rechazo por los profesores), disposición a la desviación (actitudes favorables hacia la desviación, actitudes desfavorables hacia la desviación), drogas utilizadas y aprobadas por sus iguales y haber tenido problemas relacionados con el consumo de drogas. Sus resultados encuentran evidencia para el modelo, donde la disposición a la desviación es predicha por el autorrechazo y el uso de drogas por la disposición a la desviación. Igualmente, incluyendo el uso de drogas previo se incrementa el poder predictivo, así como el uso de drogas y su aprobación por los iguales. De modo semejante, tienen una clara relación predictiva del posterior uso de drogas. Este estudio muestra como las sanciones sociales negativas pueden funcionar como una justificación para continuar la conducta desviada. La varianza explicada en el estudio de Vega et al. (1996) para el consumo de drogas en el tiempo 3 fue del 45%, lo cual es un buen resultado. De este estudio, Vega et al. (1996) concluye que "los adolescentes que utilizan drogas en el período entre la temprana y media

adolescencia tienen experiencias sociales y afiliaciones de iguales consistentes con la teoría, y éstas están relacionadas con continuar con la conducta de uso de drogas y de consumir otras nuevas" (p. 141).

5.1.2. Teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996)

Recientemente Kaplan (1996), en la línea de otros autores, redenomina a su teoría con el nombre de teoría integrativa de la conducta desviada, aplicable tanto a conductas delictivas como al abuso de sustancias psicoactivas. En su teoría se combinan distintas teorías o elementos relevantes de las más importantes que se han utilizado para explicar la conducta desviada. Muchas de las que utiliza tienen como central el concepto de desviación o lo utilizan como un elemento esencial. La teoría integrativa sintetiza, en esta línea, teorías o elementos previos de la teoría del self, teoría del estrés, teoría del control, teoría de la asociación diferencial, teoría del aprendizaje social y teoría del rotulado. La diferencia de su formulación respecto a otras está en que asume que realizar un acto que se considera desviado respecto a una norma es visto como adaptativo por esa persona, en función del marco normativo particular de ella que lo considera adaptativo, o de las expectativas del grupo concreto que lo definen como adaptativo.

De modo semejante a lo que propone en su modelo de mejora de la estima (Kaplan, et al., 1986a, 1987, 1988), de la que ésta es una mera actualización, es necesario que la persona encuentre el modo de poder valorarse positivamente a sí misma a través de la valoración positiva de las personas que le rodean. Cuando no encuentra aceptación de las mismas, aún implicándose en conductas convencionales, entonces estará más motivada a implicarse en actividades no convencionales de tipo desviado. Con ello puede disfrutar de nuevas experiencias, refuerzos y sentimientos de autorrespeto. Llevar a cabo esto puede implicar realizar actos ilegales, lo que ahora no le preocupará, ya que rechaza las normas convencionales y se aleja de sus adultos de referencia. Esto puede ser debido a expectativas inadecuadas sobre sí mismo o a la ausencia de adecuados recursos para afrontar esas situaciones, tanto de tipo congénito (ej., fuerza, inteligencia), como fracasos en adquirir las habilidades y destrezas necesarias para enfrentarse al ambiente como resultado de una inadecuada socialización o falta de habilidades de afrontamiento, no tener un sistema de apoyo social adecuado, la ocurrencia de eventos vitales importantes o las atribuciones desviadas por otros sistemas sociales.

La explicación que da Kaplan (1996) para que la persona, una vez que ha realizado actos desviados se mantenga haciendo los mismos, es debido tanto al reforzamiento positivo como al debilitamiento de la disuasión de realizar actos desviados que tenía previamente. También a disponer de continuas oportunidades de realizar la conducta desviada. Así, la conducta desviada es reforzada de dos maneras: 1) satisfaciendo la realización de esas conductas importantes necesidades para la persona, lo que hará que la probabilidad de repetición se incremente, y 2) la conducta desviada crea una necesidad que es satisfecha, continuando haciendo o repitiendo el acto desviado, o por la estructuración social que facilita la continuación o repetición del acto desviado. Además, la sociedad responde de modo opuesto a su conducta ante

las primeras desviaciones, de ahí que le sea más difícil luego adaptarse a las normas de la sociedad convencional. Este autorrechazo se incrementa cuando le aplican sanciones negativas por su conducta desviada. De ahí que cuanto antes lleve a cabo conductas desviadas, y si encuentra apoyo en otros desviados para las mismas, se le incrementan las expectativas para adecuarse a las conductas desviadas de ellos para así satisfacer sus necesidades.

La evaluación de este modelo en un estudio específico (Kaplan, 1996) indica que la misma tiene considerable apoyo. Por ejemplo, la predicción de la conducta desviada en el tiempo 3 obtenía un coeficiente de correlación múltiple de 0.51, lo que significa un 51% de varianza explicada; para el uso de drogas explicaba un 42% de la varianza para ese mismo período de tiempo.

5.2. Modelo basado en la afectividad de Pandina et al.

Hay algunos modelos que utilizan el concepto de efectividad para explicar el consumo de drogas. Pandina, Jonhson y Labouvie (1992) revisan el papel de la afectividad como un mecanismo clave en la determinación y el control de la conducta, haciendo énfasis en la relación entre el afecto negativo, un arousal elevado y la vulnerabilidad al abuso de drogas para comprender el desarrollo del consumo de drogas. Posteriormente, exploran la relación teórica entre la afectividad negativa, el arousal y la vulnerabilidad al consumo de drogas (Pandina et al., 1992). Ellos parten de los conceptos de afectividad negativa de Watson y Clark (1984) y Watson y Tellegen (1985) y de activación de Ford (1987). Además incorporan el circuito del sistema nervioso central que está asociado con el reforzamiento positivo y negativo, castigo y los mecanismos que controlan las conductas de aproximación, evitación y conductas de escape. Las drogas de abuso son potentes inductores de afecto positivo y reducen el afecto negativo a través de la modulación de los circuitos neurales que de modo inherente favorecen estas funciones naturales (Goldstein, 1995; Wise y Bozarth, 1987). Pandina et al. (1992), partiendo de las observaciones de Wise y Bozarth (1987) postulan que las drogas con un alto potencial adictivo pueden tener la propiedad de una estimulación general de los circuitos neuronales, típicamente asociados con la conducta de aproximación (drogas farmacológicas tan diferentes como la marihuana, el alcohol, etc., tienen propiedades comunes de inducción a la estimulación y promueven la conducta de aproximación) y una estimulación más específica de los circuitos asociada con el reforzamiento positivo y negativo y, por extensión, el castigo. Asumiendo que la naturaleza de la acción de las drogas es la postulada, Padina et al. (1992) hipotetizan que cabría esperar que, aquellos sujetos en los que es más probable que encuentren atractiva y deseable la intoxicación con drogas, son los que crónicamente necesitan de niveles elevados de activación (o, de otra manera, que tienen una sensibilidad especial a la estimulación resultante de la activación) y quienes se pueden caracterizar como deprivados crónicamente de reforzamiento positivo.

Es más, Pandina et al. (1992) esperan que aquellos que están privados crónicamente de reforzamiento positivo estén dominados por persistentes y generalizados estados de ánimo negativo. En los individuos en los cuales el repertorio del reforzamiento está dominado por el reforzamiento negativo o castigo son vistos como privados de refuerzo. La satisfacción de estas necesidades y alivio de los estados de ánimo negativos puede, al menos temporalmente, ser lograda por la ingestión de drogas y la consiguiente intoxicación, lo cual sirve para activar, al menos temporalmente, los circuitos neurales asociados con el reforzamiento positivo y la aproximación.

Dada la satisfacción, aunque sea temporalmente, el resultado de la intoxicación para los individuos con un perfil de alta afectividad negativa-activación, se espera que el uso, una vez iniciado, persistirá a través del tiempo y se incrementará en intensidad. Por lo tanto, los individuos con un perfil de alta afectividad negativa-activación serán más vulnerables para pasar de un consumo casual a otro experimental o de abuso.

En el estudio que realizaron para probar estas hipótesis encontraron evidencia favorable a las teorías de vulnerabilidad en las que los estados crónicos elevados de afectividad, particularmente los que son expresados y experimentados como aversivos, como un excepcional reforzamiento, así como la presión que los acompaña para regular tales estados (a través del mantenimiento, intensificación o disminución), juegan un papel clave en estimular y sostener niveles elevados de uso de drogas y en la transición al abuso. Los factores que pueden generar o sostener una afectividad negativa y activación, todavía están por dilucidar. Factores biológicos, psicológicos y socioambientales podrían modelar el tono afectivo. La prevención y el tratamiento deberían centrarse en la reducción de las condiciones y circunstancias que promueven tales estados crónicos. Aprender el manejo de la afectividad puede ser el principal desafío para manejar el abuso y dependencia y la adicción.

6. Modelos basados en el enfoque sistémico y en los modelos de familia derivados de ellos

Los modelos de familia ven el consumo de sustancias u otro tipo de problemas como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar (Waldrom, 1998). La conducta de consumo de sustancias se puede entender que cumple una importante función en la familia, permitiendo a ésta enfrentarse con estresores internos o externos o mantener otros procesos que se han establecido en la organización del sistema. El concepto central en los modelos de terapia familiar es el de la familia como "sistema" (Baker, 1998; Lebow y Gurman, 1998; Foster y Gurman, 1988; Nichols y Schwartz, 1998). El concepto de "sistema" en relación a las familias ya aparece en algunas publicaciones al menos desde 1951, aunque no se conoce con precisión cuando se introdujo el concepto de sistema por primera vez. Las teorías familiares se nutrieron de la terminología de la

teoría general de sistemas (von Bertalanffy, 1948). El término sistema, considerado en este contexto, se refiere a que las experiencias y conductas de una persona están asociadas y dependen de la conducta de los otros miembros de la familia. El entender a la familia como un sistema supone considerar que el todo es más que la suma de sus partes. Esto es, las conductas de un individuo no se pueden entender separadas del resto de su familia. La familia es el sistema social básico, bajo el que se agrupan los miembros de la familia y los procesos (ej., reglas de comportamiento, roles, etc.) que caracterizan las relaciones entre los miembros, y todos son recíprocamente interdependientes. Cada familia es una unidad psicosocial, caracterizada por un tipo de funcionamiento. Los sistemas de familia desarrollan patrones de comunicación y secuencias de conductas para mantener un equilibrio entre los miembros de la familia. Las familias pueden ser diferentes en las distintas dimensiones que caracterizan el sistema, incluyendo como están organizados los subsistemas para la relación de funcionamiento, como son de difusas o rígidas los límites entre los individuos, subsistemas o la familia y los sistemas extrafamiliares, o cómo es distribuido el poder en los subsistemas (Haley, 1976; Minuchin, 1974).

Los cuatro aspectos básicos del funcionamiento familiar son: la estructura, la regulación, la información y la capacidad de adaptación (Foster y Gurman, 1988). La estructura incluye características tales como el grado de claridad o difusión de los límites entre los miembros de la familia, el grado en que existe una jerarquía, etc. La regulación se refiere al modo en el cual la familia mantiene sus interacciones. La información se refiere al modo en que los miembros de la familia se comunican unos con otros. La capacidad de adaptación es la capacidad de la familia para cambiar antes los desafíos que se vayan produciendo a su estabilidad.

Los modelos de familia han dado un gran paso en el campo de las sustancias de abuso en los últimos 30 años. Este progreso se ha cimentado en el crecimiento de dos aspectos fundamentales del campo: el estudio de los sistemas de familia y la aplicación de nuevas técnicas de familia para el consumo de sustancias de abuso (Kauffman, 1994). Los primeros estudios sobre la familia y el abuso de drogas se centraron en el análisis del vínculo entre la madre y sus hijos con problemas de drogas y la ausencia o falta de participación de los padres. Fort (1954) señaló que estas madres eran sobreprotectoras, controladoras e indulgentes y que estaban dispuestas a hacer cualquier cosa por sus hijos, excepto dejarlos que fuesen independientes. Este autor también encontró una ausencia virtual frecuente de la figura del padre. Sin embargo, estudios con familias de clase media han apuntado la presencia de un padre autoritario (Alexander y Dibb, 1975). Kirschenbaum, Leonoff y Maliano (1974) señalaron que la situación del padre como un líder autoritario de la familia parecía ser ficticio, siendo la madre la verdadera cabeza de familia. Schwartzman (1975) encontró también que los padres eran figuras autoritarias o distantes, pero claramente secundarias a las madres en cuestión de poder.

Algunos autores observaron que el consumo de drogas era imprescindible para mantener el equilibrio en la interacción de los miembros de la familia, resolviendo la desorganización que existía en el sistema de la familia con anterioridad al consumo de drogas (Noone y Redding, 1976). Estos autores también encontraron que la mayoría de los jóvenes que abusaban de las drogas y los adictos mantenían vínculos estrechos con sus

familias de origen años después de que ellos dejaran sus casas. Kaufman (1974) observó que los padres de los adictos a la heroína se podían describir como fríos, distantes, sádicos y competitivos con sus hijos, y seductores con sus esposas. Las madres eran percibidas como distantes o extremadamente seductoras.

La familia como sistema traslada frecuentemente sus problemas sobre el joven con problemas de drogas, convirtiéndose éste en el chivo expiatorio sobre el que se centran todos los problemas internos de la familia (Kaufman, 1994). Por ejemplo, una pareja con problemas en su matrimonio puede fijar su atención en el problema que tiene su hijo con la droga, en lugar de hacerlo en sus dificultades matrimoniales. Otras veces el paciente identificado (este término lo utilizan los terapeutas familiares para referirse a la persona que es etiquetada por su familia como la que tiene problemas) ocultan conflictos entre los padres o son un intento para unir a los padres separados (Kaufman, 1985). La culpabilidad es una moneda frecuente de manipulación y puede ser utilizada por el hijo consumidor de drogas para coaccionar a su familia para seguir teniendo apoyo económico y emocional para el consumo de drogas, o utilizada por los padres para frenar los intentos de independencia del hijo. Muchas madres que tienen problemas de depresión, ansiedad o síntomas psicosomáticos le echan la culpa de ellos al paciente identificado, de este modo se refuerza el patrón de culpa y manipulación mutua.

Stanton y Todd (1982) resumieron las características de un sistema de familia disfuncional en los consumidores de drogas, que los distinguen de otras disfunciones familiares: 1) frecuencia elevada de dependencia química de transmisión multigeneracional; 2) expresión primitiva y directa de los conflictos con alianzas explícitas; 3) una ilusión de independencia en el paciente identificado como consecuencia de una implicación activa con un grupo de iguales orientados al consumo de droga; 4) un vínculo que se establece entre la madre y el niño, que se prolonga posteriormente en sus relaciones durante la vida; 5) una incidencia elevada de muertes prematuras, inesperadas o inoportunas; y, 6) la adicción es una pseudoindividualización que mantiene a la familia unida mediante una demanda ilusoria de desafío e independencia.

Cuando el consumidor de sustancias es un adolescente o un adulto joven, los sistemas de familia que conducen al abuso de sustancias son bastante similares, independientemente de si la sustancia de abuso es el alcohol u otra droga (Kaufman, 1985; 1994). La sustancia de elección no parece que influya demasiado en los patrones familiares, sino más bien la edad y el papel que desempeña en la familia el consumidor de sustancias.

Por tanto, los hallazgos dentro de la orientación familiar apuntan a que el síntoma de adicción parece claramente referirse a las dificultades ligadas a la búsqueda de autonomía y de independencia del joven con respecto a los padres y de los padres con respecto al joven. El consumo de sustancias bloquea de forma clara un proceso de diferenciación. El joven, que atraviesa un período en el que tiene que construir su vida de adulto, se ve inmerso en un estilo de vida que le impide dicha construcción y, mientras, ni siquiera la familia consigue afrontar los cambios necesarios, absorbida como está intentando afrontar ese grave problema. Es lo que se conoce por el nombre de función del síntoma. La adicción en realidad permite al núcleo

familiar el no modificar excesivamente su funcionamiento (Rodríguez y Sanz, 1987). La madre continuará siendo y sintiéndose la más sacrificada y afectada. El padre se sentirá cada vez más periférico y extraño. El hijo con problemas de drogas continuará viendo como desafío a la familia. Una eventual hermana o hermano podrán continuar siendo el ejemplo bueno y también, su salida de casa, será difícil pues tendría que abandonar a los padres a su sufrimiento.

Aunque la terapia familiar se aplica a pacientes adictos, y tiene una teoría explicativa sobre el posible inicio de la dependencia, no se ha desarrollado adecuadamente para ser aplicada al campo de la prevención de las drogodependencias, en el que ha recibido poca atención.

7. El modelo social de Peele

Stanton Peele (1985) ha propuesto un modelo para explicar la conducta adictiva muy sugerente, basado en el papel que tienen las adicciones en nuestro estilo de vida, sosteniendo que no es la sustancia o la conducta la que produce la adicción sino el modo como la persona interpreta esa experiencia y como responde, tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual, a la misma. El modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse a sí mismo influyen de manera clave en la experiencia adictiva. No deja de reconocer que las experiencias pasadas, así como la personalidad y el entorno social, determinan ese estilo de enfrentarse ante la vida.

Las drogas y las conductas que producen adicción se convertirían, pues, en muletillas que tiene la persona para afrontar mejor su vida ante situaciones de estrés, ansiedad, dolor, depresión, etc. El problema de la conducta adictiva es que lleva al individuo a verse bien como "equilibrado" con el mundo o bien "derrotado" por el mundo, incapaz de hacer frente al funcionamiento cotidiano. El sentido de que la adicción le "domina" favorece no intentar en la mayoría de los casos superarla o encararse a ella.

Las características que para Peele (1985) tiene una adicción son cuatro: es un continuo; desvirtúa las otras implicaciones que una persona posee limitando todos los ámbitos de la vida; no es una experiencia placentera y a ella habitualmente se llega para eliminar el dolor sea físico o emocional (temor, ansiedad, culpa, malestar, etc.); y, es la incapacidad de escoger el no hacer algo.

El adicto se caracterizaría por ser dependiente, no por la sustancia sino por el impulso de depender y por su pasividad, siendo ésta la esencia de la adicción. Así, la adicción se destaca por su efecto instantáneo y porque se consigue de modo seguro el efecto esperado. Además, la adicción es la excusa para no esforzarse ni para adaptarse a su entorno ni a la vida. La adicción serviría para conseguir lo que desean, dada su incapacidad de ser felices sin ella y de encontrarse descontentos consigo mismos. La droga o la conducta adictiva permite "desconectar" del mundo, aunque sólo sea parcialmente. Los ejemplos que varios autores han indicado de la cuasi-disociación que experimentan la mayoría de los adictos explicaría este

fenómeno (ej., Jacobs, 1989). Cuando vuelven al estado normal y tienen sentimientos intensos de culpa, la adicción se convierte en el refugio para superarlos y olvidarlos. Así se crea un círculo vicioso difícil de romper.

La adicción suele comenzar para escapar del dolor, sea físico o emocional, proporcionando alivio del mismo. Como fuera de la adicción se experimenta ansiedad y culpa, el individuo se hará adicto porque en su adicción se encontrará más a gusto y mejor.

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

Peele presta una especial atención al alcohol, al que une a la masculinidad y al poder. El alcohol permite dejar de lado las inhibiciones y ansiedades e incrementa el valor. En una sociedad tan compleja y difícil como la nuestra el alcohol tiene un campo de cultivo excelente para que se incremente su consumo, además de estar legalizado y ser fácil su obtención.

Ante la sustancia o conducta unas personas se harán adictas y otras no en función de su personalidad, la situación y las motivaciones. Por ello unas personas se convierten en adictas y otras no. El factor que para Peele es clave, para no convertirse cualquier conducta en adictiva, es que la persona sea capaz de controlarla e introducirla y acomodarla en su funcionamiento vital, en su vida. Ello exige diferenciar lo bueno de lo perjudicial y tener en la vida modos de satisfacción distintos a las conductas adictivas y aceptarse uno mismo tal como es.

Claramente, según Peele, la adicción sería un problema de la persona y no de la droga consumida, ejemplificándolo en los distintos estudios realizados en los adictos y en los cambios de consumo de unas a otras sustancias en función de la mayor o menor disponibilidad de drogas ilegales. Ello lleva a que considere que una vez producida la adicción superarla es difícil. Al considerar a la adicción como un problema existencial, el tratamiento exige adquirir nuevos patrones de conducta y reestructurar la personalidad existente, tareas nada fáciles. La curación se daría cuando el individuo, sea cual sea el tratamiento que siga, deja atrás su adicción, no depende de ella y establece un nuevo modo de relacionarse consigo mismo y con el mundo. En suma, significaría tener la capacidad de escoger libremente por uno mismo.

8. Otros modelos teóricos

8.1. Modelos de Becker

Se ha propuesto otro gran número de modelos teóricos de distintos niveles de complejidad, no necesariamente con el objetivo de proponer un modelo que sea aceptado por todos. Como un ejemplo reciente podemos indicar el de Becker (1997) que es relevante por fundamentarse en los factores de riesgo y protección. Así, indica como un modelo más simple puede formularse del modo indicado en la figura 7, en donde se incluyen tres factores del contexto social: las leyes, las normas y la disponibilidad de drogas. Las leyes determinan las normas y la disponibilidad de drogas, y estas dos, el uso y abuso de drogas.

Un modelo más complejo es propuesto por Becker (1997), basándose en la revisión de Hawkins et al. (1992) sobre los factores de riesgo y protección. En él Becker (1997) incluye tanto factores contextuales como individuales e interpersonales, como puede verse en la figura 8. Igualmente en la tabla 24 se presentan los elementos característicos del modelo anterior.

Tabla 24. Elementos característicos del anterior modelo basado en los factores de riesgo y protección de Becker (1997)

Componentes	Ejemplos
Leyes	
Normas	
Disponibilidad	
Problemas en el vecindario	
Estatus socioeconómico	
Valores de los iguales	Partidarios de las drogas
Conducta de los iguales	Uso de drogas y alcohol, agresión, aceptación de lo individual
Valores parentales	Permisividad hacia las drogas, aspiraciones educativas para sus hijos
Conductas parentales	Uso de drogas y alcohol, hostilidad, matrimonio roto, conflicto en la familia
Valores individuales	Apego a los padres, gusto por ir al colegio, expectativas educativas
Conducta individual	Conductas delictivas, agresión, rendimiento académico, capacidad intelectual
Uso y abuso de sustancias	

En distintos metaanálisis realizado por Becker (1997) encuentra que fumar cigarrillos y beber alcohol predice el uso de marihuana, aunque no el de cocaína. Esta se predice directamente del uso de marihuana e indirectamente de fumar cigarrillos y beber alcohol, dado que estas dos predicen el uso de marihuana. En la figura 9 se muestra el resultado de este metaanálisis. La ventaja que apunta Becker (1997) de la utilización de modelos como el anterior que se pueden comprobar estadísticamente, es que permite con ello poder planificar acciones concretas preventivas a partir de dichos resultados, como son buen ejemplo los programas preventivos.

8.2. Modelo de Burgess

Burgess (1997) también plantea un modelo teórico simple. Parte de que el término prevención a veces es utilizado de modo muy genérico. Un ejemplo es cuando se habla de prevención primaria, secundaria y terciaria. También puede aplicarse a reducir el uso de drogas entre personas que aún no las han probado y entre los que ya las han probado, reducción de la demanda a través de arrestos y controles sobre la venta de drogas. También las actividades de reducción de daños puede ser vista como una actividad preventiva. Pero también es prevención incidir en el nivel de política social, como es reducir la pobreza, o impedir el surgimiento de conductas desviadas.

Cuando el término prevención se utiliza vagamente (Burgess, 1997) su variedad de significados se puede hacer infinita, que va a depender de las "actitudes, perspectiva y cultura" (p. 272). De ahí que se haya utilizado el término tanto por parte de aquellos que trabajan en la educación como en la represión y el tratamiento.

Una creencia ampliamente arraigada es que "los individuos hacen elecciones inteligentes y racionales, además de tener capacidad de decisión, autonomía y libertad" (p. 277). Sin embargo, como el mismo Burgess (1997) afirma "una multitud de infinitas e impredecibles variables interfieren con las elecciones racionales" (p. 277). De ahí que critique la prevención basada en la elección informada basada en hechos. El modelo que presenta es amplio y al tiempo genérico para el consumo o no de drogas. El mismo, como se puede ver en la figura 10 termina en la conducta de decidir o no consumir drogas. Esto está relacionado con los valores y con la oportunidad, en vías distintas. Los valores vienen determinados por las actitudes en la línea del individuo, que está determinado por las influencias personales y psicosociales y por las influencias culturales y externas. La oportunidad viene determinada por las influencias culturales y externas. Por actitudes y valores se refiere a creencias sobre el hedonismo, el derecho a hacer lo que uno quiere con su propio cuerpo, el conocimiento de los efectos de la propia conducta sobre otros, la creencia de que es imposible tener un buen día sin estar "perdido", que ser frío o masculino o femenino o que está siem-

pre unido al abuso, que es imposible divertirse sin usar drogas y así sucesivamente.

Es, por tanto, un modelo amplio, claro, pero que exige una adecuada comprobación para que sea útil el mismo, aunque algunos de sus elementos han sido comprobados específicamente en otros modelos (ver figura 10).

5.3. El modelo de afrontamiento del estrés de Wills

Un modelo semejante al que se propone desde el modelo de la competencia visto anteriormente es el "modelo de afrontamiento del estrés" de Wills. Este modelo sostiene que aquellas personas que usan drogas con intensidad es debido al estrés de la vida y su consumo es un recurso de afrontamiento (Wills y Shiffman, 1985). El estrés de la vida sería un factor de riesgo para el uso de sustancias por parte de los adolescentes. Cuando éstos tienen un alto malestar emocional o tienen una baja percepción de control sobre la situación se incrementaría la probabilidad de consumir sustancias (Wills, 1986, 1990). Conforme se mantiene el estrés se incrementa más el consumo. La respuesta de afrontamiento ante ello puede ser un factor de riesgo o protección (Wills y Hirky, 1996). Los mecanismos de adaptación serían tanto conductuales como cognitivos. Ejemplo de los primeros sería afrontar el problema y tomar acciones directas para resolverlo; del segundo utilizar estrategias internas para minimizar el malestar emocional. Si estas respuestas se producen se reduce la probabilidad de escalada al solucionar el problema y al desarrollar competencias normativas. En cambio, si la persona responde con mecanismos desadaptativos, como ira, evitación o impotencia, se incrementa la probabilidad de escalada desde su imposibilidad de solucionar el problema. Este modelo también da gran relevancia al apoyo emocional de los padres como un importante factor de protección (Wills et al., 1996).

9. Referencias bibliográficas

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckmann (Eds.), *Consistency in social behavior: The Ontario symposium* (vol. 2, pp. 3-15). Hillsdale, NJ: LEA.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relationship: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., Timko, C. y White, J.B. (1982). Self-monitoring and the attitude-behavior relation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 426-435.
- Albee, G.W. (1980). A competency model to replace the defect model. En M.S. Gibbs, J.R. Lichenmeyer y J. Sigal (Eds.), *Community Psychology* (pp. 213-238). Nueva York: Gardner.

- Albee, G.W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist*, 32, 150-161.
- Alexander, B.K. y Dibb, G.S. (1975). Opiate addicts and their parents. *Family Process*, 14, 499-514.
- Altman, J., Everitt, B.J., Gludier, 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.
- Azrin, N.H., Donohue, B., Besalel, V.A., Kogan, E.S. y Acierno, R. (1994). Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 1-16.
- Baker, P. (Ed.) (1998). *Basic family therapy (4th ed.)*. Oxford, UK: Blackwell Science Ltd.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. San Francisco: Chandler.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall (versión castellana: Barcelona: Martínez-Roca, 1987).
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Becker, B.J. (1997). Meta-analysis and models of substance abuse prevention. En W.J. Bukoski (Ed.), *Meta-analysis of drug abuse prevention programs* (pp. 96-119). Rockville, MD: NIDA.
- Becker, M.H. y Mainan, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Becoña, E. (1986). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela: Grial.
- Becoña, E. (1989). O efeito placebo. *Jornal de Psicologia*, 8, 11-17.
- Becoña, E. (1993). La utilidad de la teoría de la acción razonada en la predicción de la abstinencia en el tratamiento de fumadores. *Revista Española de Drogodependencias*, 18, 3-14.
- Becoña, E. (1995). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 1, pp. 493-530). Madrid: McGraw-Hill.
- Blanchard, D.C. y Blanchard, R.J. (1988). Ethoexperimental approaches to the biology of emotions. *Annual Review of Psychology*, 39, 43-68.
- Blaney, P.H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin*, 39, 229-246.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Nueva York: Aronson.
- Broderick, C.B. y Schrader, S.S. (1991). The history of professional marriage and family therapy. En A.S. Gurman y D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (vol. 2, pp. 3-40). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Bry, B.H. (1988). Family-based approaches to reducing adolescent substance use: Theories, techniques and findings. En E.R. Rahdert y J. Grabowski (Eds.), *Adolescent drug abuse: Analyses of treatment research* (pp. 39-68). National Institute on Drug Abuse Research Monograph 77. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Bukoski, W.J. (1995). Un marco de trabajo para la investigación en prevención del abuso de drogas. En C.G. Leukefeld y W.J. Bukoski (Eds.), *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (pp. 11-31). Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud.
- Burguess, R. (1997). Deconstructing drug prevention: Towards an alternative purpose. *Drugs: Education, prevention and policy*, 4, 279-283.

- Calafat, A. y Amegual, M. (1991). Depresión, depresividad y toxicomanía. *Adicciones*, 2, 75- 101.
- 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.
- Casas, M., Pérez de los Cobos, J., Salazar, I. y Tejero, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencias. En M. Casas (Ed.), *Trastornos psíquicos en las toxicomanías* (I) (pp. 291-303). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Costa, M. y López, E. (1989). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Costa, M. y López, E. (1998). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Craig, R.J. (1993). Contemporary trends in substance abuse. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 182-189.
- Di Chiara, G. (1995). The role of dopamine in drug abuse viewed from the perspective of its role in motivation. *Drug and Alcohol Dependence*, 38, 95-137.
- Di Chiara, G. y North, R.A. (1992). Neurobiology of opiate abuse. *Trends in Pharmaceutical Sciences*, 13, 185-193.
- Dodge, K.A. (1989). Coordinating responses to aversive stimuli: Introduction to a special section on the development of emotional regulation. *Developmental Psychology*, 25, 339-342.
- Esbensen, F.A. y Elliott, D.S. (1994). Continuity and discontinuity in illicit drug use: patterns and antecedents. *The Journal of Drug Issues*, 24, 75-97.
- Fagerström, K.O. (1991). Towards better diagnosis and more individual treatment to tobacco dependence. *British Journal of Addictions*, 86, 543-547.
- 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 Ajzen, I. (1972). Attitudes and opinions. *Annual Review of Psychology*, 32, 487-544.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fort, J.P. (1954). Heroin addiction among young men. *Psychiatry*, 17, 251-259.
- Foster, S. y Gurman, A.S. (1988). Terapias de familia. En S.J. Linn y J.P. Garske (Eds.), *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos* (pp. 471-522). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Friedman, A.S. (1989). Family therapy vs. parent groups: Effects on adolescent drug abusers. *American Journal of Family Therapy*, 17, 335-347.
- Frijda, N.H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43, 349-358.
- Gianoulakis, C. y De Waele, J.P. (1994). Genetics of alcoholism: Role of the endogenous opioid system. *Metabolic Brain Disease*, 9, 105-131.
- Glantz, M.D. (1992). *A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability*. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 389-418). Washington, DC: American Psychological Association.

- Glynn, T.J. (1984). Adolescent drug use and the family environment: A review. *Journal of Drug Issues*, 3, 271-295.
- Goldstein, A. (1995). *Adicción*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Graña, J.L. (1994). 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.
- Graña, J.L. (1994). Teorías explicativas de las drogodependencias. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 44-96). Madrid: Debate.
- Graña, J.L. y Carrobbles, J.A.I. (1991). Condicionamiento clásico en la adicción. *Psicothema*, 3, 87-96.
- Green, R. J. y Framo, J.L. (1981). *Family therapy: Major contributions*. Nueva York: International Universities Press.
- Gurman, A.S. y Kniskern, D.P. (Eds.) (1991). *Handbook of family therapy* (Vol. 2). Nueva York: Brunner/ Mazel.
- Hales, R.E. y Yudofsky, S.C. (1987). *Textbook of neuropsychiatry*. American Psychiatric Press.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Jacobs, D.F. (1989). A general theory of addictions: Rationale for and evidence supporting a new approach for understanding and treating addictive behaviors. En H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 35-64). Lexington, MA: Lexington Books.
- Jaffe, J. (1982). Drogadicción y abuso de drogas. En A. Goodman y A. Gilman (Eds.), *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Buenos Aires: Panamericana.
- Joanning, H., Thomas, F., Quinn, W. y Mullen, R. (1992). Treating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 345-356.
- Kandel, D.B. y Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. En M.Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-253). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 345-377.
- Kaplan, H.B. y Johnson, R.J. (1991). Negative social sanctions and juvenile delinquency: Effects of labeling in a model of deviant behavior. *Social Science Quarterly*, 72, 98-122.
- Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49, 110-128.
- Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1987). Deviant peers and behavior: Further elaboration of a model. *Social Psychology Quarterly*, 50, 277-284.
- Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1988). Explaining adolescent drug use: An elaboration strategy for structural equations modeling. *Psychiatry*, 51, 142-162.
- Kaplan, H.B., Martin, S.S. y Johnson, R.J. (1986b). Self-rejection and the explanation of deviance: Specification of the structure among latent constructs. *American Journal of Sociology*, 92, 384-411.
- Kaufman, E. (1974). The psychodynamics of opiate dependence: A new look. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1, 349-370.

- Kaufman, E. (1985). Family systems and family therapy of substance abuse: An overview of two decades of research and clinical experience. *The International Journal of the Addictions*, 20, 897-916.
- Kaufman, E. (1994). *Psychotherapy of addicted persons*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Kaufman, E. y Kaufman, P. (1992). *Family therapy of drug and alcohol abuse* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Khantzian, E.J. (1990). Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions. Similarities and differences. En M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism. Vol. 8. Combined alcohol and other drug dependence* (pp. 255-271). Nueva York: Plenum.
- Kirschenbaum, M., Leonoff, G. y Maliano, A. (1974). Characteristic patterns in drug abuse families. *Family Therapy*, 1, 43-62.
- Klein, S.B. (1994). *Aprendizaje. Principios y aplicaciones*, 2ª edición. Madrid: McGraw-Hill.
- Kopp, C.B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.
- Koob, G.F. (1992). Dopamine, addiction and reward. *Seminars in Neuroscience*, 4, 139-148.
- Koob, G.F. (1993). Neurobiological mechanisms in cocaine and opiate dependence. En C.P. O'Brien y J.H. Jaffe (Eds.), *Addictive states*. Nueva York: Raven Press.
- Koob, G.F., Rassnick, S., Heinrichs, S. y Weiss, F. (1994). Alcohol: The reward system and dependence. En B. Jansson, H., Jörnvall, U. Rydberg, L. Terenius y B.L. Vallee (Eds.), *Toward a molecular basis of alcohol use and abuse* (pp. 103-114). Boston: Birkhauser-Verlag.
- Labrador, F.J. y Cruzado, J.A. (1993). Técnicas de control de contingencias. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Ed.), *Manual práctico de modificación de conducta* (vol. 1, pp. 169-262). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Lange, C.G. y James, W. (1992). *The emotions*. Baltimore: Willimas & Wilkins.
- Lebow, J.L. y Gurman, A.S. (1998). Family systems and family psychology. En A. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 1, pp. 473-496). Oxford, UK: Elsevier Science Ltd.
- Lettieri, D., Sayers, M. y Pearson, H. (Eds.) (1980). *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives*. Rockville, MD: National Institutes of Health.
- Liddle, H.A. y Diamond, G. (1991). Adolescent substance abusers in family therapy: The critical initial phase of treatment. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1, 55-68.
- Martin, G. y Pear, J. (1999). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*, 5ª edición. Madrid: Prentice-Hall.
- Masterpasqua, F. (1989). A competence paradigm for psychological practice. *American Psychologist*, 44, 1366-1371.
- McGee, L. y Newcomb, M.D. (1992). General deviance syndrome: Expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescence to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 766-776.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Montalbo, B.G., Guerny, B.G., Rosman, B.L. y Shumer, F. (1967). *Families of the slums*. Nueva York: Basic Books.
- Muñoz, M. (1997). Aplicación clínica de la técnica de exposición en un caso de adicción a la heroína. *Adicciones*, 9, 347-362.
- Nichols, M.P. y Schwartz, R.C. (1998). *Family therapy: Concepts and methods* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Noone, R.J. y Redding, R.L. (1976). Case studies on the family treatment of drug abuse. *Family Process*, 15,

- O'Brien, C.P., Childress, A.R., McLellan, A.T. y Ehrman, R. (1993). A learning model of addiction. En C.P. O'Brien y J.H. Jaffe (Eds.), *Addictive states* (pp. 157-178). Nueva York: Raven Press.
- O'Brien, C.P. y Jaffe, J.H. (Ed.) (1993). *Addictive states*. Nueva York: Raven Press.
- Pandina, R., Jonhson, V. y Labouvie, E. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 179-209). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pavlov, I. (1968). *Fisiología y psicología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Pérez, J. y Casas, M. (1992). Opiáceos y esquizofrenia. En M. Casas En M. Casas (Ed.), *Trastornos psíquicos en toxicomanías* (I) (pp. 91-104). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Pert, C.B. y Snyder, S.H. (1974). Opiate receptor binding of agonists and antagonists affected differentially by sodium. *Molecular Pharmacology*, 10, 868-879.
- Petratis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces of the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Pickrel, S.G. y Henggeler, S.W. (1996). Multisystemic therapy for adolescent substance abuse and dependence. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 201-211.
- Ramos, J.A. (1993). *Neurobiología de la drogadicción*. Madrid: Eudema.
- Rhodes, J.E. y Janson, L.A. (1988). *Preventing substance abuse among children and adolescents*. Nueva York: Pergamon
- Roberts, A.J. y Koob, G. (1997). The neurobiology of addiction. *Alcohol Health and Research World*, 21, 101-106.
- Roberts, A.J., Lessov, C.N. y Phillips, T.J. (1995). Critical role for glucocorticoid receptors in stress- and ethanol-induced locomotor sensitization. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 275, 790-797.
- Robinson, T.E. y Berridge, K.C. (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Review*, 18, 247-291.
- Rodríguez, M. y Sanz, R. (1987). La familia del toxicómano desde un abordaje sistémico. *Comunidad y drogas*, 1, 87-103.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. y Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. En R. DiClemente y J.L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-24). Nueva York: Plenum Press.
- Rossetti, Z.L., Hmaidan, Y y Gessa, G.L. (1992). Marked inhibition of mesolimbic dopamine release: A common feature of ethanol, morphine, cocaine and amphetamine abstinence in rats. *European Journal of Pharmacology*, 221, 227-234.
- Salazar, I., Casas, M. y Rodríguez, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencias desde la teoría de los constructos personales. En M. Casas (Ed.), *Trastornos psíquicos en toxicomanías* (I) (pp. 305-331). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1984). *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Santisteban, D.A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W.M., Murray, E.J. y LaPerriere, A. (1996). Efficacy of interventions for engaging youth/families into treatment and some factors that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 10, 35-44.
- Schlegel, 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.
- Schwartzman, J. (1975). The addict, abstinence and the family. *American Journal of Psychiatry*, 132, 154-157.
- Scott, C.G. (1994). Understanding attitude change in developing effective substance abuse prevention programs for adolescents. *The School Counselor*, 43, 187-195.
- Selekman, M.D. y Todd, T.C. (1991). *Family therapy approaches with adolescent substance abusers*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Self, D.W. y Nestler, E.J. (1995). Molecular mechanisms of drug reinforcement and addiction. *Annual Review of Neuroscience*, 18, 463-495.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness*. San Francisco, CA: Freeman (trad. cast.: Madrid, Debate, 1981).
- Siegel, S. (1975). Evidence from rats that morphine tolerance is a learned response. *Journal of Comparative Physiological Psychology*, 89, 498-506.
- Siegel, S. (1976). Morphine analgesic tolerance: Its situation specificity supports a Pavlovian conditioning model. *Science*, 193, 323-325.
- Siegel, S. (1981). The role of pavlovian processes in drug tolerance and dependence: implications for treatment. *Addictive Behaviors*, 6, 205-211.
- Snyder, S.H. (1984). Drug and neurotransmitter receptors in the brain. *Science*, 224, 22-31
- Stanton, M.D. y Heath, A.W. (1995). Family treatment of alcohol and drug abuse. En R.H. Mikesell, D.D. Lusterman y S.H. McDaniel (Eds.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stanton, M.D. y Shadish, W. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment of drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- Stanton, M.D. y Todd, T.C. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. Nueva York: Guilford Press.
- Stolerman, I.P. (1992). Drugs of abuse: Behavioral principles, methods and terms. *Trends in Pharmacological Sciences*, 13, 170-176.
- Szapocznick, J., Kurtines, W.M., Foote, F.H., Perez-Vidal, A. y Hervis, O. (1986). Conjoint versus one-person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 395-397.
- Tejero, T. y Casas, M. (1992). La hipótesis de la automedicación y su relevancia en la explicación de la relación clínica existente entre los trastornos de personalidad y las drogodependencias. En M. Casas (Ed.), *Trastornos psicóticos en toxicomanías (I)* (pp. 333-339). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Tomkins, S.S. (1962). *Affect, imagery and consciousness: The negative affects* (Vol. 2). Nueva York: Springer.
- Tomkins, S.S. (1982). Affect theory. En P. Ekman (Ed.), *Emotion in the human face* (2ª ed., pp. 353-395). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Trujillo, H.M. (1994). Tolerancia a las drogas y condicionamiento clásico. *Psicología Conductual*, 2, 43-69.
- Vega, W.A., Apospori, E., Gil, A.G., Zimmerman, R.S. y Warheit, G.J. (1996). A replication and elaboration of the esteem-enhancement model. *Psychiatry*, 59, 128-144.
- Von Bertalanffy, L. (1948). *General systems theory: Foundation, development, applications*. Nueva York: Braziller.
- Waldron, H.B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome. A review of randomized trials. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 199-234.

- Waldron, H.B. (1998). Substance abuse disorders. En A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 5, pp. 539-563). Oxford, RU: Elsevier Science Ltd.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Weinberg, N.Z., Rahdert, E., Colliver, J.D. y Glantz, M.D. (1998). Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 252-261.
- Weiss, F., Lorang, M.T., Bloom, F.E. y Koob, G.F. (1993). Oral alcohol self-administration stimulates dopamine release in the rat nucleus accumbens: Genetic and motivational determinants. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 267, 250-258.
- White, L., Tursky, B. y Schwartz, G.E. (Eds.) (1985). *Placebo. Theory, research, and mechanism*. Nueva York: Guilford Press.
- Wikler, A. (1965). Conditioning factors in opiate addiction and relapse. En D.I. Wilner y G.G. Kassebaum (Eds.), *Narcotics* (pp. 85-100). Nueva York: McGraw-Hill.
- Wikler, A. (1980). *Opioid dependence: Mechanisms and treatment*. Nueva York: Plenum.
- Wills, T.A. (1986). Stress and coping in early adolescent. Relationships to smoking and alcohol use in urban school samples. *Health Psychology*, 5, 503-529.
- Wills, T.A. (1990). Stress and coping factors in epidemiology of substance use. En L.T. Kozlowski, H.M. Annis, H.D. Cappell, F.B. Glaser, M.S. Goodstadt, Y. Israel, H. Kalant, E.M. Sellers y E.R. Vingilis (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems* (Vol. 10, pp. 215-250). Nueva York: Plenum Press.
- Wills, T.A. y Cleary, S.D. (1995). Stress-coping model for alcohol-tobacco interactions in adolescence. En J. Ferting y J.P. Allen (Eds.), *Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice* (pp. 107-128). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Wills, T.A., DuHamel, K. y Vaccaro, D. (1995). Activity and mood temperament as predictors of adolescent substance use: Test of a self-regulation mediational model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 901-916.
- Wills, T.A. y Filer, M. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. En M. Zeidner y N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, and applications* (pp. 279-302). Nueva York: Wiley.
- Wills, T.A., McNamara, G., Vaccaro, D. y Hirky, A.E. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 166-180.
- Wills, T.A. y Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. En S. Shiffman y T.A. Wills (Eds.), *Coping and substance use*. Nueva York: Academic Press
- Wills, T.A. y Vaughan, R. (1989). Social support and substance use in early adolescence. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 321-339.
- Wills, T.A., Vaccaro, D. y McNamara, G. (1992). Life events, family support, and competence in adolescent substance use: A test of vulnerability and protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 20, 349-374.
- Winett, R.A., King, A.C. y Altman, D.G. (1991). Extending applications of behavior therapy to large-scale interventions. En P.R. Marín (Eds.), *Handbook of behavior therapy approach an integrative approach*. Nueva York: Pergamon Press.
- Wise, R.A. (1988). The neurobiology of craving: Implications for the understanding and treatment of addictions. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 118-132.

Capítulo 4

Teorías de estadios y evolutivas

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

1. El modelo evolutivo de Kandel

El modelo evolutivo más conocido en el campo de las drogodependencias es el de Denise Kandel. Es un modelo relevante por la aportación que el mismo ha hecho al conocimiento de la progresión en el consumo de drogas. Además, no siempre ha sido un modelo exento de polémica por la lectura y extrapolación de algunos de sus resultados, lo que a veces ha llevado a posicionamientos a favor y en contra. Básicamente, su modelo se basa en que el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales, donde se comienza por una primeras sustancias de iniciación (drogas legales) que sirven de elemento facilitador para el posterior consumo de otras sustancias, especialmente marihuana en un segundo paso, y luego las drogas ilegales, en los que llegan a consumir finalmente éstas.

Esta autora partió para el planteamiento de su modelo de la teoría de la socialización, centrándose especialmente en la relación de los padres e iguales en el desarrollo de los adolescentes. Los conceptos y procesos que maneja provienen fundamentalmente de la teoría del aprendizaje social y de la teoría del control (Kandel y Davies, 1992). La idea básica que plantea es que el consumo de drogas ilegales, marihuana, cocaína, heroína, etc., se producen de modo secuencial o evolutivo, partiendo del consumo de las drogas legales, el alcohol y el tabaco (Kandel, 1975). Para comprobar su hipótesis, parte del consumo de drogas en un momento del tiempo y hace un seguimiento para comprobar si su propuesta es cierta.

Los estudios por Kandel realizados, tanto de tipo longitudinal como transversal, indican la existencia de cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales: 1) cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana, y 4) otras drogas ilegales. Como se aprecia, el consumo de drogas legales es el elemento intermedio que está entre el no consumo de ninguna sustancia y el consumo de marihuana, antes de pasar al consumo de otras drogas ilegales (ver figura 11). Es también importante resaltar que en la década de los años 70 el modelo de Kandel ha aportado un elemento nuevo hasta ese momento inexistente en el campo de la prevención. Es de hacer notar que sus artículos iniciales (Kandel, 1973, 1975) fueron publicados en la prestigiosa revista *Science*, de ahí que su impacto fue enorme, no sólo en el campo preventivo sino en todo el campo científico.

El modelo indica que no es necesario que la secuencia anterior se dé en todos los sujetos por igual. El con-

sumo de una sustancia en una fase incrementa de modo importante y significativo la probabilidad de pasar a la siguiente fase de consumo. Como siempre ha afirmado la autora "el uso de una droga en la primera parte de la secuencia es una condición necesaria pero no suficiente para la progresión hacia una etapa posterior que implique la progresión hacia una etapa posterior que indica la implicación con drogas más serias" (Kandel, 1980a, p. 121) (ver figura 11).

Para Kandel hay varias influencias básicas que se relacionan con el consumo o no de las drogas ilegales. Los dos principales son la familia y los iguales, y a estos dos ha dedicado la mayor atención en sus estudios. Junto a ellos estarían los factores del individuo y otras conductas desviadas. Junto al contacto con las distintas sustancias también se tendrían dos tipos de influencia: la interpersonal y la intrapersonal o características personales (por ejemplo, la relación entre depresión y abuso de sustancias; Paton, Kessler y Kandel, 1978).

La utilidad del modelo fue comprobado en estudios de seguimiento (ej., Kandel, 1975; Kandel y Logan, 1984; Kandel y Yamaguchi, 1985; Yamaguchi y Kandel, 1984a, 1984b; Kandel y Davies, 1992; Kandel, 1996). Además, el patrón de evolución propuesto se ha encontrado tanto en hombres como en mujeres, en distintas edades, en personas de raza blanca y de color (ej., Kandel, 1996), lo que muestra un gran nivel de generalización.

La asunción básica de la que parte es que la adquisición de conductas y valores está en su mayor parte determinada por las relaciones sociales en las que los individuos viven, siendo imprescindible considerar simultáneamente todos los miembros que están presentes en esta interacción para así poder conocer los procesos de socialización de cada individuo. Este es un salto cualitativo importante tanto para el estudio del fenómeno como a nivel metodológico, por la necesidad de reclutar no solo la muestra de la población diana, sino la de sus padres y la de sus amigos más cercanos. En esta línea, considera (ej., Kandel y Davies, 1992) que el uso de drogas es una más de las muchas conductas que resultan de la interacción entre las características del individuo y las influencias en competición de los múltiples grupos sociales. De ahí que cobra gran relevancia el papel de los iguales y el de los adultos, especialmente el de sus padres. Considera que hay dos procesos por el que las personas significativas para el individuo lo influyen: la imitación y el reforzamiento social.

En la imitación, el joven observa y retiene las conductas de otros en función de su modelo de conducta o actitudes, tanto de los iguales como de los padres. De ahí, que la influencia es de ambos. Por ejemplo, si el padre o los padres consumen marihuana o abusan del alcohol, tienen más probabilidad de consumir estas sustancias (ej., Kandel y Davies, 1992). En el reforzamiento social, los adolescentes responden a lo que los padres o iguales definen como conductas y valores apropiados en relación con temas específicos. Como un ejemplo, si los padres expresan su punto de vista de que consideran que ellos no deben fumar marihuana, esto facilita parcialmente el disuadirles de que la consuman. Por ello, las conductas y los valores son componentes importantes de la influencia interpersonal.

Igualmente da gran importancia a la relación padre-hijo, partiendo de la noción de compromiso de la teoría del control de la delincuencia. Su importancia está en que la calidad de la relación padre-hijo tiene un efecto protector en la implicación en conductas desviadas o actividades ilegales, sin tener en cuenta las conductas y valores de los padres. Nótese que en todo este proceso los factores sociales juegan un mayor papel en las primeras etapas mientras que los factores psicológicos lo hacen en las últimas (Kandel, 1980a).

Kandel ha comprobado su modelo con la *New York State Follow-Up Cohort*, un estudio de seguimiento de 13 años desde la adolescencia hasta la edad adulta (ej., Kandel y Yamaguchi, 1975; Kandel y Davies, 1992; Kandel, 1996). La cohorte fue reclutada cuando tenían 15-16 años, en 1971. Fue evaluada por segunda vez cuando tenían 24-25 años, en 1980; y una tercera vez cuando tenían 28-29 años, en 1984. La muestra era amplia, 1.222 personas, siendo además representativa de los estudiantes de la escuela pública de Nueva York que estaban estudiando en 1971 los grados 10º y 11º de la enseñanza estadounidense (equivalente al 2º ciclo de la ESO y al bachillerato impartido en España). En cada momento le aplicaron entrevistas personales estructuradas de aproximadamente dos horas de duración. En ellas evaluaron siete aspectos principales: variables demográficas, historia familiar de trastornos psiquiátricos y problemas con el alcohol, relaciones y actitudes parentales, relación con los iguales, participación en actividades delictivas, síntomas psicológicos, y variables relacionadas con las drogas.

Kandel y Davies (1992) analizan específicamente como las personas pasan desde el uso o prueba de la marihuana al abuso de la misma. Encuentran que el riesgo de iniciación al consumo de marihuana en la muestra anterior, desciende con la frecuencia de asistencia a los servicios religiosos, mientras que se incrementa con las altas expectativas educativas, la participación en actividades delictivas y el uso de drogas psicoactivas por parte de los padres. Encuentra que cuando a los padres les han recetado drogas psicotrópicas, como tranquilizantes menores, es más probable que se inicien los adolescentes en el uso de la marihuana, así como tener un familiar de primer grado a tratamiento de problemas emocionales. Estas relaciones se encuentran tanto para varones como para mujeres.

De lo anterior concluyen que, en general, la gente joven en riesgo de iniciar el consumo de marihuana realizan más conductas desviadas que sus iguales y vienen de familias donde los padres parecen experimentar alguna forma de problemas psicológicos. Un factor, sin embargo, que encuentra que es inconsistente con la mayor desviación general de los adolescentes que están en riesgo para iniciarse en el consumo de marihuana es su nivel de expectativa educativa. Cuanto mayor es el nivel de expectativa educativa, mayor es el riesgo de usar marihuana.

La escalada al uso regular de marihuana es explicada en este estudio por varios factores. El más importante es la edad de comienzo o de prueba de la misma. Le siguen una historia familiar de psicopatología, como trastornos emocionales, bebedor excesivo o de dependencia del alcohol, fundamentalmente en el padre, y bajo rendimiento académico años antes. Esto es consistente tanto en varones como en mujeres.

Ajustando las tasas, y cuando se controlan los otros factores, los hombres tienen un 40% mayor de probabilidad que las mujeres de convertirse en consumidores casi diarios de marihuana. Tener un padre con problemas de bebida o cuando es un alcohólico incrementa el riesgo más de un 50% y tener un familiar de primer grado tratado de un trastorno emocional, incrementa el riesgo en un 30%.

Respecto a aquellos que en el comienzo del consumo de la marihuana participaron en conductas delictivas y tienen altas aspiraciones educativas, sugiere que hay dos grupos de jóvenes. Uno sería aquel que busca nuevas experiencias pero que no progresa hacia patrones de uso peligroso. Y, un segundo, que serían más delincuentes y menos capaces de seguir la formación académica y que se convertirían en consumidores más regulares y con patrones de uso de la marihuana más perjudicial. Cuanto más temprano es el primer consumo de la marihuana mayor es el riesgo de progresar de un patrón regular e intensivo de consumo. Además, la historia familiar es importante cuando en ésta se padecen trastornos mentales o hay un beber abusivo en alguno de sus miembros.

Los iguales han sido identificados como uno de los factores más importantes para el consumo de drogas en adolescentes. Sin embargo, recientemente, Kandel (1996) considera que el papel de los iguales se ha sobreestimado en relación a la importancia de los padres. Apunta como en el estudio de las conductas desviadas en adolescentes, entre las que se incluyen las de drogas, se ha prestado mucha atención a los patrones específicos de la interacción entre padres, chicos e iguales más que a la investigación del desarrollo adolescente normal. Por ello, se ha dedicado mucha investigación para conocer las influencias interpersonales sobre las conductas desviadas de los adolescentes en vistas a conocer la etiología del uso de drogas y de la delincuencia para con ello poder diseñar programas preventivos eficaces. Esto se ha estudiado a través de estudios longitudinales, pero no se han considerado las relaciones que esas personas tienen con otras. Y, cuando esto se hace, se hace sólo en relación con sus padres. A diferencia de ello, tanto Kandel como algún otro autor, han recogido datos no solo de las personas que se siguen, sino también de sus iguales y de sus padres.

Del estudio de seguimiento ya comentado, como de otros datos disponibles de otros estudios, Kandel (1996) llega a cinco conclusiones sobre la influencia de la familia y de los iguales sobre el adolescente. La primera, es que la influencia de la familia y de los iguales varía de unos temas a otros. Los iguales tienen una mayor influencia en la conducta desviada y en las cuestiones inmediatas sobre los estilos de vida, como beber y consumir otras drogas, mientras que los padres son más influyentes en los objetivos a largo plazo, como las aspiraciones educativas.

Los padres tienen tanto efectos directos como indirectos sobre la conducta desviada de sus hijos. Los efectos directos se producen a través del modelado y de la calidad de la interacción padre-hijo. La influencia indirecta de los padres sobre la conducta desviada de su hijo, sobre los iguales con los que sale, depende de la calidad de las interacciones del padre con él. Así, se ha encontrado que aspectos importantes de las conductas parentales y de las interacciones padre-hijo, que llevan a asociarse con los iguales con con-

ductas desviadas son que el padre realice conductas desviadas, que tenga escasas técnicas de manejo del hijo, prácticas inapropiadas de disciplina y carencia de intimidad entre padre e hijo.

El proceso por el que los padres y los iguales influyen a los adolescentes difiere de unos a otros. Mientras que los padres influyen a sus hijos mediante los modelos de rol y normas apropiadas, los iguales lo harán también a través del modelado como indirectamente a través de normas de moldeamiento para el uso de drogas. La influencia relativa de padres e iguales puede variar en diferentes etapas de la adolescencia. Mientras que los padres tienen una mayor influencia en edades tempranas, los iguales tienen mayor influencia conforme aumentan en edad.

Uno de los hallazgos más importantes que se han encontrado en los últimos años es que los padres pueden influenciar el tipo de iguales con el que sus hijos se relacionan. Esto explica para Kandel (1996) la necesidad de prestar una clara atención a este tema y lo que ella ha apuntado de la sobrestimación que hasta el momento se ha hecho de la importancia de los iguales en contra de la importancia de los padres. Recientemente, como una síntesis de sus resultados respecto a la marihuana, Kandel (1996) concluye que es posible indicar los distintos grupos que son importantes en diferenciar las distintas fases del proceso de implicación con las drogas por parte de los jóvenes. Así, indica que "la vinculación con la familia parece ser especialmente importante en la fase de iniciación con la marihuana. El compromiso para la escuela parece ser un factor especialmente importante de protección y contención para la escalada al uso regular e intenso de la marihuana. La gente joven que rinde bien en la escuela tendría más que perder y, correlativamente, aquellos que rinden mal tendrían menos que perder, implicándose más intensamente en el uso de drogas ilícitas" (pp. 237-238). Esto le lleva a Kandel (1996) a proponer que, en función de estos resultados, debería ser una prioridad mejorar el sistema educativo para conseguir la mejora del rendimiento y con ello un efecto beneficioso en la reducción del consumo de marihuana y del posterior abuso de otras drogas.

2. Modelo de etapas motivacionales multicomponente

Werch y DiClemente (1994) han propuesto el modelo de etapas motivacionales multicomponente, basándose en los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1983). Este modelo considera una serie de estadios respecto al abandono de las sustancias adictivas. Werch y DiClemente (1994) lo que han hecho es adaptar este modelo, ampliándolo del abandono al comienzo del uso de las distintas sustancias. Como luego veremos, con ello combinan la adquisición y el abandono a distintos niveles. Además es un modelo de naturaleza cíclica, tanto para la adquisición como para el abandono de las drogas. Igualmente, una parte del modelo se fundamenta en las fases ya propuestas hace años para el tabaco por Leventhal y Cleary (1980), dos de los primeros autores que operativizaron las fases y la secuenciación de las mismas respecto a la adquisición y abandono de las sustancias.

Para Werch y DiClemente (1994) habría un continuo de estadios, desde el no uso de la droga hasta el uso continuo. Estos estadios son cinco: 1) precontemplación, cuando no se considera utilizar drogas; 2) contemplación, cuando se piensa seriamente en iniciar el uso de drogas; 3) preparación, cuando se pretende utilizarlas en el futuro inmediato; 4) acción, cuando se inicia el uso; y, 5) mantenimiento, cuando se continúa el uso.

Este modelo combina los estadios de adquisición de hábitos previos con los de cambio de hábito. Estos también son cinco: 1) precontemplación, cuando no se considera dejar de usar la sustancia; 2) contemplación, cuando se piensa seriamente en dejar de usarla; 3) preparación, cuando se intenta dejar de usar la sustancia; 4) acción, cuando se hace un intento para dejar de usarla; y, 5) mantenimiento, cuando se continúa sin usarla. La combinación de ambos es la aportación de estos autores, combinándose la adquisición con el cambio de hábito a distintos niveles. Esta combinación permite que las etapas de adquisición de hábito se correspondan con la prevención primaria y las de cambio de hábito con la prevención secundaria. De este modo, tanto para una como para otra, las etapas de cambio son las mismas, pero con significado distinto. En ambos casos está presente la naturaleza cíclica del cambio.

La prevención primaria se orienta a ayudar a los jóvenes a mantenerse en el estadio de precontemplación o bien a que no pasen de la etapa de la experimentación al uso regular de las drogas. La diferencia de esto a la prevención secundaria está en que en ésta lo que se intenta es que se produzca un cambio que lleve a que deje de usar drogas o a que continúe sin usarlas. Estos autores consideran al mismo tiempo los dos niveles de prevención, primario y secundario, dado que según ellos se adecúa más a la situación real y permite llevar a cabo de un modo mejor las intervenciones preventivas.

También apuntan, en la línea de otros autores y modelos que hemos visto y veremos, que las intervenciones preventivas a realizar, siguiendo este modelo, serán más efectivas si se adecúan a la etapa de desarrollo específica para el adolescente sobre el uso de drogas o al tipo específico de drogas que usa. Es una apuesta por la etapa evolutiva específica y por la especificidad de la sustancia. Por ello no consideran adecuado prevenir todas las drogas al mismo tiempo o reducirlo a una sola droga de modo general. Ello debe hacerse en función de los parámetros anteriores. Incluso, afirman, para algunos jóvenes, no será realista conseguir una abstinencia total de drogas como el alcohol o la marihuana. Aquí el objetivo más bien se debe orientar a mitigar el consumo, sus consecuencias para la salud, reducir el consumir bajo sus efectos, etc. Es lo que conocemos como reducción de daños.

Los constructos teóricos que según estos autores permiten explicar los cambios de un estadio a otro los extraen de tres de las teorías que creen más relevantes: el modelo de creencias de salud (Becker, 1974), la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986) y la teoría del autocontrol conductual (Kanfer, 1975).

El modelo de creencias de salud, con sus conceptos de susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas, tienen su mayor importancia en los tres primeros estadios de

precontemplación, contemplación y preparación. Respecto a la teoría del aprendizaje social sus conceptos de ambiente, situación, capacidad conductual, lo esperado, expectativas, aprendizaje observacional, autoeficacia, respuestas de afrontamiento emocional y determinismo recíproco, tienen importancia a lo largo de los cinco estadios. Finalmente, la teoría del autocontrol conductual, con sus conceptos de autoobservación, autoevaluación y autoreforzamiento, están fundamentalmente asociados con las tres últimas etapas, las de preparación, acción y mantenimiento.

Junto a lo anterior, este modelo también propone un marco múltiple para emparejar las estrategias de prevención y los mensajes a transmitir a los jóvenes a través de distintos canales. Estos son tres, derivados de la teoría del determinismo recíproco de la teoría del aprendizaje social: medios de comunicación y materiales relacionados con los mismos (ej., vídeo), interpersonal (cursos/currículum, revisiones médicas, grupos de autoayuda, asistir a cursos donde hay contacto personal que facilita la recepción e integración de las comunicaciones) y ambiental (políticas, contactos con los iguales, entrenamiento de los padres, legislación). Así, mientras que los medios de comunicación y los materiales relacionados con los mismos tienen su máxima importancia en los estadios de precontemplación, contemplación y preparación, el interpersonal lo tiene en el de preparación y acción y el ambiental en el de acción y mantenimiento. Junto a todo ello consideran que el apoyo social es esencial para el mantenimiento exitoso del cambio de conducta y de mejora de la salud.

A partir de su modelo, y tal como se muestra en la tabla 25, se pueden utilizar distintas estrategias preventivas, dependiendo del constructo teórico del que se parta.

A modo de conclusión, este modelo tendría seis características esenciales (Werch y DiClemente, 1994): 1) es un modelo conceptual de estadios que permite emparejar las estrategias y los mensajes preventivos dirigidos a los jóvenes en función de su estadio de desarrollo en su proceso de cambio; 2) hay un continuo de etapas que van desde la adquisición, del uso de la droga, hasta la modificación exitosa del uso de drogas; 3) contiene un esquema de prevención de dos niveles, lo que permite un mayor rango de intervención en los jóvenes, tanto los que ya consumen drogas regularmente como para los que no lo hacen; 4) hace un énfasis específico sobre las drogas para proponer alternativas preventivas donde es más prevalente el consumo de drogas, basado en la investigación epidemiológica; 5) la delineación de los constructos teóricos principales que influyen el paso de los jóvenes a través de estadios, basados sobre tres teorías conductuales relevantes; y, 6) un marco conceptual para seleccionar un amplio rango de modos de llevar a cabo la prevención dirigida a llegar a ellos y a motivarlos en todos los estadios y niveles del cambio conductual.

El estado en que se encontraría esta teoría sería el de "su capacidad de estimular el pensamiento creativo para la práctica e investigación preventiva y su aplicabilidad para los educadores de la salud y los especialistas en prevención" (p. 45). Al tiempo, reconocen la necesidad de que se haga investigación para predecir el uso de las distintas drogas partiendo de este marco conceptual.

Tabla 25. Estrategias de prevención sugeridas y contenido, según los constructos de la teoría conductual

Teoría/constructo	Estrategias y contenido
Modelo de creencias de salud	
Susceptibilidad percibida	Información epidemiológica sobre problemas de drogas y relaciones dosis-respuesta
Severidad percibida	Información sobre las consecuencias para la salud y sociales del uso de drogas
Beneficios percibidos	Información sobre la efectividad y factibilidad de acciones de evitación específicas
Barreras percibidas	Información sobre la superación de aspectos negativos de las acciones específicas de evitación
Teoría del aprendizaje social	
Ambiente	Actividades antidroga, mensajes, servicios, apoyo social y política social
Situación	Información sobre concepciones erróneas relacionadas con las drogas, normas sociales, programas y políticas
Capacidad conductual	Aprendizaje adecuado de resistencia social y habilidades para la vida
Expectativas	Información e instrucción a los iguales sobre los efectos negativos inmediatos del uso de drogas Incentivos por evitar el uso de drogas
Aprendizaje observacional	Modelos de rol representando una vida saludable incluyendo evitar las drogas
Autoeficacia	Modelado y práctica de pasos pequeños y específicos para evitar las drogas
Respuestas de afrontamiento emocional	Entrenarlo en solución de problemas y en manejo de estrés
Determinismo recíproco	Canales múltiples para emparejar estrategias y mensajes de consumo anti-drogas hacia la persona, conducta y ambiente
Teoría de autocontrol conductual	
Auto-observación	Entrenamiento/autoinstrucción en un procedimiento para observar y dar cuenta de la conducta relacionada con la droga

Tabla 25 (continuación)

Auto-evaluación	Entrenamiento/autoinstrucción en completar contratos escritos con objetivos claros para incrementar la conducta de evitación de la droga y cómo identificar el estímulo antecedente
Auto-reforzamiento	Entrenamiento/autoinstrucción en el uso de consecuencias autogeneradas y condicionamiento encubierto para reforzar la conducta de evitación de drogas

Adaptado de Werch y DiClemente (1994)

3. El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes

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

Consideran, a pesar de su actualidad, que la aproximación de factores de riesgo no ha mostrado tener mucho éxito en la articulación de planes de acción concretos y programas de actividades que sirvan para detener la conducta de uso de drogas, aunque reconocen que proporciona una guía conceptual general y direcciones a seguir para la futura investigación, especialmente para la aproximación del desarrollo de la conducta problema. Por el contrario, consideran que está surgiendo o se están dando los pasos para el surgimiento de un nuevo paradigma que enfatiza la necesidad de promover el desarrollo completo del joven mediante la reafirmación del mismo. Mientras que las estrategias preventivas tradicionales lo que pretenden es conseguir "jóvenes sin problemas", el objetivo de este nuevo paradigma es conseguir "jóvenes completamente preparados". Con ello, se añade una dimensión nueva a la de los factores de riesgo, aquella que enfatiza la necesidad de promover un desarrollo positivo del joven vía los procesos de reafirmación del joven, lo que significa promover una mayor participación e implicación de los jóvenes en las cuestiones públicas y socioeconómicas de la comunidad. Todo ello implica cambiar desde la perspectiva en la que se piensa que los jóvenes causan problemas a la comunidad a otra en la que vea a los jóvenes como una ventaja y fuente de recursos para la comunidad. Para otros autores, el concepto organizador de este nuevo paradigma es que "la oportunidad social, económica y pública negada a los jóvenes es igual a los problemas sociales impuestos a los jóvenes por los adultos" (p. 6).

El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes se basa en un amplio conjunto de teorías o componentes de ellas, como la teoría del control social, el modelo del desarrollo social, la teoría de la conducta problema, la teoría del aprendizaje social y la teoría de los estados-expectativas. Los componentes que incluye este modelo, tal como mostramos en la figura 12, son: adecuado apoyo familiar, adecuado apoyo social, cuidado y apoyo de los adultos en la vida del joven, altas expectativas sobre el joven por parte de otras personas relevantes para él en el mundo social, amplias oportunidades de aprender habilidades para la vida que tengan implicaciones relacionadas con el trabajo, oportunidades relevantes para asumir responsabilidades, oportunidades para participar y contribuir significativamente a los asuntos de tipo social, cultural, económico y público de la escuela, comunidad y gobierno, amplias oportunidades para demostrar habilidades y éxitos, y tener su rendimiento reforzado por otras personas para él relevantes en la escuela, la casa y por los otros adultos en su lugar social.

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

A partir de este modelo, según Kim et al. (1998), los esfuerzos preventivos deberían dirigirse a cinco componentes que están identificados: a) crear un grupo de trabajo con sus roles y responsabilidades, 2) entrenamiento inicial, de líderes jóvenes y consultores adultos en áreas de habilidades clave; entrenamiento en esas áreas de habilidades clave para los miembros del grupo de jóvenes, necesidad de un entrenamiento en habilidades especializado para los miembros del proyecto para ser llevado a cabo por el grupo de jóvenes, y un servicio de implementación del proyecto. De ellos, es esencial el primero, ya que implica un apoyo de la comunidad, dada la necesidad de contactar con agencias y organizaciones de jóvenes que existen en ese medio social, de todo tipo (ej., escolar, recreativas, servicios sociales, religiones, empresariales, medios de comunicación, etc.). El programa, una vez en marcha, exige una gran implicación comunitaria y la necesidad de acceder a múltiples recursos de tipo social, aparte de los necesarios para la implementación del programa. Lo que se pretende con todo este complejo proceso es “animar a los miembros del grupo a desarrollar relaciones positivas con los adultos y con sus iguales, participar en los asuntos sociales y públicos y demostrar su éxito en solucionar problemas y cuestiones de la comunidad reales” (p. 13).

A pesar de lo interesante de este modelo, o paradigma como dicen sus autores, precisa una mayor con-

creación operativa y que a partir del mismo se realicen estudios para su adecuada comprobación.

4. El modelo de la madurez sobre el consumo de drogas

Labouvie (1996) también plantea un modelo de la madurez sobre el consumo de drogas, basado en la autorregulación, donde algunos de los elementos clave son el control personal y la eficacia. Cuando estos fallan, el individuo responderá a sus necesidades inmediatas y a las presiones situacionales inmediatas. Además, es probable que no tenga metas personales o que éstas sean poco importantes, difíciles, costosas o improbables de conseguir. Esto le puede llevar a la alienación y al estado depresivo.

En un estudio de Labouvie (1996) analiza esto para conocer los cambios que se producen a lo largo de un período de 7 años desde los 21-24 años a los 28-31 años, en el consumo de alcohol, cigarrillos y drogas. Le presta en este estudio una especial atención al papel del matrimonio y tener hijos sobre los anteriores consumos. La muestra fue evaluada inicialmente cuando tenían entre 15 y 18 años de edad, siendo seguidos a lo largo de un período de tiempo de 13 años. Para el actual estudio, las evaluaciones utilizadas fueron en los puntos 3 y 4 de ese largo período de tiempo, con 7 años de separación entre una y otra.

Los resultados confirman la hipótesis propuesta. Esto es, conforme transcurre el tiempo, hay un descenso en el consumo de sustancias, descenso en el consumo de sustancias en los amigos e incremento del número de parejas que se casan tanto en ellos como en sus amigos. Todo ello indica, en palabras del autor, un incremento en la dirección de una mayor convencionalidad tanto en varones como en mujeres.

Este estudio, como otros (ej., Kandel y Raveis, 1989), muestra que conforme las personas aumentan en edad, tanto sean hombres como mujeres, se va produciendo un menor consumo de drogas, lo que ha sido explicado como un proceso de madurez respecto al uso de sustancias, que se da en los adultos jóvenes. El estudio de Labouvie (1996) encuentra que este proceso se da tanto en aquellos que se casan y tienen hijos como en los que no. Algunas de las razones que pueden explicar lo anterior es que se incrementa el sentido de la responsabilidad personal, especialmente respecto a su futuro, facilitando el moderar las conductas excesivas o socialmente desaprobadas; porque el uso de sustancias impide conseguir las metas personales, ver el matrimonio y tener hijos como muy importante y, por ello, moderan el uso de drogas.

5. Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz

Newcomb (1996) ha recogido recientemente la información disponible sobre la teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz en adolescentes respecto al consumo de drogas. Esta teoría lo que afirma es que durante la adolescencia, y ante la experimentación de los roles adultos, el adolescente tendría dificul-

tades para ejecutarlos adecuadamente en varias esferas de la vida. La asunción básica de esta teoría es que llevar a cabo actividades prematuras e implicarse en responsabilidades típicamente adultas en una temprana edad en la adolescencia interfiere con la adquisición de las habilidades psicosociales necesarias para el éxito posterior en esos roles cuando es adulto. Precisamente, lo que plantea, es que estas habilidades son las que se aprenden a lo largo del período crítico de la adolescencia, y el que se den prematuramente impide un correcto aprendizaje de las mismas.

Dentro de esta teoría se consideran que hay dos etapas de gran importancia: la transición de la infancia a la adolescencia, cuando aparece la pubertad y la transición de la adolescencia a la adultez temprana, cuando se producen eventos vitales importantes como el matrimonio o encontrar empleo. Esta diferenciación se basa en el hecho bien conocido de que existen hechos críticos en la vida que permiten la transición de unas etapas a otras de la misma y que según dicha transición el resultado será el adecuado o no.

A uno de los aspectos a los que esta teoría ha dado más relevancia es a la pubertad. Este es uno de los elementos claramente diferenciales de esta teoría respecto a otras. Dados los grandes cambios que sobre este hecho se han producido en las últimas décadas, lo que sostiene esta teoría es, por una parte, que hay un preludio biológico y hormonal de la adultez pero, por otra parte, raramente hay una preparación psicosocial que vaya paralelo a este hecho. Por ejemplo, ha sido ampliamente estudiada la relación entre la primera relación sexual en la adolescencia y las dificultades posteriores encontradas a nivel escolar, roles, etc. (ej., Mott y Haurin, 1987; Newcomb y Bentler, 1988b). Otra transición de roles importante es comenzar a trabajar, independizarse de los padres, conseguir la autonomía financiera, casarse o ser padre.

Junto al peso dado a la pubertad, que sería un claro factor biológico, esta teoría también da gran importancia a los factores personales y sociales, en la línea de lo que conocemos sobre éstos en adolescentes y en lo que otras teorías han encontrado empíricamente sobre los mismos.

La teoría del desarrollo precoz es una de la que se han utilizado para explicar las dificultades con que se encuentran los adolescentes para comenzar a realizar las actividades típicas de los adultos. Pero, como Newcomb (1996) afirma, esta teoría no ha sido elaborada específicamente para conocer la etiología del uso de drogas, sino que ésta es una de las posibles consecuencias que puede ocurrirle al joven según sostiene la teoría. Sin embargo, Newcomb y Bentler (1988a) han sugerido como una posible condición antecedente la pseudomadurez o la prematura transición a la vida adulta, siendo dos los factores que contribuirían a la pseudomadurez en ellos. La primera, sería la incapacidad de retrasar la gratificación; la segunda, la sensibilidad y responsividad a la presión de los iguales consistente con una percepción de adultez, donde les llevaría a sentirse maduros e independientes. Un tercer factor se daría en aquellas familias disfuncionales que animan la "parentificación" de los niños, como ocurre con los padres con problemas de uso de drogas (Newcomb y Rickards, 1995).

Varios estudios han puesto a prueba la teoría de la pseudomadurez. Entre éstos destacan los de Newcomb y Bentler (1988a, 1988b), Chassin, Presson, Sherman y Edwards (1992), Hogan (1981) y más reciente-

mente por parte del propio Newcomb (1992, 1996).

Por ejemplo, Newcomb y Bentler (1986, 1988a, 1988b) encuentran que el uso de drogas en la adolescencia temprana está asociada con la asunción temprana de los roles adultos (trabajo y matrimonio), abandono de los roles de estudiante adolescente, teniendo luego problemas con los roles adultos, como se encuentra en su posterior mayor porcentaje de divorcio, inestabilidad laboral, malestar emocional y problemas familiares. Los resultados de Newcomb y Bentler (1988b) indican que "es bastante aparente que con la excepción del consumo de alcohol, el consumo de drogas en la adolescencia temprana produce al menos algún perjuicio en el funcionamiento físico, social y emocional cuando luego son adultos jóvenes. Además de los efectos del consumo de drogas, las drogas más destructivas parecen ser los cigarrillos y las drogas duras. El consumo de estas sustancias aparentemente interfiere con el normal desarrollo físico y emocional, resultando en la aparición de problemas en varias importante áreas de la vida" (p. 74). Al tiempo, apuntan que este consumo de drogas puede estar asociado tanto con el desarrollo precoz como con la disfunción psicosocial, siendo los responsables de producir los problemas anteriores. Este desarrollo precoz, con una correlativa falta de maduración y falta de habilidades, puede ser el responsable de ello. Curiosamente, en este estudio, la variable más relevante, dentro de las distintas drogas, fue el consumo de tabaco, que era quien predecía mejor el tener posteriormente problemas, más que fumar cannabis y tomar otras drogas ilegales. También, el no tener un adecuado apoyo social y relaciones interpersonales durante la adolescencia se asociaba directamente con la disfunción psicosocial, de modo más importante que el consumo de drogas.

Chassin et al. (1992), por su parte, analizaron específicamente la teoría de la pseudomadurez aplicada al consumo de tabaco, en contraposición a la de la incompatibilidad de roles (Yamaguchi y Kandel, 1988). Con un estudio de seguimiento de 13 años, desde la adolescencia hasta la edad adulta, sus resultados apoyan parcialmente una y otra teoría. Sugieren, por ello, que una explicación más adecuada sería considerar el rol que tiene como estudiante en la adolescencia como el elemento clave de la transición para otros estatus de su futura vida adulta.

Otro estudio destacable es el de McGee y Newcomb (1992), en el que comprobaron la existencia de un síndrome de desviación general donde el uso de drogas, junto a la conformidad social (en sentido negativo) y su situación académica (en sentido negativo), son los factores que forman el mismo en los primeros años de la adolescencia. Ello cambia para el final de la adolescencia, por estar este síndrome formado por el uso de drogas, relaciones sexuales, conducta delictiva y, en sentido negativo, la conformidad social y la situación académica. En la adultez temprana el síndrome está formado por las mismas variables que en la etapa anterior excepto el de orientación académica. Y, finalmente, en la adultez, las variables que constituyen el síndrome de desviación general son el uso de drogas, la conducta delictiva, la conformidad social (en sentido negativo) y el número de parejas sexuales. Lo anterior muestra que existen cambios en la contribución a este síndrome general de desviación en función del concreto período de desarrollo.

Newcomb (1996) presenta datos de seguimiento de 16 años de jóvenes que cuando se les hizo su prime-

ra evaluación, en 1975, tenían entre 12 y 14 años. Sus resultados confirman en un grado importante la hipótesis por él planteadas, derivadas de la teoría de la pseudomadurez. Nótese que en un estudio previo de McGee y Newcomb (1992) encontraron una correlación de 0.60 entre la edad de iniciación a las drogas con la edad de actividades desviadas, encontrando en su último estudio una correlación similar. Pero debe notarse que, a pesar de lo anterior, la edad de iniciar conductas problema también está asociado con una prematura implicación en roles prosociales y roles de valores adultos. Por ello, Newcomb (1996) considera que "es la edad de transición en los roles adultos lo que constituye la característica fundamental de la pseudomadurez y no necesariamente la calidad de la desviación del acontecimiento per se" (p. 495).

Sin embargo, los datos de Newcomb (1996) no permiten afirmar que la pubertad sea un factor clave, al menos en la muestra norteamericana que él ha seguido durante más de una década, aunque también indica que ello podría ser distinto en otras culturas. Sí encuentra, en cambio, diferencias por sexo. Así, la mujer madura biológicamente antes que el hombre y tiene un proceso de socialización distinto.

Un hallazgo importante de sus datos es que la edad temprana de iniciación al consumo de drogas está asociada con el mayor consumo de alcohol de adulto. En la misma línea, la mayor edad de transición adulta está significativamente correlacionada con el menor abuso de varias drogas, especialmente el abuso de marihuana, el mayor estatus socioeconómico, la menor conducta criminal y pocos divorcios en los últimos 8 años. Todo ello viene a indicar que ciertas conductas pseudomaduras tienen claras consecuencias adversas más tarde en la vida adulta en distintas conductas, al tiempo que otras son positivas. Entre las negativas tendríamos la iniciación al consumo de drogas y las conductas desviadas. Cuando se combina la temprana edad de autonomía financiera, la vida independiente y las relaciones íntimas junto con la iniciación temprana al uso de drogas y las actividades desviadas, un gran número de consecuencias adversas aparecen luego en la vida adulta. Por el contrario, cuando estas conductas aparecen independientes y aparte de otras conductas pseudomaduras, tienen un efecto beneficioso sobre la conducta posterior.

También cuanto mayor es la edad de transición adulta menos ansiedad tendrá la persona en su vida adulta. Igualmente tener una mayor edad puberal tiene efectos positivos, explicándolo porque tiene más tiempo para el desarrollo psicológico, adquiere mayores habilidades para la vida y está aliviado de las confusiones e imperativos biológicos y hormonales.

Newcomb (1996) ha planteado toda una serie de hipótesis a partir de la investigación que existe sobre esta teoría, incluyendo estudios de otros autores como los suyos propios, junto a otros elementos que se derivan de la misma. Un resumen de las mismas se muestran en la tabla 26. Como allí se aprecia, estas hipótesis vienen a indicar que se pueden hacer predicciones relativamente claras y específicas partiendo de esta teoría, que la edad es un elemento esencial en la misma, relacionado con la pubertad, que los elementos de socialización tienen gran relevancia para explicar el resultado final y que la precocidad es un elemento habitualmente negativo para la estabilidad emocional y una fuente de problemas conductuales en el futuro, como es el caso presente que estamos analizando el consumo precoz de drogas y el poste-

rior consumo abusivo de drogas. Con todo, también es cierto, que se precisan investigaciones partiendo de estas hipótesis para confirmar o desconfirmar las mismas, ya que al tiempo esta teoría es claramente competidora con otras que hemos previamente comentado, y no siempre lo hipotetizado se ha podido luego comprobar. Aún así, esta es una teoría bien desarrollada, con cierto apoyo empírico y que permite ampliar la comprensión sobre el fenómeno de la conducta normal y problemática de los adolescentes.

Tabla 26. Elementos de la teoría de la pseudomadurez o desarrollo precoz

- 1) La edad y el momento de darse la transición adulta no son aleatorios sino que ocurren al mismo tiempo. Por ello:
 - a) Hay mayores asociaciones entre acontecimientos similares.
 - b) Acontecimientos y hechos distintos también estarán relacionados pero de modo más débil que los acontecimientos similares entre sí.
 - c) La transición biológica, especialmente la pubertad, no necesariamente está relacionada a la par con la transición psicosocial en la misma persona.
- 2) Debido a diferencias biológicas y a variaciones en el desarrollo psicosocial, especialmente a través del proceso de socialización, aparecen algunas claras diferencias entre sexos en algunos acontecimientos en la transición hacia la vida adulta, de modo que:
 - a) Los hombres están más implicados en conductas desviadas, uso de drogas y autonomía, tanto de tipo financiera como de vida independiente, llevando a cabo dichas conductas de modo más precoz que las mujeres.
 - b) Las mujeres inician antes que los hombres conductas de intimidad (tener pareja, novio, casarse). Ellas dan más importancia a la mismas y suele ser un aspecto que se da en casi todas ellas, siendo un hecho claramente homogéneo en las mujeres.
- 3) Cuanto más temprana es la transición hacia conductas típicamente de los adultos en las primeras etapas de la adolescencia, estas personas se encontrarán con mayores problemas con esos roles en su vida adulta. Ello:
 - a) Será específico para un tipo concreto de acontecimientos de transición, como por ejemplo el que la menor edad de iniciación al uso de drogas estará únicamente asociado con mayores problemas con el abuso de drogas cuando es ya adulto.
 - b) Puede generalizarse a través de varios tipos de acontecimientos de transición surgiendo otros problemas en áreas de la vida adulta.
- 4) Los acontecimientos o hechos que facilitan conseguir la independencia y la autonomía, cuando actúan solos y sin otros elementos asociados, pueden tener un impacto beneficioso sobre el funcionamiento posterior de adulto. Sin embargo, cuando estos mismos acontecimientos van unidos a otros eventos de transición hacia la adultez, están posteriormente asociados en la vida adulta con un funcionamiento adulto inadecuado.

Elaborado a partir de Newcomb (1996).

6. Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz

Glantz (1992) propone un modelo para explicar el abuso de sustancias, al que denomina *modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas*. El modelo de este autor está basado en los factores de riesgo que se han encontrado que están asociados con la etiología del abuso de sustancias (ej., factores neurológicos y genéticos, predisposición a conductas problema, factores psicológicos y psicopatológicos, factores ambientales y sociales) y en los principios básicos del desarrollo y de la psicopatología referida al desarrollo. Difiere de otros modelos etiológicos en su orientación psicopatológica referida al desarrollo y la inclusión en el mismo de los antecedentes de la primera infancia. En el período neonatal (0-3 meses) hipotetiza que los niños en alto riesgo serían aquellos que tienen un temperamento con las siguientes características: 1) una mayor labilidad e intensidad del afecto que la media de los niños de esta edad; 2) una menor capacidad para habituarse a nuevos estímulos o adaptarse al cambio; 3) mayor persistencia que la media de los niños de esta edad para responder a las situaciones que producen malestar; 4) más dificultad para ser tranquilizado por sus cuidadores; 5) menor regularidad en los ciclos biológicos. La vulnerabilidad sería el producto de la interacción de las características temperamentales del niño con las personas y las experiencias de su ambiente. Por lo tanto, el que el niño tenga sólo un temperamento difícil no es una condición suficiente para el posterior abuso de drogas.

En el período de la infancia (3-10 meses), los niños que presentan alto riesgo tienen las siguientes características: 1) menor apego a los cuidadores y menor sociabilidad; 2) una mayor insistencia en atraer la atención y tener un contacto más cercano con los cuidadores, a pesar de la ausencia de apego y de sociabilidad; 3) ausencia de habilidades sociales típicas de este período tales como la capacidad para discriminar el estado de ánimo de sus cuidadores; 4) más dificultad para controlar su estado emocional; 5) dificultad en organizar las experiencias en un patrón interactivo; 6) menor diferenciación de sí mismo y los otros; y, 6) menor adaptabilidad y flexibilidad y déficit en la creación de un estilo de afrontamiento. Al final del período de la infancia, los niños de alto riesgo se caracterizan por haber establecido poco apego con la persona que lo cuida y déficits significativos en los mecanismos de afrontamiento, autorregulación y relaciones sociales. En el período en el que el niño empieza a dar sus primeros pasos (1-2 años), los niños de alto riesgo manifiestan las siguientes características: 1) continúan presentado poco apego a sus padres; 2) frecuentes quejas y afecto negativo; 3) bajo autocontrol sobre la propia conducta, un mayor nivel de actividad en conjunto, los períodos en que presta atención son más cortos que los de otros niños de su edad; 4) manifiestan más inseguridad que el promedio de los otros niños; 5) ocurrencia más frecuente que la media de conductas agresivas y de episodios de mal genio; 6) conductas polarizadas y conceptualizaciones dicotómicas; y, 7) menor capacidad que el promedio para conceptualizar y predecir causas y efectos y una menor habilidad que el promedio para organizar la conducta de tal manera que obtenga del ambiente y de otras

personas lo que desee.

En el período preescolar (3-4 años) los niños de alto riesgo presentan las siguientes características: 1) menor compromiso afectivo en los contactos interpersonales y relaciones con otros objetos y sucesos externos que otros niños de su edad, así como un menor progreso en el desarrollo de habilidades sociales y de relación con sus compañeros; 2) déficit del funcionamiento del yo, incluyendo una mayor dificultad para someter a prueba la realidad, en la organización de los pensamientos, y en la capacidad de demorar la gratificación. Las conceptualizaciones simbólicas pueden ser más rudimentarias que la de los niños de su misma edad; 3) un mayor efecto negativo, labilidad afectiva, intensidad de la expresión y orientación que lo que es de esperar en el promedio de los niños de esta etapa; 4) menor capacidad que el promedio para controlar los impulsos y un mayor nivel de actividad; 5) manifestación más frecuente de una conducta social agresiva que el promedio; 6) un menor desarrollo que el promedio en estrategias de solución de problemas, conceptualizaciones y conceptos más rígidos y estereotipados, y una visión del mundo menos efectiva y válida.

En el período escolar temprano (5-7 años) los niños de alto riesgo estarían caracterizados por: 1) el vínculo adquirido y la relación con sus padres no es compensada por la relación con otros miembros de la familia, los profesores, etc.; ausencia de relaciones estrechas y efectuosas; 2) relaciones de baja calidad con sus compañeros y escasas habilidades sociales; una menor integración en el sistema social que la media y una menor capacidad para empatizar; 3) mayor afecto negativo que el promedio, por lo cual es probablemente rechazado; 4) menor capacidad para organizar, regular y controlar las emociones y los impulsos; 5) la impulsividad puede ser manifestada a través de conductas problema y/o agresividad; 6) baja autoimagen, un menor sentido de competencia, probablemente rechazo; una menor confianza en sí mismo que los niños de su edad; 7) una menor interiorización de la justicia y de lo que es y no es apropiado; 8) una menor conceptualización que el promedio y una menor capacidad de solucionar los problemas; 9) vulnerabilidad al estrés, incluyendo distorsiones en someter a prueba la realidad cuando está estresado; 10) malos resultados académicos; y, 11) dificultad en buscar un equilibrio y satisfacer sus propias necesidades y las necesidades de otros.

En el período de la infancia media y tardía (8-11 años), Glantz (1992) cree que las características de los chicos de alto riesgo es probable que sean una prolongación o exacerbación de las características del estadio previo. Sin embargo, algunas de esas características se hacen más evidentes y tienen unas repercusiones más significativas en las interacciones interpersonales y con el entorno. No hay una respuesta adecuada a las demandas académicas y la integración con sus compañeros es deficitaria. Esto va a originar que muchos de los apoyos y recompensas que consiguen los niños de bajo riesgo no lo hagan los de alto riesgo. Los niños de alto riesgo han comenzado ya a desarrollar una forma inapropiada de solucionar los problemas y de afrontamiento; es poco probable que desarrollen estrategias y habilidades adaptativas. Los niños de alto riesgo también es más probable que se afilien a grupos de iguales más desviados. También

es más probable que se impliquen en conductas desviadas y que manifieste problemas de conducta.

Por último, en el período de la adolescencia, Glantz (1992) formula la hipótesis de que los adolescentes de alto riesgo tienen una relación antagónica con sus padres. Los lazos afectivos que tenga con sus padres es probable que sean poco adaptativos, impliquen hostilidad, conflictos de dependencia, alienación emocional, etc., en un mayor grado que los compañeros de su misma edad. Los déficits y problemas observados en el estadio anterior permanecen estables o incluso aumentan. Es probable que haya un mayor número de conductas desviadas. Manifiestan disfunciones en la regulación de su conducta y del afecto. Es también mucho más probable que el adolescente de alto riesgo se integre en algún grupo con conductas desviadas. Los adolescentes en alto riesgo pueden tener déficits de habilidades sociales y de relación. Es menos probable que desarrollen una forma madura de solucionar los problemas y habilidades de afrontamiento eficaces. Poseen una baja autoestima y un mayor afecto negativo, lo cual les lleva a ser rechazados. Es posible que desarrollen algún trastorno de personalidad u otro tipo de psicopatología, o que se impliquen en el consumo de alcohol y otras drogas con la finalidad de que le sirvan de mecanismo de afrontamiento.

Los sujetos que están propensos a condiciones biológicas, psicológicas o socioambientales que favorecen el desarrollo de un perfil emocional caracterizado por un afecto generalizado y persistente y un arousal prolongado y activado son especialmente vulnerables a pasar de niveles mínimos de consumo de droga, asociados con un consumo casual o experimental, a un consumo más problemático e intensivo asociado con el abuso.

Glantz (1992) finaliza la exposición de su modelo haciendo énfasis en que el mismo no es pesimista, pues el significado de vulnerabilidad es distinto al de destino. Muchos sujetos, que están sometidos a múltiples factores de alto riesgo, nunca llegarán a ser consumidores porque pueden también estar expuestos a un conjunto de factores de protección que contrarrestan los factores de alto riesgo. Además, en su modelo está implícita la idea de que es posible la prevención efectiva y las intervenciones de tratamiento tempranas.

7. Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos

Chatlos (1996) presenta un modelo para el abuso de sustancias que podemos denominar un modelo de enfermedad de desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas y que también es un modelo de etapas. Basándose en los datos epidemiológicos existentes en Estados Unidos, donde se aprecia en los últimos años un incremento en el consumo de marihuana junto a la utilización de nuevas drogas de síntesis, estimulantes, LSD, etc., junto al estancamiento en el consumo de heroína, elabora un modelo teórico encar-

dinado en los tipos clásicos de prevención primaria, secundaria y terciaria.

La aproximación que propone Chatlos (1996) es una aproximación de desarrollo psicosocial, partiendo del concepto de enfermedad del alcoholismo y del modelo biopsicosocial. Para este autor, este modelo sería en la práctica uno de los más utilizados en los programas preventivos de tipo comunitario. Se compone de tres factores que actúan separadamente en distintos puntos del tiempo, en la predisposición, en el uso de drogas y en un sistema permitido. Lo anterior, a su vez estaría basado en la investigación sobre los factores antecedentes, concomitantes y de mantenimiento de la adicción y de los trastornos mentales.

Dentro de los antecedentes, o predisposición, se considera a los genéticos, constitucionales, psicológicos y socioculturales. En los concomitantes, o uso de drogas, están la iniciación y la progresión. Finalmente, en el mantenimiento está un sistema permitido que llevaría a la enfermedad/dependencia de la sustancia. Los distintos tipos de prevención se harían a lo largo de estos componentes (ver figura 13).

Dentro de los factores de riesgo predisponente incluye tener padres con problemas de abuso de sustancias, embarazo juvenil, problemas de salud mental, víctimas de abuso físico, sexual o psicológico, intento de suicidio, implicación en actos violentos o delictivos, abandono de la escuela, ser un vagabundo o estar sin hogar y ser económicamente desaventajado. Estos factores se agrupan en genéticos, constitucionales, psicológicos o socioculturales. Dentro de los factores genéticos destacan los estudios de familias, gemelos y de adopción que han demostrado que existe evidencia de una base genética que predispone a una persona o le produce vulnerabilidad al alcoholismo. Sin embargo, para otras drogas, esta relación no está claramente establecida. Dentro de los factores constitucionales se vuelve a ejemplificar con el alcoholismo, cuando se comparan padres e hijos de alcohólicos a nivel físico, fisiológico y de neurodesarrollo (ej., el nivel de actividad del acetaldehído o anomalías en el EEG). Estos factores están en la categoría de constitucionales, dado que pueden tener una base genética o ser debido a influencias ambientales. Dentro de los factores psicológicos incluye la habilidad intelectual y los rasgos psicológicos. El bajo sentimiento de bienestar psicológico, alta rebeldía, baja sociabilidad, impulsividad, entre otros, predisponen al abuso de sustancias. Por contra, la obediencia, respeto a la ley, trabajar duro y efectivamente, sentirse valorado, etc., se asocia a un bajo consumo de drogas y alcohol. Dentro de los factores socioculturales se incluiría la educación familiar (ej., actitudes de los padres ante las drogas, uso de drogas por parte de algún miembro de la familia, nivel de permisividad), el uso de drogas por parte de sus iguales, el sistema escolar y el rendimiento escolar en el mismo y las leyes y normas de la comunidad sobre el uso y abuso de drogas, su disponibilidad, sistema económico, organización social, etc.

Los concomitantes se refieren al uso de drogas. En éste habría dos fases, la de iniciación y la de progresión. Para la de iniciación los factores más importantes son la influencia del grupo de iguales, la disponibilidad y el riesgo percibido del daño del uso regular de drogas. Junto a estos factores clave habría otros para la iniciación al uso de drogas en la adolescencia, como son los factores de personalidad. Entre éstos se incluyen la depresión, la búsqueda de riesgos, la baja autoestima, la pobre calidad en la relación paren-

tal, implicación con la conducta de consumo de drogas parental, bajas aspiraciones educativas de niño, disciplina parental inconsistente o carencia de ella, y la baja implicación maternal en las actividades infantiles.

La progresión sigue a la iniciación en muchos casos. Esta estaría producida por el fuerte reforzamiento positivo de la euforia producida por la droga, el reforzamiento negativo de los síntomas de abstinencia, junto a la combinación de factores genéticos, bioquímicos y de personalidad. Esta progresión ocurrirá a lo largo de cuatro etapas. La primera es la de experimentación/aprendizaje del cambio de humor o del estado de ánimo; la segunda de uso regular/búsqueda del cambio de humor o del estado de ánimo; la tercera del abuso de la sustancia/consecuencias negativas del uso repetido; y, la cuarta, de dependencia de la sustancia/uso compulsivo. A lo largo de estas cuatro fases la persona va pasando de un consumo para simplemente sentirse mejor, en muchos casos debido a la presión de los iguales, a una mayor implicación con la sustancia en una carrera adictiva que le lleva finalmente a ser una persona dependiente de la sustancia, cumpliendo los criterios clínicos para ello.

El mantenimiento se produce en un sistema que permite el consumo. En él incluye las personas, lugares y cosas alrededor del consumo. También el promover el uso, desconocimiento de los efectos, modelado del uso, consecuencias de dejar de consumir, incentivos económicos, etc., junto al complejo sistema político y económico.

Da un peso importante a la patología asociada al consumo de drogas, como es hoy la patología dual, la relación entre depresión y trastornos de ansiedad con el consumo de drogas, junto a otros trastornos psicopatológicos bien conocidos (ej., trastorno de personalidad antisocial).

Como puede verse en la figura 13, a partir del modelo que Chatlos (1996) propone, en éste hay tres apartados conductores, referidos a la investigación, al tratamiento y a la prevención. Dentro de ésta va indicando en qué lugar se puede incidir con la prevención primaria, secundaria y terciaria. Además, su pirámide de prevención abarcaría desde el nacimiento hasta la vejez.

Claramente aunque es un modelo simple en sus componentes, es un modelo útil y que integra una gran parte de los conocimientos de que hoy disponemos sobre las drogodependencias y los factores asociados a su consumo.

8. Teoría de la socialización primaria de Oetting et al.

La teoría de la socialización primaria ha sido propuesta recientemente por Oetting y colaboradores (Oetting y Donnermeyer, 1998; Oetting, Deffenbacher y Donnermeyer, 1998a; Oetting, Donnermeyer y Deffenbacher, 1998b; Oetting, Donnermeyer, Trimble y Beauvais, 1998c). Su objetivo es solventar las limitaciones de las teorías anteriores dado que, según ellos, o analizan un sólo aspecto del problema (ej.,

variables biológicas, psicológicas o sociales) o no indican los elementos de unión de unos componentes con otros. Esta teoría se centra, como la de otros autores, en las conductas problemáticas, donde el consumo de drogas es una de ellas. Pretende además cumplir los requisitos de una buena teoría, tal como han propuesto Petraitis, Flay y Miller (1995).

La premisa fundamental de la teoría de la socialización primaria es que "aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales que son aprendidos. Las conductas sociales desviadas, tales como el uso de drogas, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. La desviación no es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y normas prosociales; tanto las normas prosociales como las desviadas son activamente aprendidas en el proceso de la socialización primaria" (Oetting y Donnermeyer, 1998, p. 998).

Para estos autores la socialización es el proceso de aprender normas y conductas sociales. En toda sociedad hay un modo de aprender las normas sociales, siendo los responsables de ello en nuestra sociedad la familia, la escuela y los iguales. Es en la interacción entre el individuo y estas fuentes de socialización primaria las que llevan a determinar las conductas normativas y desviadas del individuo. Desde la infancia hasta el final de la adolescencia o adulted temprana, sería el período de mayor importancia para la socialización del individuo. El mayor riesgo de aprender normas desviadas se produce en la adolescencia.

La teoría de la socialización primaria se centra básicamente en el aprendizaje de normas. La familia es el primer elemento de socialización primaria para el niño. Si en ésta hay problemas, como conductas delictivas, consumo de drogas, conflictos, agresiones, se sabe que ello incrementa la probabilidad de su consumo posterior por parte del niño o adolescente. De ahí, que en función del tipo de familia, el niño aprenderá unas u otras normas.

Esta teoría considera a la escuela un elemento de la socialización primaria y, conforme hay familias disfuncionales, hay también escuelas disfuncionales o escuelas que tienen otros problemas que reducen la habilidad de aprender o transmitir normas prosociales, como pueden ser el tamaño de la escuela, la disciplina de la escuela, los roles poco claros, mal profesorado, carencia de recursos, prejuicios, etc.

El grupo o cluster de iguales, como ellos le denominan, es la tercera fuente de socialización primaria, junto a la familia y la escuela. Esta teoría diferencia varios tipos de iguales, como los iguales en general, grupo de iguales, grupo de iguales de estilo de vida y cluster de iguales. La formación de las normas ocurrirá básicamente en el cluster de iguales, siendo más indirecta la de los otros grupos de iguales. El cluster de iguales son las diadas de los mejores amigos, pequeños grupos de amigos cercanos o parejas. Dependiendo de los iguales con normas prosociales o implicados en conductas desviadas, va a influir claramente en la conducta de esa persona.

De modo interesante, indican como la selección del grupo de iguales puede ser debida a causas externas (ej., género, lugar donde se vive), aunque las más importantes serían la similitud en actitudes, habilidades

sociales, intereses y aptitudes. Una vez en el grupo, la similitud entre ellos es lo característico.

Esta teoría propone que si los vínculos entre el niño y la familia y la escuela son fuertes, los niños desarrollarán normas prosociales; si son débiles, la socialización primaria durante la adolescencia estará dominada por el grupo de iguales. Si falta una adecuada internalización de las normas prosociales, y se han seleccionado los iguales más desviados, es más probable que se impliquen en conductas desviadas. Con todo, cada cultura modula lo anterior.

Sobre el papel de los rasgos personales (Oetting et al., 1998a), la teoría de la socialización primaria sostiene que las características físicas, emocionales y sociales del joven influyen en el proceso de socialización, lo que lleva a que el resultado de las mismas sean factores de riesgo o protección respecto al uso de drogas y a la conducta desviada. Comentan como ejemplo el que los jóvenes más inteligentes es más probable que tengan éxito en la escuela, la escuela les refuerza y formen una buena vinculación con la misma. De este modo, la inteligencia se convierte en un factor de protección contra la desviación. Otro ejemplo semejante es el atractivo físico.

Para esta teoría los rasgos de personalidad influyen la desviación sólo indirectamente, al tener sus efectos sobre los procesos de socialización primaria. Por ello, cuando se habla de rasgos de personalidad, se entienden como aquellos que interfieren con el proceso de socialización primaria, pero que no inciden directamente en la misma. Esto les lleva a poder explicar rasgos como la ira, la agresión, la autoestima y la búsqueda de sensaciones.

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

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

Las características de la comunidad, como fuente de socialización secundaria, permiten aumentar o disminuir las oportunidades para que la socialización primaria ocurra, mejorar o empeorar la vinculación con las fuentes de socialización primaria e influenciar las normas que son comunicadas a través de los elementos de la socialización primaria (Oetting et al., 1998b).

Como fuentes de socialización secundaria Oetting, Donnermeyer y Deffenbacher (1998b) consideran las características de la comunidad, la familia extensa, los grupos que forman asociaciones, la religión e instituciones religiosas, el ambiente de los iguales general y los medios de comunicación. Dentro de las características de la comunidad considera todo el ambiente físico y social de la misma en el que el individuo vive. Así, incluyen el vecindario, ciudad y área geográfica; el nivel de urbanización y especialmente si vive en un área rural o urbana; el tamaño de la población en la que vive; el tipo de ocupación; el nivel de movilidad que existe en esa población; la distribución que existe en esa población por edades, desde el nacimiento hasta la vejez con una especial atención al número de adolescentes de la misma; las oportunidades sociales que hay para participar en distintos grupos sociales, dado que es a través de ellos como se organiza y gobierna la comunidad; el nivel de pobreza que existe en esa comunidad. Varias de estas características se asocian a una mayor o menor desviación y, al mismo tiempo, a un mayor o menor consumo de drogas. Estas variables, por tanto, son importantes para conocer el mayor o menor riesgo de consumir, aunque son consideradas como fuentes de socialización secundaria.

La familia extensa es otra fuente de socialización secundaria, en donde se incluyen aquellos familiares distintos a los padres, como abuelos, tíos, etc. Sirve como un factor de protección y facilita comunicar las normas prosociales a los niños. De modo semejante los grupos que forman asociaciones de distinto tipo, como asociaciones profesionales, asociaciones sociales (ej., de vecinos), políticas, etc. También está la religión y las instituciones religiosas, que son un grupo especial. A través de la misma se transmiten normas que suelen coincidir con las socialmente imperantes. El ambiente de los iguales en general es distinto al cluster de iguales que ellos consideran como elemento esencial de la socialización primaria. Por contra, el ambiente de los iguales en general se refiere a grupos de iguales que se forman para distintas actividades, como un equipo deportivo, club escolar, etc., y son distintos del cluster de iguales, aunque en muchos casos el cluster de iguales se forma a partir de alguno de los grupos de este ambiente de iguales en general. Finalmente, está como fuente de socialización secundaria los medios de comunicación. Afirma que son una importante fuente de socialización y reconoce que en algunos casos es un importante elemento de socialización para muchas personas en la adquisición de normas culturales siendo la exposición a la misma muy grande por parte de todos a través de periódicos, revistas, televisión, videos, discos, libros, etc. Lo considera una fuente de socialización secundaria, porque tiene lugar en el contexto social general, y ejerce sus efectos sobre la desviación de modo no directo a través de la familia, escuela e iguales, aunque reconoce que puede también ejercer información normativa que puede afectar a las normas y a la conducta de modo directo, aunque éstas se han formado por parte de la familia, escuela o iguales. De ahí que se considere fuente de socialización secundaria. Además la socialización primaria delimita lo que se selecciona, lo que se atiende de lo seleccionado y la exposición a las normas de los agentes de socialización primaria. Dada la gran importancia que van adquiriendo los medios de comunicación, la teoría asume que en ocasiones éstos pueden ser una fuente directa de socialización primaria, como ocurre con los niños

cuando ven dibujos animados, películas infantiles, o la lectura de libros que apoyen las ideas propias Finalmente, Oetting et al. (1998c) analizan el peso de la cultura en relación con el consumo de drogas. La cultura, como es bien sabido, influencia directamente la socialización del individuo, la socialización primaria. Determina cuáles son las fuentes de socialización y las normas que se van a transmitir. Pero, a su vez, la socialización influencia la cultura, como va ocurriendo con los cambios que se van produciendo de generación en generación. La cultura tiene una gran importancia en determinar las normas para el consumo de las distintas drogas.

Los conocimientos y habilidades culturales son las actitudes, creencias, valores y conductas que son necesarias para que el individuo pueda hacerle frente a su ambiente físico y social, pasando de una a otra persona de generación en generación. La cultura se transmite a través de la socialización primaria en la familia, la escuela y el grupo de iguales. También contribuye a ello las fuentes de socialización secundaria ya vistas. Un problema importante aparece cuando surgen subculturas, donde tienen normas específicas o distintas de la cultura oficial o predominante. Esto es importante para el abuso de drogas y un elemento característico de nuestro actual sistema social.

Tabla 27. Elementos de la teoría de la socialización primaria de Oetting et al.

Fuentes de la socialización primaria que influyen sobre el individuo.

- Familia.
- Escuela.
- Grupo de iguales.

Influencias indirectas en la socialización primaria.

- Rasgos de personalidad.

Fuentes de socialización secundaria.

- Características de la comunidad: vecindario, ciudad, área; urbanización; tamaño; tipo de ocupación; movilidad de la población; distribución de la población por edades; oportunidades sociales para participar en distintos grupos; pobreza.
- Familia extensa.
- Grupos que forman asociaciones: profesionales, sociales, deportivas, políticas, etc.
- Religión e instituciones religiosas.
- Ambiente de los iguales en general.

9. Referencias bibliográficas

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and actions: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Becker, M.H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Chassin, L., Presson, C.C., Sherman, S.J. y Edwards, D.A. (1992). The natural history of cigarette smoking and young adult social roles. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 328-347.
- Chatlos, J.C. (1996). Recent trends and a developmental approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.
- Glantz, M.D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 389-418). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hogan, D.P. (1981). *Transitions and social change: The early lives of american men*. Nueva York: Academic Press.
- Kandel, D.B. (1973). The role of parents and peers in adolescent marijuana use. *Science*, 181, 1067-1070.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Kandel, D.B. (Ed.) (1978). *Longitudinal research on drug use*. Washington, DC: Hemisphere.
- Kandel, D.B. (1980a). Developmental stages in adolescent drug involvement. En D.J. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives* (pp. 120-127). Rockville, MD: Nida Research Monograph 30.
- Kandel, D.B. (1980b). Drug and drinking behavior among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, 235-285.
- Kandel, D.B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.
- Kandel, D.B. y Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-253). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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 Raveis, V.H. (1989). Cessation of illicit drug use in young adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 46, 109-116.
- 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.
- Kanfer, F.H. (1975). Self-management methods. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A text-book of methods*. Nueva York: Pergamon Press
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.
- Leventhal, H. y Cleary, P.D. (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*, 88, 370-405.
- McGee, L. y Newcomb, M.D. (1992). General deviance syndrome: Expanded hierarchical evaluations at four ages

- from early adolescent to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 766-776.
- Newcomb, M.D. (1992). Understanding the multidimensional nature of drug use and abuse: The role of consumption, risk factors, and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 255-297). Washington, DC: American Psychological Association.
- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1986). Drug use, educational aspirations, and workforce involvement: The transition from adolescence to young adulthood. *American Journal of Community Psychology*, 14, 303-321.
- Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1988a). *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1988b). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 64- 75.
- Newcomb, M.D. y Rickards, S. (1995). Parent drug-use problems and adult intimate relations: Association among community samples of young adult women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 141-154.
- Oetting, E.R. y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- Oetting, E.R., Deffenbacher, J.L. y Donnermeyer, J.F. (1998a). Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II. *Substance Use & Misuse*, 33, 1337-1366.
- Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F. y Deffenbacher, J.L. (1998b). Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance. III. *Substance Use & Misuse*, 33, 1629-1665.
- Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F., Trimble, J.E. y Beauvais, F. (1998c). Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use. IV. *Substance Use & Misuse*, 33, 2075-2107.
- Paton, S., Kessler, R. y Kandel, D.B. (1977). Depressive mood and illicit drug use: A longitudinal analysis. *Journal of Genetic Psychology*, 131, 267-289.
- Petraitis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces on the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- 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.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D.B. (1974). Patterns of drug abuse from adolescence to young adulthood - II. Predictors of progression. *American Journal of Public Health*, 74, 673-681.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D. (1985). On the resolution of role incompatibility: A life event analysis of family roles and marijuana use. *American Journal of Sociology*, 90, 1284-1325.

Capítulo 5

Teorías integrativas y comprensivas

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

1. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social

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

La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Bandura (1977b, 1986), haciendo la gran aportación de incluir el aprendizaje social, vicario o de modelos, junto a la técnica del modelado, que como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas. Más recientemente, el propio Bandura ha red denominada a la teoría del aprendizaje social bajo el nombre de teoría cognitiva social (Bandura, 1986, 1995, 1997), donde en este último caso un elemento central es el concepto de *autoeficacia*, como elemento cognitivo central para poder explicar la conducta, aunque sin dejar de considerar al tiempo las otras variables ya indicadas. A continuación exponemos los principios que subyacen a la teoría del aprendizaje social y a la teoría cognitiva social. En un capítulo posterior mostramos específicamente la aplicación de esta teoría al inicio, mantenimiento y abandono del consumo de alcohol.

1.1. La teoría del aprendizaje social

En 1969, en uno de los libros considerados clásicos en la modificación de conducta y, por tanto, del tratamiento psicológico, *Principles of behavior modification*, Bandura (1969) abordó y desarrolló su punto de

vista de la modificación de conducta bajo el marco conceptual de la teoría del aprendizaje social. Esta fue posteriormente ampliada en otro libro (Bandura, 1977b), y en los años 80, en un extenso manual (Bandura, 1986) donde revisó su originaria teoría del aprendizaje social, red denominándola como *teoría cognitiva social*. Dicho cambio se debe según Bandura (1986) a que la porción social de la terminología que ahora él utiliza reconoce los orígenes sociales de gran parte del pensamiento y de la acción humana; la porción cognitiva reconoce la influyente contribución causal de los procesos de pensamiento hacia la motivación, afecto y acción humana.

La teoría del aprendizaje social ha tenido una gran relevancia y fue históricamente el eslabón entre los principios del condicionamiento clásico y condicionamiento operante para explicar el comportamiento humano (aprendizaje, mantenimiento y abandono de una conducta) y las corrientes psicológicas actuales donde se prima fundamentalmente el papel de la cognición (creencias, actitudes, pensamientos, atribuciones, etc.). Precisamente la teoría del aprendizaje social introduce en la misma la persona y a sus atributos. La introducción de los procesos cognitivos por Bandura al lado de los procesos de condicionamiento fue, no cabe duda, todo un hito en la evolución de la explicación de la conducta humana y se veía a la misma en los años 70 y 80 como la orientación que permitía una total integración de los conocimientos existentes dentro del campo de la psicología.

Bandura, a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en el condicionamiento clásico y operante, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta (Bandura, 1977b): 1) El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico; 2) el segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; y, 3) el tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura (figura 14).

Los procesos de aprendizaje mediante el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante ya los hemos visto en un capítulo anterior. Como allí exponíamos, ambos constituyen importantes procesos para explicar la conducta, entre los que se encuentra la de adquisición de las distintas conductas con poder adictivo y su mantenimiento.

El tercer proceso que Bandura introduce es el del aprendizaje vicario, sobre el que ha hecho estudios de gran relevancia (ej., Bandura y Walters, 1963), especialmente en el aprendizaje de la conducta violenta y agresiva. El aprendizaje vicario, observacional o mediante modelos es un tipo de aprendizaje que se define como "al proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo -el modelo- actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo" (Perry y Furukawa, 1987, p. 167). Para que pueda producirse el

aprendizaje por observación es necesario que se produzca la adquisición de esa conducta simbólica. Esto se produce si la persona presta atención y tiene capacidad de retener dicha información. Finalmente, se produce la ejecución si la persona realiza realmente dicha conducta en el proceso denominado de reproducción motora. El elemento básico que facilita la adquisición y la ejecución de la conducta son las consecuencias que recibe el modelo al llevar a cabo la conducta. Si éstas son positivas para él (reforzamiento) se incrementa la probabilidad de ejecutar la conducta por parte del observador; si son negativas disminuye la probabilidad de ejecutar la conducta por parte del observador. Una vez adquirida la conducta de modo observacional, la propia realización de la conducta y las consecuencias que le siguen, sean positivas o negativas, informan al observador si ésta es o no adecuada, sirviéndole para ejecuciones posteriores de la misma.

Partiendo de los principios del aprendizaje vicario, Bandura (1977b, 1983 1986) propuso las técnicas de modelado para adquirir y eliminar conductas, mediante el aprendizaje de modelos. Este tipo de aprendizaje puede hacerse mediante modelos reales o simbólicos (ej., mediante películas de vídeo). En la tabla 28 exponemos aquellos factores que mejoran el modelado. Nótese que el entrenamiento en habilidades sociales, elemento hoy básico de casi todos los programas preventivos, se fundamenta de modo casi exclusivo en las técnicas de modelado, de ahí la gran relevancia del mismo.

Tabla 28. Factores que hay que tener en cuenta cuando se lleva a cabo la elaboración de un entrenamiento mediante modelado

Factores que mejoran la adquisición (aprendizaje y retención)

- 1) *Características del modelo:* similaridad en sexo, edad, raza y actitudes; prestigio; competencia; celo y educación; valor del premio.
- 2) *Características del observador:* capacidad de procesar y retener información; incertidumbre; nivel de ansiedad; factores de personalidad para conductas específicas.
- 3) *Características de la forma en que se presenta el modelado:* modelado real o simbólico; utilización de varios modelos; modelo de habilidades progresivas; procedimientos de modelado gradual; instrucciones; comentario sobre lo importante y las reglas; resumen realizado por el observador; ensayo; minimización de estímulos distractores

Factores que mejoran la ejecución

- 1) *Factores que proveen incentivos por la ejecución:* reforzamiento vicario (recompensar al modelo); extinción vicaria del miedo a responder (no proporcionar consecuencias negativas al modelo); reforzamiento directo; imitación.

Tabla 28 (continuación)

2) *Factores que afectan a la calidad de la ejecución*: ensayo de conducta; modelado participativo.

3) *Factores que facilitan la transferencia y generalización*: semejanza entre la situación de entrenamiento y el medio natural cotidiano; práctica repetida que afecta a la jerarquía de respuestas; incentivos por ejecutar en situaciones naturales; principios de aprendizaje que gobiernan una clase de conductas; proporcionar variaciones en la situación de entrenamiento.

Adaptado de Bandura (1983), Cruzado (1993), Méndez, Olivares y Ortigosa (1998), Perry y Furukawa (1987) y Rosenthal y Steffek (1991).

Respecto a los procesos cognitivos mediacionales, como expone Bandura (1986), red denominó a la teoría del aprendizaje social como teoría cognitiva social. De nuevo sostiene claramente una concepción de interacción basada en una reciprocidad triádica. Su modelo de determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos y otros personales, y las influencias ambientales, señalan que éstos operan de modo interactivo como determinantes de cada una de las otras. En este determinismo recíproco triádico, el término recíproco se refiere a la acción mutua entre los factores causales. El término determinismo lo utiliza en el sentido de hacer énfasis en que ciertos factores producen los efectos y no como causas que operan independientemente del individuo. Varios factores pueden ser necesarios para que se produzca un efecto. A causa de la multiplicidad de influencias interactuantes, el mismo factor puede ser parte de diferentes combinaciones de condiciones que tienen efectos diferentes.

La relativa influencia ejercida por los tres tipos de factores interactuantes variará para diferentes actividades, diferentes individuos y diferentes circunstancias. Como un ejemplo ver la televisión proporciona una adecuada representación de lo dicho. En este caso las preferencias del espectador, su conducta y lo ofrecido por la televisión se ven recíprocamente afectados entre sí, y no influidos unidireccionalmente por uno sólo de ellos. Los tres factores no interactúan de modo totalmente simultáneo, sino secuencialmente en el transcurso del tiempo. De los varios segmentos del sistema de interacción triádico, fue la relación recíproca entre la conducta y los eventos ambientales la que ha recibido mayor atención. Además, algunos teóricos se han centrado exclusivamente sobre esta porción de la reciprocidad en la explicación de la conducta, como es el bien conocido caso de Skinner y sus estudios sobre el condicionamiento operante.

Una segunda característica de la teoría cognitiva social, atañe a cómo se define la naturaleza humana, tarea a la que se ha enfrentado Bandura (1986), que especifica en función de las capacidades básicas de la persona, incluyendo las siguientes: 1) *capacidad de simbolización*; esto es, la capacidad de utilizar símbolos, como medio de cambio y adaptación a su ambiente. 2) *Capacidad de previsión*. La gente no reacciona simplemente a su ambiente inmediato, ni se conduce por su pasado. Muchas de sus conductas, siendo intencionales, están reguladas por la previsión. 3) *Capacidad vicaria*. El aprendizaje, resultado de la

experiencia directa, puede ocurrir vicariamente observando la conducta de otras personas y las consecuencias de su ejecución. Este aspecto del aprendizaje vicario ha caracterizado a Bandura (1969, 1977b, 1986) dentro del campo del aprendizaje y de la modificación de conducta. 4) *Capacidad autorreguladora*. Una parte importante de la conducta de la gente está motivada y regulada por patrones internos y reacciones autoevaluativas de sus propias acciones. 5) *Capacidad autorreflexiva*. Aquí Bandura apunta que si hay alguna característica que distingue a los sujetos humanos es su capacidad para la auto-conciencia reflexiva. Esto permite a la persona analizar sus experiencias y pensar sobre sus propios procesos de pensamiento (metacognición). 6) *La naturaleza de la naturaleza humana*. Desde la perspectiva cognitiva social, la naturaleza humana se caracteriza por una vasta potencialidad, que puede estar formada por experiencia directa y observacional dentro de una variedad de formas dentro de los límites biológicos. Una de las señales más importantes que distinguen a los sujetos humanos es su plasticidad.

Un tercer aspecto destacable, ya inmerso en el punto anterior, es la gran importancia que da a los factores cognitivos, junto con el ambiente y la conducta, en relación recíproca entre sí. Para Bandura (1986) la cognición no aparece en un *vacuum*, ni funciona como causa autónoma de la conducta. La concepción que el individuo tiene sobre sí mismo y sobre la naturaleza de sus pensamientos, se desarrolla y se verifica a través de cuatro procesos diferentes: 1) experiencia directa de los efectos producidos por sus acciones; 2) experiencia vicaria de los efectos producidos por la conducta de otras personas; 3) juicios manifestados por otros; y, 4) deducciones a partir de conocimientos previos utilizando reglas de inferencia.

Una cuarta característica de la teoría del aprendizaje social es la teoría de la autoeficacia de Bandura (1977a, 1977b, 1982, 1995). Bandura (1977a) con el concepto de autoeficacia ofrece una teoría unificadora del cambio conductual que parte del punto de vista de que "los cambios llevados a cabo por diferentes métodos derivan de un mecanismo cognitivo común" (p. 191). Este mecanismo cognitivo común sería la autoeficacia. Bandura (1977a) distingue dos tipos de expectativas: las expectativas de resultado y las expectativas de eficacia. La expectativa de resultado atañe a la percepción personal de que una conducta dada conducirá a ciertos resultados. Una expectativa de eficacia -también denominada autoeficacia- es la convicción personal que tiene el sujeto de que puede ejecutar exitosamente la conducta requerida para producir un resultado.

Una quinta característica de la teoría del aprendizaje social tiene que ver con las técnicas que utiliza. Como ya hemos apuntado, Bandura ha destacado, entre otras muchas cosas, por sus estudios sobre el aprendizaje vicario y, deducido del mismo, las técnicas de modelado. Pero, aparte, su teoría ha integrado el condicionamiento operante, condicionamiento clásico, y ha abierto el camino cognitivo (ej., las mismas técnicas de modelado simbólico). Por ello, un autor dentro de esta corriente podría coherentemente utilizar todas las técnicas que actualmente se enmarcan en las denominadas técnicas cognitivo-conductuales. Una sexta característica se refiere a la importancia que tiene el sujeto en dirigir su propio cambio de conducta, y en su autocontrol (Mayor y Labrador, 1984; O'Leary y Wilson, 1987).

1.2. De la teoría del aprendizaje social a la teoría cognitiva-social

1.2.1. La evolución desde una postura basada más en el aprendizaje a otra basada más en lo cognitivo

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969), red denominada más actualmente teoría cognitiva social (Bandura, 1986), insiste hoy en el concepto de autoeficacia como un componente central de la misma y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta (Bandura, 1995). Sin embargo, esta teoría asume la importancia del condicionamiento clásico, como del operante y del vicario, y que éste y los otros puedan estar modulados por el proceso cognitivo de la autoeficacia. En cambio, esta teoría se diferencia de los planteamientos netamente cognitivos, dado que ella implica una causalidad lineal entre el pensamiento (la cognición) y la conducta, y sostiene que el primero es la causa del segundo. Por tanto, ante un reduccionismo como éste, la teoría del aprendizaje social permite una mejor integración, y le sirve al clínico de paraguas de lo que hace luego en su práctica: utilizar técnicas derivadas de los principios del condicionamiento clásico, del condicionamiento operante, del aprendizaje vicario y de los procesos cognitivos. Como bien dice Rotgers (1988), la teoría del aprendizaje social es una de las escuelas de la terapia de conducta que cae entre los polos opuestos del conductismo radical y del eclecticismo técnico de la terapia de conducta. Esto es lo que hoy le da un gran valor. Dos de los conceptos centrales de tipo interno que introdujo Bandura son los de autoeficacia (Bandura, 1977a, 1997b, 1982) y el de determinismo recíproco (Bandura, 1986). Con el primero intenta integrar el concepto de cognición dentro de la modificación de conducta, dado que él no propone mecanismos cognitivos que no se puedan evaluar, sino que a través del concepto de autoeficacia, y de su adecuada evaluación, sirva para guiar y predecir la conducta (Bandura, 1982). Esto es lo que le ha caracterizado: mantenerse dentro de un marco empírico y racionalista estricto, al analizar de este modo el valor de un factor cognitivo "inobservable" en la producción de la conducta. Esto es, elaborando una teoría en la que los eventos inobservables (ej., juicios cognitivos de autoeficacia) son postulados como causales de la ejecución conductual, y entonces desarrollando un modo observable de evaluar estos eventos y haciendo que ellos sean conductas observables. Bandura ha producido un avance significativo en nuestro conocimiento de los procesos de cambio de conducta y un modo de predecir las ejecuciones conductuales.

1.2.2. La autoeficacia

La teoría de la autoeficacia (Bandura, 1977a; 1986) generó desde el primer momento una gran expectación. Desde su publicación fueron cientos de investigaciones las que se hicieron sobre la misma. A conti-

nuación exponemos las bases teóricas sobre las que se sustenta, cómo se abordan las cuestiones conductuales desde esta teoría y las repercusiones que tiene en el campo aplicado.

La teoría de la autoeficacia tiene como núcleo central las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar. La autoeficacia percibida afecta a los propios niveles de motivación y logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios de la vida. La autoeficacia puede ser vista como (Cervone y Scott, 1995): 1) una definición de autoeficacia percibida, incluyendo la distinción entre ésta y otras variables; 2) un análisis de los procesos psicológicos que están directamente afectados por las valoraciones de eficacia; 3) un análisis de los determinantes de la autoeficacia percibida, incluyendo diferentes fuentes de información que afectan de modo diferencial a los juicios; y, 4) una metodología para analizar las relaciones recíprocas entre el ambiente, las percepciones de autoeficacia y la conducta.

La teoría de la autoeficacia se centra en un aspecto particular del pensamiento humano: los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad para actuar. La autoeficacia percibida se define como una percepción de la capacidad que tiene uno para lograr un nivel especificado o un tipo de actuación en un lugar concreto (Bandura, 1986). Las percepciones que tiene uno de su capacidad para realizar conductas de habilidad social con los miembros del sexo opuesto, fumar cuando se siente tenso o deprimido, etc., son ejemplos de la clase de pensamiento referido a uno mismo que hace referencia a la autoeficacia percibida. Es importante distinguir entre autoeficacia percibida y otras variables referidas a uno mismo (Cervone y Scott, 1995). La autoeficacia percibida no se refiere a un sentido de uno mismo como capaz o incapaz. Más bien se refiere a las capacidades percibidas por un mismo para la acción en un dominio concreto de actividad. La autoeficacia percibida no se refiere al valor percibido o mérito de una persona o acto. Se refiere al juicio de que las conductas de uno pueden realizarse, independientemente del valor que uno les dé. La autoeficacia percibida no es un constructo global, no se refiere a un sentido de autovaloración, como puede ser el constructo de autoestima.

La autoeficacia percibida también se diferencia de dos tareas cognitivas específicas: las metas y las expectativas de resultado. Las metas hacen referencia a los objetivos de uno en una actividad. Los constructos psicológicos de metas y percepciones de autoeficacia son conceptual y empíricamente distintos, aunque las percepciones de autoeficacia son un determinante clave de las metas que uno se propone (Wood, Bandura y Bailey, 1990).

Bandura (1977a) le ha dado mucha importancia a la distinción entre percepciones de autoeficacia y expectativas de resultado. Como ya apuntamos anteriormente, las percepciones de autoeficacia se refieren a aquellas percepciones de que uno es capaz de realizar un tipo dado de ejecución, mientras que las expectativas de resultado se refieren a las consecuencias que uno espera que seguirán a la realización de una determinada conducta. La teoría de la autoeficacia propone como principio que los juicios de eficacia son determinantes próximos de una clase de procesos psicológicos que son fundamentales para la adaptación y el logro humano (Bandura, 1989).

Una vez que uno toma parte en una actividad, las percepciones de autoeficacia afectan al grado de esfuerzo de uno y a la persistencia de la tarea. Las personas con un sentido de autoeficacia son más perseverantes (Sotck y Cervone, 1990). Las percepciones de autoeficacia también influyen en los procesos cognitivos que son fundamentales para el logro. Las valoraciones de autoeficacia pueden afectar a la actividad cognitiva antes y después de la ejecución (Cervone y Scott, 1995). Después del suceso, las percepciones de eficacia afectan a las atribuciones que se hace la gente sobre los resultados ocurridos. Las respuestas afectivas también están determinadas en parte por las percepciones de autoeficacia. La gente que siente una elevada autoeficacia experimenta menos ansiedad ante hechos estresantes y amenazantes (Bandura, 1986).

La teoría de la autoeficacia examina no sólo las consecuencias de las percepciones de su autoeficacia, sino que también analiza sus causas: los determinantes del nivel de autoeficacia percibida dentro de un dominio dado (Cervone y Scott, 1995). Aquí surgen dos cuestiones distintas. La primera tiene que ver con las experiencias sociales que influyen las percepciones de autoeficacia. La segunda tiene que ver con los procesos psicológicos implicados en la evaluación de la eficacia en una actividad. Bandura (1977b, 1986) esbozó cuatro tipos de experiencias que influyen en las percepciones de la autoeficacia. La primera y más influyente es la experiencia directa; el encuentro personal con el ambiente proporciona el índice más fiable de las capacidades de uno. Una segunda influencia es la vicaria; en parte, la gente basa las evaluaciones de sus propias capacidades en la ejecución de otros que son similares a ellos. Una tercera fuente de influencia es la persuasión verbal; los sujetos con frecuencia intentan inculcar creencias de eficacia persuadiendo a otros de su eficacia. Finalmente, los estados afectivos y psicológicos pueden proporcionar información acerca de la propia eficacia.

Una segunda cuestión tiene que ver con los procesos cognitivos a través de los cuales los individuos integran estas diversas fuentes de información para llegar a hacerse un juicio de sus capacidades de ejecución. Con frecuencia los juicios sobre la eficacia personal se basan en estrategias de juicio rápidas, sencillas o heurísticas (Cervone y Scott, 1995). Estas estrategias de juicio frecuentemente producen autovaloraciones eficientes y correctas. Por ejemplo, los juicios de autoeficacia pueden estar sesgados en base a que la información que es más importante con frecuencia es la que está disponible; es decir, se emite un juicio teniendo en cuenta sólo un pequeño número de sucesos. Además, el estado de ánimo positivo o negativo puede afectar a la disponibilidad de información relacionada con el éxito o el fracaso (Kavanagh y Bower, 1985).

La teoría de la autoeficacia percibida debe de ser comprendida como parte de una perspectiva teórica mucho más amplia, conocida como teoría cognitiva social de Bandura (1986). Esta teoría se asienta en dos principios básicos (Cervone y Williams, 1992). El primero, el funcionamiento humano se entiende como una interacción recíproca entre el ambiente, la conducta y los factores del individuo (procesos cognitivos, afectivos y fisiológicos), siendo cada uno de ellos un determinante recíproco de los otros (Bandura, 1978).

Segundo, el funcionamiento de la personalidad es comprendido, dentro de este modelo, como una clase de capacidades cognitivas a través de las cuales aprendemos acerca de los sucesos del entorno, los interpretamos y los anticipamos, y guía y motiva sus propias acciones. Por tanto, desde la perspectiva de la teoría cognitiva social, las percepciones de autoeficacia son uno de los muchos factores personales que determinan la motivación, el afecto y la ejecución.

El postulado más básico de la teoría de la autoeficacia (Bandura, 1977a) es que las percepciones de autoeficacia contribuyen de modo causal a la conducta. La crítica fundamental que ha recibido este postulado es que podría haber otras variables que explicaran las relaciones entre la autoeficacia y la acción, aunque posteriormente se demostró en distintas investigaciones que el juicio de eficacia ejercía un papel causal sobre la conducta (ver Cervone y Scott, 1995).

Un aspecto que también se ha analizado, es la capacidad de generalización de las percepciones de autoeficacia. Por definición, la autoeficacia percibida se refiere a las percepciones de las capacidades para actuar en una situación, actividad o dominio. Por tanto, la propia definición da a entender que las percepciones de eficacia varían de modo significativo entre las distintas situaciones y tareas. Sin embargo, los teóricos de la autoeficacia no han argumentado que no haya una generalización en las percepciones de autoeficacia. Por otro lado, en los tratamientos clínicos se ha observado que las generalizaciones de este tipo de percepciones son variables e idiosincrásicas (ej., Williams, Kinney y Falbo, 1989). Parece que el proceso que se sigue es que uno primero evalúa las percepciones de autoeficacia en un área o dominio específico y después determina si las percepciones entre distintas áreas son generalizables. Los patrones exactos de generalización podrían variar de persona a persona (Cervone y Scott, 1995).

Como señalamos anteriormente, una importante distinción que se ha hecho es entre las percepciones de autoeficacia y las expectativas de resultado. Los hallazgos empíricos encontrados apoyan la diferenciación teórica de estos dos términos; ambas variables son distintas y tienen un único valor predictivo (Cervone y Scott, 1995). La mayoría de los resultados que se han obtenido en las investigaciones apuntan a que la autoeficacia percibida contribuye claramente a la ejecución, más allá de los efectos de las expectativas de resultado.

Originalmente Bandura (1977a) propuso la teoría de la autoeficacia como un marco "para analizar los cambios en la conducta de temor y de evitación" (p. 193). Se planteó que la autoeficacia percibida era un mediador del cambio terapéutico. La hipótesis de que las percepciones de autoeficacia moderan los efectos del tratamiento se ha investigado ampliamente. En general, estos trabajos han producido hallazgos consistentes que apoyan dicha teoría. Se ha encontrado que las percepciones de autoeficacia median el cambio conductual en diversas áreas, en las cuales la percepción inadecuada de las capacidades de uno puede limitar el logro y producir angustia (Bandura, 1986, 1995).

Un aspecto importante de la teoría de la autoeficacia es que no sólo analiza los mediadores del cambio conductual, sino que también proporciona pautas para maximizar la efectividad de los tratamientos y del

cambio de conducta. Se pueden hacer al menos tres afirmaciones, tomando como referencia esta teoría (Cervone y Scott, 1995): 1) las percepciones de eficacia son el camino común del cambio conductual; 2) el modo más eficaz para consolidar las cogniciones de autoeficacia es a través de la conducta; y, 3) aunque el éxito de la ejecución tiene un efecto poderoso, esto sólo no garantiza el éxito. La aplicación práctica de estos tres puntos es fácilmente observable en el modelado participativo y en el modelado guiado, con los cuales se ha encontrado que son eficaces a nivel clínico. Bandura (1995) ha mostrado como la autoeficacia es un determinante de la conducta, ya que a partir de la misma es posible predecir la conducta. Por ejemplo, distintos estudios han mostrado como la autoeficacia influye en la motivación y en la ejecución.

Actualmente, la teoría de la autoeficacia no se considera solo una teoría del cambio de conducta. En otras palabras, en la actualidad los investigadores que están trabajando con la teoría de la eficacia autopercebida ya no sólo les interesa explicar los cambios que se producen cuando se aplican las terapias psicológicas. El interés se extiende al papel de las valoraciones de autoeficacia en la emoción, cognición y acción humanas. Se ha encontrado que la teoría de la autoeficacia se puede aplicar en áreas tan diversas como el rendimiento académico y deportivo, conducta interpersonal, conductas adictivas, etc. (ver, Bandura, 1995).

1.3. La teoría del aprendizaje social como teoría explicativa integradora del consumo de sustancias psicoactivas

La teoría del aprendizaje social, más actualmente conocida como teoría cognitiva social, es una teoría comprensiva de la conducta humana que considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos, y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona. La conducta, en fin, es fruto de estos tres factores actuando todos a un tiempo.

Como modelo de aprendizaje, explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y vicario. Actualmente, esta teoría parte de que (cfr. Schippers, 1991): 1) La conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo; 2) estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo, por una parte, y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo, por el otro; 3) los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo (ej., para aliviar el estrés que excede su capacidad de afrontamiento) en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas; 4) los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido de que cada episodio de consumo puede exacerbar posteriormente la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conducta alternativas; y, 5) la recuperación depende del desarrollo de habilida-

des de afrontamiento alternativas.

En una de las conductas donde más aceptación y utilidad se ha encontrado esta teoría ha sido en el uso y abuso del alcohol, tanto para su explicación como para el tratamiento de las personas con dependencia del alcohol. Este ejemplo es aplicable al resto de las conductas adictivas, tanto para su adquisición como para su mantenimiento, abandono y recaída.

En el caso del alcohol, se asume que toda conducta de beber, desde la abstinencia, el beber social normal y el abuso del alcohol, se basan en principios similares de aprendizaje, cognición y reforzamiento (Abrams y Niaura, 1987; Bandura, 1969; Wilson, 1988). Así afirma que “desde un punto de vista del aprendizaje social, los alcohólicos son personas que han adquirido a través del reforzamiento diferencial y del modelado, el consumo de alcohol como la respuesta dominante y ampliamente generalizada a la estimulación aversiva. La atención terapéutica debería por tanto dirigirse más provechosamente a reducir el nivel de la estimulación aversiva experimentada por los individuos y a eliminar el alcohol como respuesta al estrés directamente o, preferiblemente, estableciendo formas alternativas de hacer frente a las situaciones. Una vez establecidos otros medios más eficaces y recompensantes de hacer frente a las demandas ambientales, los individuos necesitarán menos la autoanestesia contra las experiencias de la vida diaria” (Bandura, 1969/1984, p. 513). En su formulación muestra como el aprendizaje social influye las contingencias de reforzamiento asociadas con el uso del alcohol. Da gran peso a la teoría de la reducción de tensión, aunque presentando datos indicativos de su modulación por factores culturales, la educación familiar y el grupo de iguales. De modo más importante la teoría que Bandura (1969) propone lleva a explicar tanto la conducta de no beber, de bebedor social o de beber abusivo. Tales principios explicativos son similares para ambos tipos de bebedores o no bebedores en su aprendizaje, cognición y reforzamiento.

La teoría del aprendizaje social (Abrams y Niaura, 1987) rechaza la existencia en la persona de factores fijos, como pueden ser una personalidad predisponente o factores intrapsíquicos. La conducta de beber se adquiere y mantiene por modelado, refuerzo social, efectos anticipatorios del alcohol, experiencia directa de los efectos del alcohol como refuerzos o castigos y dependencia física. Algunos determinantes importantes son los eventos vitales estresantes, presiones, el trabajo, la familia, el papel de las redes sociales y el apoyo social que tiene el individuo. Considera que estos factores varían a lo largo del tiempo e igualmente varía su influencia de uno a otro individuo

Aunque en un capítulo posterior ejemplificamos la aplicación de esta teoría al campo del aprendizaje de la conducta de beber (uso, abuso y dependencia), así cómo intervenir a nivel preventivo y terapéutico partiendo de la misma, vamos a continuación exponer algunos principios de la misma aplicados al alcohol. La tesis central de la teoría del aprendizaje social viene a ser que el uso responsable del alcohol depende de la autorregulación cognitiva en un mundo estresante donde muchos “continuos apuros” están frecuentemente presentes.

En el inicio del uso del alcohol hay tres tipos de influencias directas importantes: a) la influencia de la familia y de los iguales; b) la influencia de modelos; y c) el desarrollo de experiencias relacionadas con el alco-

hol. La influencia de la familia es clara al ser una droga permitida socialmente. Es en el seno familiar donde habitualmente los niños se inician en el consumo del alcohol y cada sociedad tiene unos peculiares usos sancionados acerca de en qué momento se empieza a beber y cómo se puede beber de un modo social. Una parte de este modo social de beber, en nuestra actual sociedad, va llevar a un beber abusivo.

En un segundo momento son el grupo de iguales los que van a tener más importancia que la familia en el proceso de socialización y de aprendizaje de las normas sociales. Ambos, la familia y el grupo de iguales, van creando en el niño o adolescente actitudes, costumbres, ideas y valores hacia el alcohol que lo van a marcar de modo importante para su futuro consumo de alcohol.

La influencia de los modelos tiene gran relevancia en nuestra sociedad, ya que los medios de comunicación de masas sugieren modelos deseables y modelos indeseables. En el caso del alcohol el modelo que se sugiere es el del consumidor de alcohol. Por ejemplo, en la televisión, en el cine y en la publicidad la idea que se extrae de las imágenes relacionadas con el alcohol es que éste permite interaccionar mejor con la gente, reduce el estrés social, permite un estado de bienestar físico y psicológico, facilita superar las crisis, etc.

Finalmente, la persona aprende cómo actuar con el alcohol, junto a los factores anteriores, con sus experiencias directas con el alcohol. Es evidente que la influencia directa con el alcohol no siempre tiene que ser el factor más importante acerca del futuro uso y abuso del alcohol. Más bien son los factores previos los que van a incidir de modo muy importante en la experiencia directa con el alcohol. Los factores previos crean expectativas acerca del alcohol que se van a cotejar con la situación real de bebida. Las primeras expectativas sobre el alcohol, formadas en el medio familiar y en el grupo de iguales, y luego reforzadas por los medios de comunicación de masas, va a incidir de modo directo con la experiencia con el alcohol. Los anteriores factores, reforzados interna y externamente y mediados por las expectativas, tienen gran importancia en la adquisición y luego en el posterior mantenimiento de la conducta de beber. Conforme la persona va teniendo más experiencias con el alcohol puede, o bien hacer frente a las situaciones y afrontarlas sin alcohol, con estrategias de afrontamiento adecuadas y satisfactorias, o bien beber alcohol o consumir otras sustancias. Conforme vaya utilizando el alcohol como una estrategia de afrontamiento, más difícil le va resultar buscar estrategias de afrontamiento alternativas en donde no esté presente el alcohol. El déficit en habilidades sociales para afrontar las situaciones cotidianas que se nos van presentando es el factor que explica en un momento del tiempo el abuso del alcohol. Una habilidad social adecuada posibilita descender el nivel de ansiedad que puede estar presente en situaciones interpersonales y sociales. Su carencia incrementa la ansiedad social e impide dar una respuesta adaptativa. Si el individuo no la tiene puede beber para encontrar en la bebida esa respuesta si en el pasado ha encontrado que bebiendo se le alivia el estrés a corto plazo. Si esto se va repitiendo a lo largo del tiempo el déficit en habilidades sociales puede ser crónico y el abuso de alcohol incrementarse hasta hacerse crónico.

El sujeto bebe en un momento concreto en función de su pasada historia de aprendizaje social. Para la teoría del aprendizaje social son, sin embargo, los factores cognitivos los que modulan todas las interac-

ciones persona-ambiente. Por ello la decisión última, de beber o no, está en función de las expectativas de autoeficacia y de resultado que tiene la persona en el contexto situacional en que se encuentra.

Una cuestión importante es por qué los alcohólicos continúan bebiendo a pesar de las serias consecuencias negativas para su salud física, bienestar psicológico y funcionamiento social. Otra es por qué después de un periodo de abstinencia vuelven a un beber peligroso. La teoría del aprendizaje social lo explica a través de dos conceptos: el deseo o *craving* y la pérdida de control.

Una de las más importante y recientes revisiones, la de McCrady y Langenbucher (1996) sobre el tratamiento psicológico de la dependencia del alcohol, afirma que un modo importante de tratar la dependencia del alcohol se fundamenta en los principios del aprendizaje social a partir de los cuales se han desarrollado lo que él denomina la "terapia de conducta de amplio espectro", o programas multicomponentes. Estos incluyen técnicas como autorregistro conductual, análisis funcional de las relaciones entre antecedentes y consecuentes ambientales y beber, entrenamiento en autocontrol conductual, entrenamiento en relajación, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva, desensibilización sistemática y entrenamiento en solución de problemas. Como vemos aquí, bajo el paraguas del aprendizaje social se incluye casi todo, o todo, el bagaje de técnicas de un terapeuta cognitivo-conductual, lo que facilita una mejor adaptación de técnicas de tratamiento para el sujeto, y el conseguir un nivel de eficacia elevado, tal como ha mostrado ésta, al igual que otras revisiones. Para los programas preventivos ocurre algo semejante. De ahí que, los programas actuales de entrenamiento en habilidades sociales o para la vida, se fundamental parcial o de modo relevante en esta teoría.

1.4. La teoría del aprendizaje social, el modelado y su utilidad en los programas preventivos de drogas

Es claro que sólo por el hecho de constituir la teoría del aprendizaje social la teoría más utilizada para explicar la conducta de beber alcohol su relevancia ya es grande. Pero además, el hecho de que las técnicas de modelado derivadas de la misma sean un elemento esencial en muchos programas preventivos hacen de la misma una de las teorías más relevantes de las que tenemos hoy disponibles. Además, con la introducción de la autoeficacia como un potente predictor de la conducta (Cleaveland, 1994), la misma se ha hecho más comprensiva, bien en su primera formulación de teoría del aprendizaje social o en su versión más reciente de teoría cognitiva social.

La autoeficacia, y más concretamente las fuentes de información de la autoeficacia, se producen a través de la experiencia directa, experiencia vicaria, persuasión verbal o del estado fisiológico. Esto también implica cuatro vías de cambio para la conducta. El modelado constituye el método más importante de cambio, o uno de los más relevantes. Pero lo cierto es que esta teoría es de las que mejor explica un elemento que

no siempre se hace claro cuando hablamos de los modelos teóricos: la influencia de los medios de comunicación de masas. No debemos olvidar que estamos hablando de una teoría de aprendizaje social, donde los modelos, reales o simbólicos, tienen una gran relevancia. Los medios de comunicación de masas, en forma de periódicos, revistas, pero especialmente de la televisión, constituyen poderosos métodos para aprender conductas de todo tipo, formar actitudes y modular creencias. Esto lo sabe muy bien la publicidad desde hace muchos años, y los principios técnicos de todo el aprendizaje lo utilizan frecuentemente en el intento de convencernos de que usemos unos productos y no otros. Por ello, como Bandura ha insistido en sus libros (ej., Bandura, 1977b, 1986) la televisión tiene un poderoso efecto en modelar conductas, entre las que se encuentran el consumo de drogas, tanto de tipo legal (alcohol y tabaco), como en las de tipo ilegal. Por ello, las técnicas de modelado se utilizan sistemáticamente en los programas preventivos para adquirir conductas saludables, tanto las relacionadas con las drogas, como con otras, como la salud buco-dental, la conducción vial, la conducta prosocial, etc. Con ello se pretende, por una parte, aprender conductas correctas y, por otro, ayudar a contrarrestar los efectos negativos del modelado que está presente a lo largo de nuestro amplio sistema social.

Como un ejemplo, dentro de los programas preventivos (ej., Cleaveland, 1994) se han utilizado varios modos para facilitar la atención. Esto se ha hecho: a) a través del uso de la emoción, la cual facilita el aprendizaje por incrementar el arousal vicario y dar a los eventos el potencial de activar la emoción (esto puede hacerse a través del juego de roles); b) exagerando aspectos importantes del juego de roles (ej., enfatizando mucho una palabra); c) usar contraste de modelado, mostrando conducta positiva y conducta negativa de modo que las diferencias sean evidentes; d) usar la narración que dirija la atención; e) dar feedback informativo; y, f) mediante el refuerzo. Tampoco debemos olvidar que el segundo moderador de los efectos del modelado es la motivación. Por ello es conveniente utilizar modelado de iguales, refuerzo para el modelo, que haya similitud entre el modelo y el observador, etc., tal como hemos visto cuando hablamos de las características a considerar cuando se aplica el modelado.

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

2. Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.

El modelo del desarrollo social, desarrollada por Catalano, Hawkins y sus colaboradores, es una teoría

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

El modelo del desarrollo social hipotetiza que son similares los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial (Catalano y Hawkins, 1996; Hawkins y Weiss, 1985). Asume que la persona pasa por varias fases a lo largo del curso de su vida.

El objetivo del modelo es explicar y predecir el comienzo, escalada, mantenimiento, desescalada y abandono o desistir de hacer aquellas conductas que son de gran preocupación para la sociedad, como la delincuencia y el uso de drogas ilegales (Catalano y Hawkins, 1996). Les denomina conducta antisocial porque son vistas fuera del consenso normativo de lo que es una conducta social aceptable, o la violación de los códigos legales, incluyendo aquellos relativos a la edad. Incluye tanto las ofensas violentas como las no violentas, así como el uso ilegal de drogas. La ventaja de este modelo es que predice tanto la conducta prosocial como la antisocial. También especifica estos procesos tanto en la infancia como en la adolescencia, así como el mantenimiento o abandono en la adultez.

Da gran relevancia a los factores de riesgo en el desarrollo de la conducta antisocial. Asume que la misma es el resultado de múltiples factores, biológicos, psicológicos y sociales en diferentes dominios sociales, como son dentro del individuo, en la familia, escuela, grupo de iguales y comunidad. Nótese que para él el abuso de drogas se enmarca en la conducta antisocial.

El motivo de dar gran relevancia a los factores de riesgo está en que hoy sabemos que un amplio conjunto de ellos hacen que se incremente la probabilidad de que la persona consuma drogas (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). Pero, a su vez, también sabemos que hay importantes factores de protección que funcionan de modo semejante y a la vez independientes de los factores de riesgo.

Los tres elementos básicos que incorpora el modelo de desarrollo social (Catalano y Hawkins, 1996) son la inclusión tanto de la conducta delincuente como la del uso de drogas en un mismo modelo; una perspectiva de desarrollo, lo que lleva a submodelos específicos para las distintas edades: preescolar, escuela elemental, escuela media e instituto; y, la inclusión de los factores de riesgo y protección para la delincuencia y el uso de drogas.

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

La segunda principal asunción de esta teoría es que existe un consenso normativo en la sociedad o lo que es lo mismo, unas "reglas del juego".

El modelo del desarrollo social también sigue una tradición de la integración teórica en el campo de la criminología. Así, afirma que “nosotros pretendemos sintetizar en un modelo coherente aquellas proposiciones que tienen el mayor apoyo empírico en las teorías existentes. Nuestro objetivo es conseguir la mayor explicación y poder predictivo que el que proporciona cada teoría por separado de la que el modelo es derivado. Para crear esta síntesis, prestamos un especial cuidado en examinar y resolver cualquier asunción conflictiva de las teorías subyacentes” (Catalano et al., 1996, p. 430).

El modelo del desarrollo social, cuando fue formulado por Hawkins y Weis (1985), integraba la teoría del control y la teoría del aprendizaje social. Esta primera formulación daba una gran relevancia al proceso de socialización, donde no sólo le da peso a la familia sino también a los iguales y a la escuela, los cuales influirían la conducta tanto directa como indirectamente. Los procesos de oportunidades para implicarse, habilidades y reforzamientos llevan o no al apego y compromiso con la sociedad convencional. En sus formulaciones más recientes (ej., Catalano et al., 1996; Catalano y Hawkins, 1996) consideran al modelo del desarrollo social como resultado de la síntesis de la teoría del control (ej., Kornhauser, 1978), la teoría del aprendizaje social (Akers, 1977, Akers et al., 1979; Bandura, 1973, 1977) y de la teoría de la asociación diferencial (Matsueda, 1988). De ello se deduce que las familias, la escuela y los grupos de iguales son los lugares adecuados de prevención dependiendo de la etapa de desarrollo del niño.

Para Catalano, la teoría del control es utilizada para identificar los elementos causales en la etiología de la conducta antisocial así como en la etiología de la conducta de ajuste (conformarse). La teoría del aprendizaje social es utilizada para identificar los procesos por los que los patrones de ajuste (conformarse) y la conducta antisocial son extinguidos o mantenidos. La teoría de la asociación diferencial es utilizada para identificar caminos causales paralelos pero separados para los procesos prosociales y antisociales.

El modelo del desarrollo social hipotetiza que el niño aprende los patrones de conducta, tanto sean prosociales o antisociales, de los agentes de socialización, como son la familia, la escuela, su grupo religioso, otras instituciones comunitarias y su grupo de iguales. Los niños son, para este modelo, socializados a través de un proceso que implica cuatro constructos: a) oportunidades percibidas para implicarse en actividades e interacciones con otros, b) grado de implicación e interacción, c) las habilidades para participar en estas implicaciones e interacciones, y d) el reforzamiento que ellos perciben como próximo desde la ejecución en las actividades e interacciones. De este modo, cuando el proceso de socialización es consistente, un vínculo social se desarrolla entre el individuo y el agente de socialización. Cuando este vínculo está fuertemente establecido, el mismo tiene el poder de afectar a la conducta independientemente, creando un control informal sobre la conducta futura. Este control inhibe las conductas desviadas a través del establecimiento de una apuesta individual en conformarse con las normas y valores de la unidad socializante.

Para el modelo del desarrollo social, hay dos posibles vías, como se muestra en las figuras 15 y 16, una que lleva a la conducta prosocial y otra que lleva a la conducta antisocial. Como allí se aprecia, si predo-

minan las influencias prosociales, resulta la conducta prosocial; cuando predominan las influencias antisociales, resulta la conducta antisocial. Las vías son, por tanto, separadas para un tipo y otro de conducta. El modelo asume una serie de pasos o desarrollos que van a llevar a una conducta prosocial o antisocial. El primero de ellos para la conducta prosocial es el que denominan "oportunidades percibidas para participar en el orden prosocial". La percepción de esta oportunidad para interactuar e implicarse prosocialmente afecta el nivel en que el sujeto se implicará en la misma. También asume que la implicación e interacción precede la formación de los apegos y compromisos, que es el segundo paso. El tercero, que el desarrollo de los apegos y compromisos hacia el mundo prosocial depende del grado en que las implicaciones e interacciones sean reforzadas positivamente o son vistas como reforzamientos percibidos. El cuarto, atañe al apego y compromiso para otros y actividades prosociales. Dado que esta depende del nivel de reforzamiento percibido, entonces los factores que mejoran el reforzamiento y la percepción del reforzamiento deberían indirectamente tener fuerza para el desarrollo del apego y del compromiso. Ciertas habilidades emocionales, cognitivas y conductuales, por ejemplo, podrían incrementar la probabilidad de experimentar refuerzos por su implicación e interacción prosocial. Estas habilidades incluyen la habilidad de identificar, expresar y manejar sentimientos; control de impulsos; afrontar el estrés; leer e interpretar los indicios sociales; solucionar problemas y tomar decisiones; conocer normas de conducta; ejecutar tareas tales como el trabajo académico; y comunicarse verbalmente.

El quinto paso indica que todo lo anterior afecta el desarrollo de la creencia en la validez moral de las reglas de conducta de la sociedad, como son las leyes y normas prosociales. Esto facilita la internalización de las mismas, lo que irá facilitando que ellas se hagan parte del sistema de valores del individuo y con ellos puede delimitar que actividades ve como moralmente aceptables o no.

La teoría hipotetiza que la conducta del individuo será prosocial o antisocial dependiendo de las conductas, normas y valores predominantes que tienen aquellos a los que el individuo está vinculado. Esto se basa en gran parte en la teoría del control social.

En suma, la conducta antisocial resulta cuando: 1) la socialización prosocial se rompe, bien porque a la persona se le niega la oportunidad de participar en la vida prosocial o sus habilidades son inadecuadas para que sus conductas prosociales le produzcan reforzamiento o cuando el ambiente falla en reforzarle cuando lleva a cabo conductas prosociales, 2) incluso ante la presencia de vínculos prosociales, cuando el cálculo de costes y beneficios por parte del individuo, con bajo interés para uno mismo, muestra una ganancia para la acción ilícita, y 3) cuando un niño está vinculado a una unidad de socialización inmediata de familia, escuela, comunidad o iguales, que tienen creencias o valores antisociales. Esto les llevará a creer de una manera consistente con las normas y valores de estos grupos (Catalano y Hawkins, 1996).

En la otra vía, la conducta antisocial, los pasos son semejantes pero inversos a los anteriores. Mientras que en los ya vistos se inhibe la conducta antisocial, con los que veremos se incrementa la probabilidad de la conducta antisocial. Aunque los procesos que llevan a un tipo u otro de conducta son los mismos, en un

caso o en otro, los resultados van a ser distintos. Además, mientras que el único elemento que se considera que inhibe la conducta antisocial, en la vía prosocial, es la creencia en el orden moral, el modelo de desarrollo social, hipotetiza tres predictores directos de la conducta antisocial: a) los refuerzos percibidos para la interacción e implicación en conductas seleccionadas antisociales, 2) el apego y compromiso con líneas de acciones y otras personas con conductas antisociales, y 3) las creencias en los valores antisociales.

De modo semejante a la vía prosocial ya vista, en la antisocial, el primer concepto es el de oportunidades percibidas para la implicación e interacción antisocial. Como un ejemplo, si el individuo no ve oportunidades para usar drogas, la interacción e implicación no es posible. Le sigue la interacción con otros y a continuación si la misma resulta reforzante. Indica como la percepción del beneficio de la conducta está condicionada por la percepción del coste personal en términos de sanciones legales y otras. Aquí también influyen las habilidades para la interacción e implicación para afectar a los refuerzos percibidos de la conducta antisocial. Por ello, se predice que las habilidades sociales y cognitivas son predictivas de mejorar el reforzamiento por su implicación tanto en grupos y actividades prosociales como antisociales.

En un paso posterior, el apego y compromiso antisocial, tendrían un efecto directo, positivo sobre su implicación en la conducta antisocial. Esto lleva luego a internalizar la aprobación normativa de la conducta antisocial. Esto lleva a generar en los individuos normas de conducta que abogan por conductas antisociales. Esto viene a ser el tercer elemento de peso de la conducta antisocial, el desarrollo de creencias en los valores antisociales.

Un aspecto que nosotros consideramos de gran relevancia y que este modelo lo considera como un elemento conductor es que incorpora una perspectiva de desarrollo (Loeber y LeBlanc, 1990). Da un peso muy importante al proceso de socialización y al contexto donde se produce, desde el nacimiento, la etapa preescolar, la escuela y así en adelante (Catalano y Hawkins, 1996). Además, hay evidencia de efectos recíprocos, de que las conductas pasadas afectan a las futuras actitudes y conductas y que tal desarrollo de la conducta en parte tiene lugar a través de las interacciones sociales a lo largo del tiempo. Partiendo de todo esto, los autores especifican cuatro submodelos, definidos por cambios en los ambientes sociales más que por las etapas del desarrollo cognitivo o moral. Estos períodos de desarrollo incluyen la etapa preescolar, la escuela elemental, la escuela media y la escuela secundaria. Cada cambio implica transiciones, con mantenimientos y cambios; donde va habiendo una influencia con distinta importancia por parte de la familia, la escuela y los iguales a lo largo de esas etapas.

Este modelo, por tanto, da gran relevancia al proceso del desarrollo. No asume que la conducta sea estática, que se deba a rasgos fenotípicos o de personalidad, dado que la estabilidad conductual no es tal a lo largo del tiempo, siendo posible que eventos vitales específicos y el ajuste a contextos sociales cambiantes durante la adolescencia y la adultez, pueden modificar el curso de la conducta antisocial a lo largo del tiempo (ej., Elliott, 1993). Por ello, hipotetiza que los tipos de eventos y contextos sociales pueden llevar a la continuidad o al cambio conductual desde períodos de desarrollo previos.

En Catalano et al. (1996) evalúan la eficacia de su modelo en chicos de 17 y 18 años sobre el consumo de drogas. Estos chicos fueron evaluados previamente a los 9 y 10 años (año 1985), 13 y 14 años (año 1989) y a los 17 y 18 años (año 1993). Aunque los resultados son significativos, la crítica a hacerle tanto a este estudio como, a la mayoría que se han realizado en el campo de la evaluación de las teorías en drogodependencias, es que el nivel de explicación, en este caso en relación de un *path* (mediante análisis de senderos o *path analysis*) a otro, es baja. Esto significa que obtenemos una relación, que esa relación es significativa, que esas variables se relacionan con lo que queremos predecir, pero que hay otras variables que son aún más relevantes que las que hemos introducido en el modelo.

La ventaja que tiene el modelo del desarrollo social, como otros, es que partiendo de los componentes del mismo se pueden diseñar programas preventivos de drogas. Interviniendo en aquellos puntos que causan el consumo de drogas se pueden interrumpir, con dichas medidas preventivas, lo que se consideran procesos causales que van a llevar al consumo. Los autores del modelo (ej., Catalano et al., 1996) llegan a afirmar que es posible intervenir en todos los pasos del mismo, aunque ello exige intervenciones múltiples al incluir múltiples factores, algunos de ellos de gran relevancia pero que se basan en elementos complejos. Las implicaciones que tiene este modo de intervenir son, según Catalano y Hawkins (1996) que: 1) cada uno de los elementos causales en el modelo del desarrollo social es un elemento potencial de intervención; 2) puede ser necesario tener que utilizar intervenciones múltiples debido a que hay múltiples caminos directos e indirectos que llevan a la conducta antisocial; 3) las intervenciones para interrumpir los procesos causales en el desarrollo de la conducta antisocial deberán incluir componentes que busquen promover los procesos que promuevan la conducta prosocial así como interrumpir los procesos causales que llevan a la conducta antisocial; 4) la influencia del vínculo previo y la conducta sobre la futura conducta sugiere la importancia de intervenir tempranamente en el desarrollo; 5) las intervenciones deberían ser apropiadas a la etapa de desarrollo. Ellas deben afectar a las unidades de socialización primaria operativas en el periodo particular al que se dirigen. Y, 6) las transiciones pueden potencialmente interrumpir los pasos causales. Además, otra ventaja de este modelo es que pueden potenciarse elementos prosociales y al tiempo interrumpir los procesos que llevan a la conducta antisocial con las intervenciones adecuadas. También, que dado que la conducta previa se relaciona con la posterior, cuanto antes se intervenga en la previa, del modo adecuado, mejor resultado obtendremos en la conducta posterior. Este es el objetivo básico que pretende la prevención tanto en este como en otros problemas.

3. Teoría interaccional de Thornberry

Thornberry (1987, 1996) ha propuesto una teoría interaccional de la delincuencia aplicable al consumo de drogas. La misma combina elementos de las teorías del control social y del aprendizaje social. Según la misma,

la conducta desviada es el resultado tanto de la débil vinculación de la persona con la sociedad convencional como de un pobre ambiente social donde la conducta adecuada puede ser aprendida y reforzada.

La teoría interaccional de Thornberry (1987, 1996) considera que las conductas delincuentes se desarrollan de modo dinámico a lo largo del curso de la vida, donde interactúan múltiples procesos a lo largo del tiempo. Los estudios epidemiológicos y longitudinales realizados en los últimos años sobre la conducta delinciente muestran que, por ejemplo, los factores asociados a la iniciación son distintos de los del mantenimiento o abandono de este tipo de conductas, dado que las drogas se considera una de ellas. Como se aprecia, es una teoría que va en la línea de la ya comentada previamente de Catalano, Hawkins et al. También como ésta, considera su autor que es más dinámica que otras que se han propuesto dado que reconoce explícitamente la importancia que tiene el cambio a lo largo de la vida, para explicar las conductas delictivas así como el hecho de ver la conducta humana como el resultado de influencias causales interactivas y recíprocas que se van desarrollando a lo largo del tiempo. Esto significa que la conducta delinciente, como el consumir drogas, no es una conducta permanente en el individuo que lo hace en un momento del tiempo. Sí que en la adolescencia suele haber una importante estabilidad en esta conducta. En la revisión de Thornberry (1996) indica como la conducta delinciente aparece a los 12 ó 13 años, se incrementa de modo máximo entre 16 y 17 años y suele terminar a mediados de la década de los 20 años. Esto le lleva a afirmar que se pueden distinguir tres etapas: iniciación, mantenimiento y finalización. De ahí que sea de gran relevancia conocer por qué unas personas se van a implicar en conductas delincuentes y otras no. También por qué una minoría no las va a abandonar.

Thornberry (1987, 1996) lo que plantea en su teoría interaccional es cómo contestar a la pregunta básica de por qué unas personas se inician y otras no en conductas delincuentes. Considera que distintas variables sociales y psicológicas están en la base de ello, pero difieren de modo importante en función de la fase en que se encuentre la persona, variando las influencias causales en función de la edad, estadio del desarrollo de la persona, estadio de la carrera delinciente, etc. Como un ejemplo, Thornberry (1996) indica como las personas que realizan delitos de modo persistente, el impacto de las variables familiares en el mantenimiento de la conducta es mucho más grande cuando tiene 14 años que 20; en cambio, el impacto del desempleo para esa misma conducta es mucho más importante a los 20 que a los 14 años. Por ello, dentro de esta teoría se consideran tres etapas para las que se han propuesto distintos modelos causales. Estas se corresponden con tres etapas generales del desarrollo: la adolescencia temprana, la adolescencia media y la adolescencia tardía. Esto va en la misma línea del último planteamiento de Catalano y Hawkins (1996) donde también proponen distintos factores que llevan a la conducta prosocial o antisocial en función de la concreta etapa evolutiva o del desarrollo en que se encuentre la persona. Esto tiene gran relevancia tanto a nivel teórico como práctico para la aplicación de estrategias preventivas a los factores responsables de esta conducta.

Otro aspecto de gran relevancia de esta teoría es la asunción de la existencia de efectos recíprocos de

unas variables sobre otras. Esto hoy se ha ido generalizando a casi todos los modelos teóricos, dado que las variables no funcionan independientemente, sino en relación unas con otras. Así, la teoría interaccional (ver figura 17) propone la interacción entre las siguientes variables: apego a los padres, creencias en los valores convencionales, compromiso con la escuela, asociación con los iguales que consumen drogas, creencias sobre el consumo

de drogas y consumo de drogas. Como se aprecia en la figura 17, asume la existencia de una influencia mutua y causal entre las distintas variables, lo que no siempre se indica en todas las teorías o modelos para explicar la conducta de consumo de drogas. Por tanto, asume la existencia de una causalidad recíproca entre estos elementos de su teoría

La conducta desviada no es vista como meramente un resultado de este proceso, sino también como una causa tanto de una mayor debilidad en las vinculaciones sociales como de una mayor implicación en varias desviaciones sociales. Por ello, el primer elemento relevante para que se produzca una conducta delincuente es tener bajos vínculos convencionales. De ahí que aquellos adolescentes que están estrechamente unidos a sus padres, que creen en los valores convencionales y que están claramente comprometidos con la escuela y otras actividades convencionales tienen pocas probabilidades de implicarse en conductas delinquentes. Además, suelen estar dentro de redes sociales convencionales, con lo que a su vez les disminuye más las probabilidades de delinquir. En el otro lado, si los lazos convencionales son débiles o no existen y hay pocos controles sociales sobre la conducta, las oportunidades para delinquir aumentan. Sin embargo, para que se produzca un patrón estable de delincuencia es necesario un ambiente social en que se pueda aprender la conducta delincuente y ésta sea reforzada. Por ello, estar con iguales delinquentes, con valores delictivos, es aquí relevante para que se consolide la conducta. Con todo, como insiste esta teoría, la relación entre estas variables es dinámica y no estática, bidireccional entre las variables y modulado por el período evolutivo de la persona a lo largo del tiempo.

El modelo que propone esta teoría se especifica en la figura 17. Como allí se ve, hay una serie de elementos básicos, como el apego a los padres, la creencia en valores convencionales y el compromiso con la escuela, que junto a la utilización o no de drogas por parte de los iguales, y por tanto del propio consumo de drogas, incrementan la probabilidad de asociación con las drogas utilizadas por los iguales y de su implicación en el uso de drogas. En esta teoría se considera una relación recíproca entre el uso de drogas por los iguales y el propio uso de drogas. Cuando esto ocurre se va adoptando valores relacionados con el uso de drogas, lo que a su vez lleva a una mayor asociación con el uso de drogas. Todo ello lleva a lo que Thornberry et al. (1994) ha denominado "una trayectoria conductual" al incremento del uso de drogas y a una mayor unión con los iguales que usan drogas. Por contra, los adolescentes que evitan consumir drogas es más probable que se relacionen con iguales que no usan drogas y que se adecuan más hacia la conformidad y a los iguales prosociales. El elemento clave de esta teoría para diferenciarla de otras es, precisamente, y de ahí su nombre de *interaccional*, que los iguales que utilizan drogas incrementan la probabilidad del uso de drogas a

través de sus reacciones al uso de drogas de la persona y de los iguales, evitando las asociaciones disonantes con una interacción mutua entre iguales y la persona, incluyendo tanto el consumo de drogas como el sistema de creencias. Así, el consumo de drogas y la asociación con iguales que consumen drogas incrementa la probabilidad de que una persona adopte creencias que apoyan el uso de drogas a través de la consistencia cognitiva. Cuando el sistema de creencias desviado es adoptado, éste tiene un papel relevante al ejercer un impacto causal entre las distintas asociaciones anteriores y la conducta. Conforme se va incrementando el consumo, las creencias desviadas aumentan más en importancia, llegando a tener una fuerte relación con la conducta. Con ello, esta teoría sirve para explicar tanto el inicio como el mantenimiento del consumo de drogas. Así, mientras que para el inicio hay creencias favorables al consumo de drogas, es fundamental una consecuencia del consumo; más tarde se acerca más a una causa para mantener dicho consumo.

Thornberry (1996) revisa la literatura de investigación sobre la conducta delictiva y, a lo largo de los casi 20 estudios que revisa, encuentra apoyo para muchas proposiciones apuntadas por la teoría interaccional. Sin embargo, sólo se han realizado tres estudios para analizar específicamente esta teoría (Thornberry et al., 1991, Thornberry et al., 1994; Krohn et al., 1996). Los estudios confirman la relación causal recíproca entre las distintas variables de su teoría.

En el último estudio realizado para comprobar esta teoría, Krohn et al. (1996) utilizaron los datos del *Rochester Youth Development Study* (RYDS), un estudio de panel con entrevistas en distintos años desde 1987. Junto a los datos de los sujetos se recaban también datos de la escuela, la policía, el sistema judicial y las agencias de servicios sociales. La población es de Rochester en el estado de Nueva York, la cual se caracteriza por ser una población diversa y tener un alto porcentaje de criminalidad. En este estudio analizaron la relación entre cuatro variables: uso de drogas por los iguales, reacciones de los iguales al uso de drogas, creencias en el uso de drogas y uso de drogas. Estas variables fueron medidas en cinco tiempos distintos. Los resultados que obtuvieron indican que hay una interacción mutua en cada tiempo entre las variables analizadas, apoyando así la teoría interaccional. Por ejemplo, se encuentra que hay una relación recíproca directa entre el uso de drogas por los iguales y el uso de drogas por parte del individuo. También hay una relación recíproca entre el uso de drogas y las creencias sobre el uso de drogas.

4. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor

En el año 1977 Jessor y Jessor (1977) presentaron su teoría de la conducta problema. La misma, desde su formulación, ha sido un punto de referencia, y recientemente ha hecho algunas reformulaciones (ej., Jessor, 1992, 1993), a partir de la cual ha elaborado una nueva teoría, la denominada teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes, que veremos posteriormente. En uno y otro caso, constituyen teorías de gran impor-

tancia en el campo de la conducta problema en general y de las drogodependencias en particular, aparte de ser una de las más comprensivas e integradoras de los conocimientos que tenemos sobre el comportamiento, tanto sea normal como desadaptado o problema, entre el que se encuentra el consumo de drogas.

Como ha ocurrido en otros autores, la teoría de la conducta problema fue formulada inicialmente para explicar el consumo de alcohol, siendo posteriormente ampliada a otras conductas, como el consumo abusivo de drogas. Por conducta problema entienden aquella conducta que socialmente está definida como un problema, como un tema de preocupación o que es indeseable según las normas de la sociedad convencional o las instituciones de la autoridad adulta. O, dicho de otro modo (ej., Donovan, 1996), es aquella que se sale de la norma, sea de tipo social o legal, para la mayoría de la sociedad. Es la conducta que elicitaba algún tipo de respuesta de control social por ser socialmente desaprobada por las instituciones de autoridad, como la reprobación, el rechazo social o el encarcelamiento. Distintas conductas pueden considerarse como conductas problema, desde el consumo de drogas, mantener relaciones sexuales prematuramente, participar en una demostración pacífica, como era frecuente hasta hace unos años, etc. Lo que subyace a esto es el rechazo de las normas convencionales o la expresión de independencia del control parental. En cambio, son conductas convencionales aquellas que el sistema social acepta, como asistir a la iglesia, trabajar duro en la escuela, o las restantes normas sociales que tienen aprobación, se esperan o están institucionalizadas como apropiadas para los jóvenes y para los adultos.

La teoría de la conducta problema se basa en tres sistemas explicativos: la personalidad, el ambiente y la conducta, todos ellos interrelacionados y organizados entre sí para explicar la propensión a la conducta problema o la probabilidad de que la conducta problema ocurra (Jessor y Jessor, 1977) (ver figura 18). Para ellos, los conceptos que constituyen la personalidad, como valores, expectativas, creencias, actitudes, orientaciones hacia sí mismo y hacia otros, son cognitivos y reflejan el significado y experiencia social. Por ambiente consideran los apoyos, influencia, controles, modelos y expectativas de otros, y que tienen como característica que pueden ser conocidos o percibidos, teniendo significado para la persona. Por conducta entienden los propósitos aprendidos socialmente, funciones o significados más que sus parámetros físicos. La conducta es, además, el resultado de la interacción de la personalidad y la influencia ambiental.

Sin embargo, hay una serie de variables antecedentes de gran relevancia para explicar las anteriores variables que incluye en los tres sistemas explicativos. En ellas incluye tanto las características demográficas como el proceso de socialización. Dentro de las características demográficas considera la educación de los padres, la ocupación de los padres, la religión de los padres y la estructura familiar. Dentro de la socialización la ideología parental, el clima familiar, la influencia de los iguales y la de los medios de comunicación. En la ideología parental incluye las creencias tradicionales de los padres, la religiosidad de los padres y la tolerancia o intolerancia de la desviación de la madre. Dentro del clima familiar incluye el control por parte de la madre y la interacción afectiva con ella. Dentro de la influencia de los iguales los intereses de sus amigos y, finalmente, dentro de la influencia de los medios de comunicación el tiempo dedicado a ver la televi-

sión.

El sistema de personalidad está formado por tres componentes: la estructura de instigación-motivacional, la estructura de creencias personales y la estructura del control personal. Por la primera se refieren a la orientación decisional de la acción, o los objetivos que persigue la persona. De éstos, la teoría considera tres como fundamentales: el rendimiento académico, la independencia y el afecto de los iguales (ver tabla 29). La estructura de creencias personales atañe a aquellos controles cognitivos de naturaleza general que se ponen en marcha contra la ocurrencia de conductas problema. Estarían entre ellos el refrenarse en realizar conductas inconformistas, que originan toda una serie de creencias sobre sí mismo, la sociedad y sobre sí mismo en relación con la sociedad. Específicamente incluye cuatro elementos en esta estructura, la crítica, la alienación, la autoestima y el locus de control interno-externo. El tercer componente del sistema de personalidad es la estructura del control personal o nivel de control que tiene la persona para no llevar a cabo conductas no normativas. Las tres variables que considera el modelo son la tolerancia actitudinal de la desviación, la religiosidad y la discrepancia entre las funciones positivas y negativas de realizar ciertas conductas, como consumir drogas, tener relaciones prematrimoniales, etc. Estas variables de control personal están mucho más unidas a la conducta directa que los componentes anteriores, y, por tanto, más cercanos a la conducta real. Según esta teoría, es clave la relación entre instigaciones y controles. Del equilibrio o desequilibrio entre uno y otro va a depender llevar a cabo o no la conducta problema. Los elementos que facilitarían con más probabilidad el que se produjese la conducta problema serían el bajo rendimiento académico, dar alto valor a la independencia, dar más valor a la independencia que al rendimiento académico, tener bajas expectativas de rendimiento académico, mayor crítica y alienación social, baja autoestima, locus de control externo, mayor tolerancia actitudinal de la desviación, menos religiosidad, y darle más importancia a las funciones positivas, en relación con las negativas de la conducta problema.

Por su parte, la estructura del sistema del ambiente percibido atañe a como la persona percibe el ambiente, distinguiendo una estructura distal y otra próxima, según la conducta esté más próxima o más distante a la realización real de una conducta concreta. Dentro de la estructura distal considera los apoyos percibidos de los padres y de los amigos, los controles percibidos de los padres y de los amigos, la compatibilidad entre los padres y sus amigos y la influencia de los padres en los amigos. Estos seis elementos se relacionan con la conducta problema dependiendo de como se perciben los apoyos y controles, la mayor influencia de los padres o de los amigos, y la concordancia o conflicto entre padres y amigos tal como es percibido por ese adolescente, así como la influencia que perciben que sus padres tienen sobre sus amigos. Finalmente, el joven estaría más en un contexto parental o en un contexto de sus iguales, llevando a cabo una conducta problema o no. A su vez, en la estructura próxima consideran si la conducta problema es aprobada o desaprobada por sus padres, por sus amigos y si sus amigos son modelos para la conducta problema.

De lo anterior es fácilmente deducible quien se implicaría y quien no en conductas problema, especialmente referido al consumo de drogas. Concretamente, en la estructura distal se facilitaría el consumo pos-

terior de drogas cuando hay un bajo apoyo y control parental, bajo control de los iguales, baja compatibilidad entre padres y expectativas de los iguales y baja influencia de los padres sobre los iguales. En la estructura próxima la baja desaprobación parental de la conducta problema y tener muchos modelos de amigos y una alta aprobación por parte de los amigos de llevar a cabo conductas problema.

El sistema de conducta lo diferencia en dos tipos: una estructura de conducta problema y una estructura de conducta convencional. Ya expusimos anteriormente lo que se entiende por conducta problema y conducta convencional dentro de esta teoría. El joven puede realizar distintas conductas problema para conseguir autonomía, oponerse a la sociedad convencional, rechazando sus normas y valores, negociar su transformación de adolescente en adulto, todo en la línea de obtener su identidad. Dentro de la estructura de la conducta problema incluyen como conductas problema más relevantes el consumo de alcohol, el beber problemático, el consumo de marihuana, las relaciones sexuales precoces, la protesta activa y la conducta desviada general. A su vez dentro de las conductas convencionales incluyen dos como más importantes, la asistencia a la iglesia y el buen rendimiento académico.

Esta teoría, como puede verse en Jessor y Jessor (1977, 1978) ha recibido apoyo para el consumo de marihuana, especialmente para aquellos que comienzan o no a consumirla, considerando que el elemento que mejor define un grupo de otro es el de "convencionalidad-no convencionalidad" (Jessor, 1980).

Tabla 29. Estructura conceptual de la teoría de la conducta problema

Características demográficas: educación, ocupación y religión del padre; educación, ocupación y educación de la madre; estructura familiar

Socialización:

- Ideología parental: creencias tradicionales de la madre; religiosidad de la madre; tolerancia de la desviación de la madre; creencias tradicionales del padre; religiosidad del padre
- Clima familiar: control por parte de la madre; interacción afectiva con la madre
- Influencia de los iguales: intereses de los amigos
- Influencia de los medios de comunicación: tiempo dedicado a ver la televisión

Sistema de personalidad:

- Estructura de instigación-motivacional: valor del rendimiento académico; valor de la independencia; valor del afecto; discrepancia entre el valor de independencia y logro; expectativa para el rendimiento académico; expectativa para la independencia; expectativa para el afecto
- Estructura de creencias personales: crítica social; alienación; autoestima; locus de control interno-externo
- Estructura de control personal: tolerancia actitudinal de la desviación; religiosidad; discrepancia en las funciones positivas y negativas de realizar ciertas conductas

Sistema del ambiente percibido:

- Estructura distal: apoyo parental; controles parentales; apoyo de los amigos; controles de los amigos; compatibilidad padres-amigos; influencia padres-amigos
- Estructura próxima: conducta problema aprobada por los padres; conducta problema aprobada por los amigos; conducta problema de los amigos modelo

Tabla 29 (continuación)*Sistema de conducta:*

- Estructura de la conducta problema: consumo de alcohol; beber problemático; consumo de marihuana; relaciones sexuales; protesta activa; conducta desviada general; índice de conducta problema múltiple
- Estructura de conducta convencional: asistencia a la iglesia; rendimiento académico

Adaptado de Jessor y Jessor (1977)

La teoría de la conducta problema ha sido aplicada al consumo de marihuana y otras drogas ilícitas junto al consumo de alcohol y otras conductas de los adolescentes, como fumar cigarrillos, sexualidad precoz, etc., dado que todas ellas son definidas como conductas problema para la mayor parte de la sociedad (Donovan, 1996). Además, han encontrado empíricamente una constelación de estas conductas, que han definido como un síndrome de la conducta problema en adolescentes (Donovan, Jessor y Costa, 1988), lo que luego también facilitaría la elaboración de la más reciente teoría de la conducta de riesgo en adolescentes (Jessor, 1991).

Donovan (1996), un cercano colaborador de Jessor, que ha colaborado en extender su teoría a distintas conductas y problemas (ej., Donovan, Jessor y Costa, 1991), revisa la evidencia empírica de la teoría de la conducta problema a lo largo de los últimos 20 años. Para su evaluación Jessor y Jessor elaboraron en 1969 un cuestionario que les permitió evaluar los distintos componentes de su modelo (cfr., Jessor y Jessor, 1977). En distintos estudios, y como revisa recientemente Donovan (1996), se ha encontrado que las variables que incluye el mismo, explica del 47% al 62% de la varianza explicada en la frecuencia del consumo de marihuana. A su vez, de las variables del modelo, las dos más predictoras son el ambiente percibido y el sistema de conducta; en menor grado el sistema de personalidad y las variables demográficas y de socialización no explican más del 1-2%.

Además, como ha mostrado el estudio de Schlegel et al. (1967) sobre el consumo regular de alcohol sin control en adolescentes, mientras que la teoría de la conducta problema explicaba el 39.5% de la varianza de esa conducta, la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen sólo explicaba el 17.1%. A pesar de que este marco teórico explica en el mejor de los casos poco más del 50% de la varianza, lo cierto es que el resto de los modelos que se han propuesto para explicar el uso o abuso de la marihuana o drogas ilegales no explican mayores porcentajes. Por ello, Donovan (1996) reconoce que quizás con la inclusión

de alguna variable adicional de factores de riesgo hoy conocidos (ej., búsqueda de sensaciones, impulsividad, estrés, ira, ansiedad, depresión, estilo de crianza, etc.), podrían mejorar el valor de predicción de esta teoría. De modo semejante, reconoce la necesidad de evaluar los factores previos a cuando se hace la evaluación, a partir de los 12 ó 13 años de edad, dado que los factores de riesgo que se encuentran a estas edades para el consumo de drogas se han desarrollado desde la infancia. Precisamente, en vistas a la prevención, cuanto antes conozcamos estos factores y los tengamos claramente delimitados y definidos más fácilmente será posible intervenir en ellos.

Sí es importante apuntar que tanto en adolescentes como en adultos jóvenes hay importantes relaciones entre distintas conductas problemas y modelos como éste y otros, así lo han demostrado, de ahí que hayan sido útiles para evaluar de modo genérico las conductas problema, varias conductas problemas, más que una específicamente, etc. En esta línea, la nueva teoría propuesta por Jessor, la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes, sigue este marco conceptual general, lo amplía e intenta solventar las limitaciones de esta teoría que ya por sí sola es tan buena a nivel predictivo.

5. Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor

Recientemente Jessor ha dado un paso más proponiendo una teoría más comprensiva que la que hemos visto, que bajo el nombre de teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes, incluye todas las conductas de riesgo bajo una nueva perspectiva (Jessor, 1991).

Su planteamiento actual se basa en que está surgiendo en los últimos años un nuevo paradigma, la ciencia conductual del desarrollo (ver Jessor, 1993b), la cual está cambiando todos los aspectos de la comprensión de los jóvenes, exigiendo también la inclusión de un gran número de elementos y variables que se obviaban o no se tomaban hasta ahora en consideración. Por ejemplo, mientras que los investigadores de la adolescencia desde el campo de la psicología se han centrado tradicionalmente en el organismo, le prestaban escasa atención al contexto donde se llevaba a cabo la conducta y al desarrollo de la misma. En el nuevo planteamiento, la interacción persona-contexto se hace así imprescindible. Bajo este nuevo paradigma, la complejidad es lo característico, a diferencia del pasado donde los modelos explicativos eran fundamentalmente simples y de pocas variables.

Partiendo de este nuevo planteamiento, Jessor (1991, 1992) ha elaborado un modelo para la conducta de riesgo de los adolescentes y que, además, como él mismo afirma “se ha conseguido algún grado de consenso en los últimos años” (Jessor, 1993b, p. 119), en el sentido de que la mayoría de los expertos están de acuerdo con el mismo, o hay más puntos de acuerdo que de desacuerdo.

La teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes se caracteriza claramente por su complejidad.

Considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados de riesgo (ver figura 19). Da un gran peso para la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes a la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación, los cuales son un elemento fundamental en mantener una parte de la población adolescente en lo que se ha denominado "en riesgo" (Jessor, 1991). Se basa para esta afirmación en los datos proporcionados por dos fuentes: la epidemiología conductual y la psicología del desarrollo y social, especialmente en su aplicación a la conducta problema de los adolescentes, de la cual él es un buen conocedor (Jessor y Jessor, 1977).

Como indica la propia definición de esta teoría, se refiere a conductas de riesgo. Esta denominación se fundamenta en el concepto de riesgo y, especialmente, en los factores de riesgo, los cuales han cobrado gran relevancia en los últimos años, especialmente en el campo de la prevención de las drogodependencias. La epidemiología conductual ha sido precisamente la que ha permitido la detección de importantes factores de riesgo al ser claro que la conducta es un importante factor de riesgo, superando viejas dicotomías como la insistencia en sólo factores de riesgo biológicos, dado que la conducta que llevan a cabo muchas personas (ej., fumar) son la causa de enfermedades específicas (ej., cáncer de pulmón) o con una importante relación con su aparición (ej., trastornos cardiovasculares). De ahí que conocer la conducta que actúa como factor de riesgo, sus antecedentes y consecuentes, se convierte en una tarea esencial para evitar la morbilidad y mortalidad posterior.

El reconocimiento de la importancia de los factores de riesgo conductuales ha llevado, a su vez, a una confluencia con la psicología del desarrollo y la psicología social, dada la relevancia de conocer la conducta social, teniendo en cuenta la etapa del desarrollo específica. Como un ejemplo, es necesario conocer las funciones sociales y personales que cumplen el consumo de drogas y qué alternativas existen para el no consumo. Conociendo esto veremos si es posible o no el cambio en aquellas personas en mayor riesgo de consumo.

Una definición que llega a dar de conducta de riesgo Jessor (1991) es la de que es "cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente" (p. 599). Al tiempo, insiste en que utiliza la denominación de conducta de riesgo y no la de conducta de búsqueda de riesgo, porque este último término lo considera desafortunado, por ser a veces tautológico y por llevar a que se considere que todos los adolescentes son buscadores de riesgo. Sin embargo, para él esta denominación sólo sería apropiada para aquellos adolescentes que son conscientes del riesgo y además buscan deliberadamente el mismo. Por ello, cree que en los adolescentes es mejor utilizar la denominación de conducta de riesgo que la de búsqueda de riesgo, porque además muchas de las conductas que van a llevar a cabo implican riesgo, como probar sustancias, tener relaciones sexuales, conducir, cometer actos violentos, etc. Por ello, considera que la denominación de conducta de riesgo se puede aplicar a cualquier conducta que está seleccionada con el desarrollo del adolescente. Esto conduce, entonces, a una visión a nivel conceptual más general.

Otro aspecto que Jessor considera, en la línea de lo anterior, es la estructura y organización de las distintas conductas de riesgo en la adolescencia. El hecho de darse separadamente o juntas tiene una gran relevancia, tanto para su conocimiento como para la intervención en ellas. Jessor propugna una visión comprensiva y simultánea de todas las conductas de riesgo, sugiriendo que la intervención debe orientarse a cambiar las circunstancias que sostienen un grupo o síndrome de conducta de riesgo en la adolescencia. La evidencia de esto se encuentra en las conductas de riesgo que son también conductas problema como el consumo de drogas, abuso de alcohol, delincuencia y sexualidad precoz (Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa y Turbin, 1995). Realmente, estas estructuras de conducta, consideradas juntas, constituyen un modo de estar el adolescente en el mundo. De ahí que utilice el concepto de estilo de vida, ya que por él la gente suele entender un patrón organizado de conductas interrelacionadas. Y, aceptando esto, ello exigiría intervenir en el estilo de vida del adolescente como un todo, más que sobre una conducta específica, como puede ser el uso de drogas.

En el modelo que Jessor presenta, lo que le interesa es conocer cuáles son los factores de riesgo para las conductas de riesgo. De ahí que en su modelo considera cinco grupos de factores de riesgo o protección que sirven de marco conceptual general para la conducta de riesgo de los adolescentes. Estos grupos o dimensiones son los siguientes: biológico/genéticos, medio social, medio percibido, personalidad y conducta. Dentro de los factores de riesgo biológico/genéticos considera la historia familiar de alcoholismo y, de protección, la alta inteligencia. Dentro del medio social considera como factores de riesgo la pobreza, la anomía normativa, la desigualdad racial y las oportunidades ilegítimas; de protección, las escuelas de calidad, la familia cohesionada, disponer de recursos vecinales y disponer de adultos interesados. Dentro del medio percibido los factores de riesgo son los modelos de conducta desviada y los conflictos normativos entre padres y amigos; de protección, los modelos de conducta convencional y altos controles de la conducta desviada. Dentro de la personalidad, como factores de riesgo considera la percepción de pocas oportunidades, baja autoestima y la propensión a correr riesgo; de protección, la valoración de los logros, la valoración de la salud y la intolerancia a la desviación. Y, dentro de la conducta, como factores de riesgo los problemas con el alcohol y el bajo rendimiento escolar; de protección, la asistencia a la iglesia y participar en clubes escolares y de voluntarios.

Lo que queda claro en lo anterior es la complejidad para explicar la conducta de riesgo en adolescentes, la interrelación entre distintos factores entre sí, aunque también puede ocurrir que uno de ellos por sí solo tenga un efecto directo en la conducta de riesgo del adolescente, indirecto o mediador a través de las distintas conductas de riesgo. Además, el esquema representa la estructura de los factores de riesgo, conducta de riesgo y resultados del riesgo en un momento del tiempo, no de modo estático, dado que los cambios pueden darse en todos los elementos de este modelo (Jessor, 1991, 1992), y así luego se encuentra en distintas conductas (ej., Jessor, Turbin y Costa, 1997).

Es importante notar que los factores de riesgo y protección que Jessor lista en cada dimensión general se

basan en la evidencia de la literatura científica sobre ellos (ej., Jessor, Donovan y Costa, 1991). De ahí que aparezcan unos junto a otros, dado que sabemos que los de protección sirven de barrera para que las personas se impliquen en conductas de riesgo. Lo que si es cierto es que los factores de riesgo son tan variados y distintos como los factores de protección, sirviendo en muchos casos para atenuar, contrarrestar o equilibrar el impacto y efecto de los factores de riesgo (Jessor, 1991).

Junto a los factores de riesgo y protección que considera la teoría de Jessor a lo largo de sus cinco dimensiones están las conductas de riesgo y los resultados del riesgo. Dentro de las conductas de riesgo del adolescente o de su estilo de vida, considera tres grupos de ellas: las conductas problema, las conductas relacionadas con la salud y la conducta escolar. Dentro de las conductas problema considera el uso de drogas ilícitas, la delincuencia y el conducir bebido; en las conductas relacionadas con la salud, la alimentación no saludable, el consumo de tabaco, el sedentarismo y no usar el cinturón de seguridad; y, dentro de la conducta escolar, la inasistencia escolar, el abandono de la escuela y el consumo de drogas en la escuela.

Finalmente, la teoría de Jessor presenta los resultados del riesgo, que conceptúa como los resultados del compromiso salud/vida, donde considera la salud (dolencias/enfermedades, baja condición física), los roles sociales (fracaso escolar, aislamiento social, problemas legales y la paternidad prematura), el desarrollo personal (autoconcepto inadecuado, depresión/suicidio) y la preparación para la vida adulta (escasas capacidades laborales, desempleo y falta de motivación).

La teoría muestra una causalidad recíproca o bidireccional a lo largo de los distintos constructos. Como los resultados dependen de elementos anteriores, como la naturaleza del contexto social y de otros allí indicados, ello lleva a considerar el cambio de modo dinámico, siendo necesario considerar el paso de los años y la historia (Jessor, Donovan y Costa, 1992).

La implicación que tiene esta teoría tanto para la prevención como para la intervención (Jessor, 1991) es que un abordaje comprensivo es más eficaz que un abordaje parcial. Además, con un abordaje comprensivo es más probable que sea exitoso y que los efectos se mantengan a largo plazo. En ellos, tal como propugna esta teoría, se deben reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos jóvenes que viven en ambientes sociales adversos. Pero quizás uno de los principios que subyace a la teoría de Jessor es no cargar toda la responsabilidad en el individuo, ya que también es de gran importancia la responsabilidad del contexto social en causar y mantener muchas conductas de riesgo, con lo que se exige también un cambio en el mismo, como son algunos de los factores que para él están en la base de muchas de estas conductas problema, como son la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación. En este sentido, su planteamiento le lleva (ej., Jessor, 1993a), por ejemplo, posicionándose sobre el debate de la legalización de las drogas en Estados Unidos, a afirmar que la mejora de la pobreza es una alternativa a la legalización de las drogas, dado que legalizarlas no es la única solución al problema de la delincuencia, que acarrea su consumo y tráfico. Para él es básico la reducción de la demanda de drogas y para ello un elemento determinante

es atenuar la intensidad y la concentración de la pobreza. De ahí que para él ésta se debería convertir en un objetivo prioritario dentro de una política de control de las drogas. En la misma línea, Jessor (1991, 1992) insiste en que muchas de las cuestiones que se plantean o que están en la base de lo que plantea su teoría son cuestiones de política económica y de política social. Claramente, con ello, su teoría no sólo es una de las más comprensivas, o la que más, sino que la misma llega a abarcar a todo el campo social. De ahí que sea también integrativa de varios saberes que han hecho aportaciones relevantes al campo de la etiología y la prevención de las drogodependencias en las últimas décadas.

6. Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et al.

Calafat, Amengual, Farrés et al. (1992) han elaborado el programa "Tú decides", el cual ha sido dentro de los programas preventivos el más utilizado en España durante muchos años. Como un ejemplo, en el curso 1994-95, en una evaluación del mismo, fue realizado por 12.000 niños, participando 350 profesores en 5 ciudades españolas (Calafat, Amengual, Guimeráns et al., 1995). Este programa se basa de modo importante en los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas junto a la inclusión a lo largo de una década de componentes que han ayudado a incrementar su eficacia. Con este programa se consiguen efectos preventivos, como han mostrado en distintas evaluaciones del mismo (ej., Calafat, Amengual, Mejías et al., 1989, Calafat et al., 1995). Además, es un programa que desde siempre se ha centrado en la prevención tanto las drogas legales, alcohol y tabaco, como del hachís. Por ello, constituye uno de los programas comprensivos que se ha utilizado desde siempre en nuestro medio para la prevención de las drogas de consumo más importantes en los jóvenes.

Como se expone en el manual del programa "Tú decides" y en otras publicaciones, "las causas o factores que hacen o facilitan que los individuos se interesen por las drogas tienen que ver con toda la dinámica personal y social anteriores al contagio con la drogas. Incluso en contactos más o menos casuales, hay muchos otros factores que tienen mayor peso que la droga en cuestión. Por esto se puede decir, aunque parezca paradójico, que la droga no es un factor de riesgo en la drogadicción" (Calafat et al., 1992, p. 7). Esto va en la línea de los múltiples factores que se asocian al consumo de drogas, donde la droga es un elemento pero no es el único elemento a considerar. Para Calafat et al. (1992) esos múltiples factores asociados al consumo de drogas los encuadran como factores de riesgo y factores de protección. Como se puede ver en la figura 21, que denomina red de factores de riesgo y protección, consideran la coherencia social y los hábitos de consumo de la sociedad, la familia, la escuela, el uso del tiempo libre, la relación con los padres, la relación con los compañeros, la información, la personalidad, la actitud, la experiencia con otras drogas y el consumo. Se incluyen, como es apreciable, los factores que son más relevantes para

que la persona consuma o deje de consumir. La prevención se orienta, precisamente, a influir sobre estos factores de riesgo y protección para que el individuo no consuma (Calafat, 1995).

La comprensión del modelo subyacente a este programa se encuentra a partir de su definición de drogodependencia, la cual entienden como “el resultado de la relación entre la persona que consume droga y el producto utilizado, que origina en el sujeto una necesidad (*dependencia psíquica*) de seguir consumiendo dicha droga con la intención de beneficiarse de sus efectos. Con algunas drogas, y tras el uso repetido, pueden aparecer, al interrumpir su consumo, molestias físicas (manifestación de su *dependencia física*) que desaparecen al reiniciar el consumo” (Calafat et al., 1992, p. 10). Esta le va a llevar a dar una gran relevancia al componente psíquico de la persona. Ello no significa que no considere en su justa medida los componentes físicos o biológicos o sociales de las drogas, pero éste ha sido un tema siempre de gran preocupación para ellos. Esto que afirmamos aparece claro cuando presentan los elementos que influyen en la aparición de las toxicomanías (ver figura 20), los cuales diferencian en dos grandes grupos, los elementos que influyen en la oferta de drogas y los elementos que influyen en la demanda de drogas. Dentro de los primeros incluyen el cultivo, producción y distribución de la droga; dentro de los elementos que influyen en la demanda de drogas la estructura psíquica, los factores socio-culturales y psico-sociales y las condiciones de socialización de la persona. Unos elementos y otros llevan a la relación de dependencia entre la droga y la persona, que desencadenaría la toxicomanía en algunos de ellos. Aunque no aparece explicitado en la figura anterior, también considera que la personalidad influye de alguna forma en la toxicomanía, pero que a nivel práctico, debe verse mejor dentro de los factores de riesgo.

Dada la complejidad de los factores que llevan al consumo de drogas, al relativo buen conocimiento de los factores de riesgo y protección, su programa preventivo se dirige, junto a proporcionar información sobre las drogas que cubre el programa, a enseñarle a decidir a la persona sobre el consumo o no de las mismas, mediante un material didáctico y gráfico adecuado con una metodología participativa aplicada por el propio profesor en el aula.

Uno de los componentes psíquicos que han específicamente estudiado ha sido la relación entre la depresión, la depresividad y la adicción (Calafat y Amengual, 1991). La evidencia indica que la depresión es el problema psiquiátrico que se encuentra más frecuentemente asociado con el consumo de drogas. Lo que parece tener más solidez es el papel de la depresión como consecuencia de la adicción, aunque también encuentran evidencia de que la depresión puede ser un factor importante en la entrada, mantenimiento y agravamiento del proceso adictivo, aunque no es la única fuente de entrada a la misma. La depresividad es un concepto psicoanalítico que se refiere a una cierta inconsistencia de la personalidad que se puede expresar externamente a través de la búsqueda de sensaciones o con el paso al acto. Según esto, la depresividad, entendida como una dificultad en la maduración y estructuración de la personalidad, podría llevar a las personas a “tener que actuar fuera” su conflictividad y, por tanto, pasar al acto a través de conductas antisociales o del consumo de drogas. Por tanto, una de las posibles formas de inicio al consumo de drogas podría explicarse

en función de la depresividad que experimenten algunos adolescentes, que en presencia de determinados factores antecedentes y/o actuales, podrían producir un aumento de los síntomas depresivos, que conducirían al adolescente a tomar drogas con la finalidad de mitigar dicha sintomatología. Por tanto, el consumo de drogas pasaría a formar parte del repertorio conductual del individuo como una estrategia para aliviar o controlar aquellos problemas o situaciones que pueden causar sufrimiento en el individuo.

De gran relevancia, a partir de su modelo, es el esquema secuencial que proponen de aparición de los factores de riesgo, que es de gran relevancia para la aplicación de programas preventivos (ver figura 21 y 22). Estos comenzarían con la dificultad en la relación con los padres, especialmente con la falta de identificación con ellos; esto llevaría a la depresividad y a otros rasgos, como desviacionismo e inmadurez; de ahí habría una mayor necesidad que otros del grupo, durante la adolescencia, conduciendo a una mayor permeabilidad a las directrices del grupo (en este caso tendrían mejor relación con los miembros del grupo que con sus propios padres). Todo lo anterior produce un aumento de las posibilidades de inicio en el consumo de drogas por el estilo de vida y mayor probabilidad de contacto con las drogas; y, a partir de ahí, una mayor posibilidad de abuso por la depresividad y/u otras características de personalidad, conduciendo todo ello a la presencia de síntomas depresivos, debido tanto al fracaso de la personalidad depresiva como al contacto con la droga. El uso de drogas llevaría a cambios en las actitudes y la psicología del individuo, incluyendo su estilo de vida.

En todo lo anterior se aprecia la gran importancia que le dan al ambiente familiar, por una parte, y a las características de personalidad, como consecuencia del mismo. Junto a esto, reconocen (ej., Calafat y Amengual, 1991) que ello se da en un ambiente concreto de un sistema social específico. Y, cuando aparece un cuadro clínico depresivo en un paciente toxicómano “sería el resultado del fracaso de una organización precaria de la personalidad acelerado por el consumo de drogas y/o la consecuencia de la interacción psicobiológica de la droga con el individuo” (pp. 93-94). Tanto este componente, como los anteriores y los factores de riesgo, se convierten así en elementos esenciales para la prevención una vez que han sido detectados.

7. Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis

Petraitis et al. (1995) nos han proporcionado una de las mejores y más recientes revisiones sobre los distintos modelos teóricos que existen en el campo de las drogodependencias. Muy relacionado con esta revisión, en un artículo publicado un año antes, pero probablemente escrito al mismo tiempo que la anterior revisión, presentan la por ellos denominada “teoría de la influencia triádica”, que asume muchas de las conclusiones a las que llegan en la revisión teórica, y que amplía modelos específicos previos, como el de Flay et al. (1983), para explicar la conducta de fumar, del que se ha partido en ocasiones en nuestro medio para actualizarlo y adaptarlo a nuestro contexto y así poder explicar la adquisición y mantenimiento de la con-

ducta de fumar en nuestros adolescentes (Becoña et al., 1994). Sin embargo, debe notarse como hecho relevante que el modelo que proponen para llevar a cabo acciones preventivas no se ciñe exclusivamente a la prevención en drogodependencias, sino a la prevención de todos los problemas de salud. De ahí que el nivel comprensivo que presenta la teoría se expande también en la aplicación de la misma a cualquier tema relacionado con la salud.

La teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1994) es una teoría comprensiva que agrupa varios elementos de distintas teorías relevantes que se han utilizado en el campo de la salud y, muchos de ellos, en el campo de las drogodependencias. De ahí que cuando se analiza la misma se encuentran elementos de teorías relevantes que ya hemos analizado, como la de Ajzen sobre la teoría de la conducta planificada, la del aprendizaje social, las basadas en características intrapersonales del individuo, etc.

Esta teoría considera varios niveles para explicar las causas de la conducta que van desde los niveles más próximos, pasando por los lejanos y finalizando en los últimos o finales (tabla 30). Estos se relacionan con tres grupos de influencia que se mueven a lo largo de esos niveles. Estos son los siguientes: 1) influencias culturales y ambientales sobre el conocimiento y valores que influyen las actitudes, 2) las influencias contexto-situación social sobre los vínculos sociales y el aprendizaje social, influyendo las creencias sociales normativas; y, 3) las influencias intrapersonales sobre la determinación y control de uno mismo y las habilidades sociales, que conducen a la autoeficacia. A su vez, junto a estos elementos generales, hay un importante número de interacciones e influencias, tanto entre los grupos de influencia como entre los niveles.

Tabla 30. Elementos relevantes de la teoría de la influencia triádica en función de los niveles que consideran

Tipo de influencia	Origen/nivel	Operativización	Concepto resultante más relevante como causa de la conducta
Actitudinal	Macroambiente	Ambiente cultural	Actitudes
Social	Microambiente inmediato	Contexto social	Creencias sociales normativas
Intrapersonal	Disposiciones heredadas y características de personalidad	Biología y personalidad	Autoeficacia

Adaptado de Flay y Petraitis (1994)

El motivo de proponer una teoría global es debido al hecho de que existen muchas microteorías, con un número limitado de variables y sin integrarse unas teorías con otras, cuando lo cierto es que con dicha integración probablemente se mejoraría la capacidad predictiva y la comprensión de las conductas de salud. Además, ninguna teoría ha intentado integrar en una sola las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales de la conducta relacionadas con la salud. Elaborarla, sostienen, facilitaría conocer adecuadamente fenómenos desorganizados y sin relación entre sí, lo que facilitaría y mejoraría la intervención, especialmente la intervención preventiva.

Como ya había apuntado Bandura (1986), como posteriormente otros autores, Flay y Petraitis (1994) consideran que la conducta es fruto de la situación, la persona y el ambiente. Al mismo tiempo, las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales influyen de modo independiente y afectan de modo interactivo las decisiones sobre actuar o no de un cierto modo (ej., consumir o no una sustancia). Los elementos intermedios de influencia que considera son: 1) lo que el individuo extrae desde sus ambientes, situaciones y rasgos básicos; 2) las expectativas que tiene sobre la conducta y de su evaluación de esas expectativas; y, 3) sus cogniciones relacionadas con la salud. Esta teoría lo que pretende es considerar tanto los factores directos como los indirectos que afectan a la conducta. Igualmente pretende que sirva para explicar tanto las conductas habituales como las nuevas conductas (ver figura 23).

Los rasgos genéticos y las disposiciones de la personalidad atañe a las características intrapersonales del sujeto. Estos los operativizan en cinco dimensiones básicas de la personalidad, los cinco grandes factores, hoy ampliamente aceptados (Digman, 1990): control personal (ej., restricción conductual, impulsividad, persistencia en la tarea, hiperactividad, agresividad y motivación de logro); control emocional (ej., ajuste psicológico, estabilidad emocional, neuroticismo y angustia emocional); introversión-extraversión (ej., actividad social, adaptabilidad social y asertividad); sociabilidad (ej., simpatía, sumisión y conformidad); e, intelectual o inteligencia general.

La teoría de la influencia triádica sostiene que la habilidad de controlar las acciones y el estado de ánimo llevan al desarrollo de una gran autoestima y un autoconcepto más coherente. Por ello habla del sentido de uno mismo (self) y de la competencia social general. Ambos elementos llevan a que la persona tenga una mayor autodeterminación. Esto unido a las habilidades sociales específicas conduce a una mayor autoeficacia por parte del individuo respecto a la conducta concreta a la que nos estamos refiriendo.

Al contrario, aquellas personas que tienen una imagen desfavorable o incoherente de sí mismas es más probable que lleven a cabo más conductas de riesgo, actúen impulsivamente y sean menos conscientes de las posibles consecuencias de sus actos.

A su vez, dentro de los componentes de esta teoría, diferencian entre niveles de influencia próximos, distales y últimos. Como ejemplo de niveles o causas últimas, que suelen estar fuera del control inmediato por parte del individuo, pero que al mismo tiempo son los principales determinantes de su conducta, estarían la situación social, el ambiente cultural y la biología y la personalidad.

El nivel de influencia distal constituye aquel que tiene varios niveles de influencia previos y también causas menos directas de la conducta. Un buen ejemplo de niveles o causas distales son los valores generales de la vida. Estos están determinados por las causas últimas y tienen una gran importancia en como la persona se va a comportar, de un modo o de otro, en sus conductas relacionadas con la salud.

El último nivel, y más próximo, es el denominado nivel de influencia próxima. Este es claramente predecible porque se centra en los aspectos concretos de la conducta, aunque no da mucho peso a las explicaciones de por qué la persona ha actuado de ese modo concreto. Un buen ejemplo que se puede poner de este nivel son las decisiones relacionadas con la salud que toma un individuo de modo concreto.

A pesar de que pueda parecer que la teoría es lineal, realmente se asume una mútua influencia entre los distintos componentes de la misma. Además, en un concreto individuo uno de los elementos apuntados puede tener una gran relevancia, a diferencia de otro sujeto distinto. Igualmente recalca que unos elementos van a tener más relevancia que otros, ejemplificándolo con la inteligencia. Aun así, el individuo se verá afectado por elementos exógenos a él, como la cultura o su sistema social, escapando estos a su control, siendo por ello denominados causas últimas.

Ya dentro de los distintos componentes de la teoría que los autores presentan también es importante indicar que los distintos caminos, o posible caminos, que llevan de unos elementos previos a otros posteriores de la teoría, o entre ellos mismos, pueden ser tanto de tipo aditivo como interactivo. Con ello reconocen una vez más la complejidad y la variabilidad que hay entre los distintos elementos que consideran.

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

La decisión de realizar una conducta particular es la causa más próxima de la conducta. Sin embargo, a pesar de la importancia que se da en el modelo a las decisiones relacionadas con la salud ello no implica que las personas, especialmente los adolescentes, tomen decisiones racionales en esas conductas. Más bien la decisión se va a basar en criterios subjetivos. Esto es especialmente claro cuando la decisión se basa en información inadecuada, aunque el que las toma las considera racionales. Posteriormente la experiencia conductual y el feedback van a influir las futuras conductas. Si reciben satisfacción o placer (refuerzo, en suma) es más probable que las continúe realizando; si le resultan desagradables, molestas, problemáticas (esto es, castigo) es menos probable que las hagan. Pero todo ello se modula por las otras variables del modelo como son los vínculos sociales, las expectativas, las actitudes, etc. Además, en la esfera intrapersonal, las experiencias personales con las conductas relacionadas con la salud pueden producir tanto consecuencias emocionales como psicológicas o incluso redefinir su autoconcepto o el sentido que tiene de sí mismo, como puede ocurrir cuando una persona prueba la heroína.

Finalmente, es importante indicar las implicaciones que la teoría de la influencia triádica tiene para la pro-

moción de la salud. Como es claro por lo visto, esta teoría es comprensiva y en cierto modo compleja, aunque también clara y fácilmente operativizables muchos de sus componentes. Su ventaja es que permite conocer cómo son causadas las conductas relacionadas con la salud, con lo que tenemos una teoría que nos permite explicar las mismas. Y, con ello, también, cómo pueden ser cambiadas estas conductas. Al incluir tanto elementos personales, como situacionales y ambientales, siguiendo esta teoría podemos intervenir tanto de modo parcial como comprensivo o completo. Realmente, para que la intervención sea efectiva lo ideal es hacer una intervención comprensiva, donde se consideren todos los factores, donde no quede ninguno olvidado en relación con esa conducta específica. También es necesario reconocer la mayor o menor dificultad de intervención en cada uno de ellos, dado que algunos son de un gran peso estático en un punto del tiempo (ej., las causas socio-culturales). Además, esta teoría permite hacer predicciones comprobables y conocer la etiología y la dinámica de las conductas relacionadas con la salud. En este sentido es importante apuntar que a nivel operativo esta teoría introduce muchos conceptos bien asentados en la literatura y que tienen buena evidencia empírica. Así permite llegar a una teoría comprensiva, bien elaborada, organizada lógicamente y que permite pasar de unos elementos a otros desde una mayor a una menor complejidad, o viceversa, dependiendo de si nuestro objetivo es la explicación de una conducta o el diseño de un cambio de conducta o la prevención de un comportamiento concreto como puede ser el consumo de sustancias psicoactivas. Funcionar a distintos niveles como hace esta teoría tiene indudables ventajas. Esto facilita ir desde una intervención inmediata a otra más lejana o fuera del alcance más cercano.

8. Modelo de autocontrol de Santacreu et al.

Santacreu, Froján y Hernández (1991, 1992a), Santacreu y Froján (1992) y Santacreu, Zaccagnini y Márquez (1992b) han elaborado y probado un modelo de génesis y mantenimiento del consumo de drogas basado fundamentalmente en el autocontrol y partiendo del modelo bio-psico-social (Santacreu et al, 1992b). Como ya hemos expuesto hasta aquí, y por la evidencia empírica disponible, partir de un modelo biopsicosocial nos permite apresar todo el amplio conjunto de variables que se relacionan con el fenómeno de las drogodependencias. Para estos autores el comportamiento es un intento de adaptación al ambiente en el que el mismo tiene lugar. Por ello para que esa adaptación sea adecuada es necesario aprender distintas habilidades para que hagan posible dicha adaptación. Partiendo de la teoría del aprendizaje, consideran que la conducta está mantenida en función de sus consecuencias, pudiendo variar éstas a lo largo del tiempo. Por ello, insisten en que es necesario diferenciar la génesis de la aparición del problema.

Consideran que el desarrollo de la génesis del problema surge por el intento del adolescente de conseguir

fuentes de refuerzo alternativas a las que ya tiene o le ofrecen, concretamente para buscar independencia del refuerzo paterno y, al tiempo, conseguir cierta capacidad de autocontrol. Por su propio desarrollo evolutivo, el adolescente busca refuerzos alternativos a los que hasta ese momento obtenía en la familia. Por otra parte, el autocontrol es un concepto de gran relevancia en los últimos años. Relegado durante muchos años, Skinner (1953) lo volvió a introducir cuando decía que "cuando un hombre se autocontrola, decide realizar una acción determinada, piensa en la solución de un problema o se esfuerza por aumentar el conocimiento de sí mismo, está emitiendo conducta. Se controla a sí mismo exactamente igual que controlaría la conducta de cualquier otra persona, mediante la manipulación de variables de las cuales la conducta es función" (Skinner, 1953/1970, p. 24). Posteriormente Kanfer (1978a, 1978b, 1987; Karoly y Kanfer, 1982) elaboró un amplio modelo de la conducta humana basado en el autocontrol. Por autocontrol entiende el conjunto de estrategias aprendidas que le permiten (auto)modificar(se) la probabilidad de ocurrencia de una respuesta contrariamente a lo esperado en relación con las influencias externas existentes (ej., reforzadores). El modelo de Kanfer asume la existencia de tres fases: autoobservación de la conducta, autoevaluación y autorrefuerzo. La ejecución correcta de estas tres fases requiere el dominio de cinco habilidades fundamentales (Olivares, Méndez y Barrancos, 1998): 1) autoobservación y autorregistro objetivo, 2) selección de criterios específicos y realistas, 3) búsqueda del procedimiento más adecuado para el logro del criterio propuesto, 4) autoevaluación de la conducta en relación con los criterios fijados, y 5) programación de refuerzos para el nuevo comportamiento.

Finalmente, otro autor que ha incidido en el concepto de autocontrol, aunque desde otra perspectiva, ha sido Bandura (1977), con su concepto de expectativa de autoeficacia, el cual viene a ser la interpretación subjetiva de la propia capacidad de respuesta, el cual amplía desde otra perspectiva, en este caso más cognitiva, el fenómeno del autocontrol.

Otra distinción importante que hizo Kanfer (1978b) fue entre autocontrol decisional y autocontrol prolongado. En el autocontrol decisional el individuo tiene que elegir entre diversas alternativas, sin ejercer control una vez que ha elegido. En cambio, en el autocontrol prolongado, el autocontrol de la conducta se mantiene después de la elección. Igualmente, Thoresen y Mahoney (1982) indican que sólo se puede hablar de autocontrol cuando se dan las siguientes condiciones: 1) existen varias alternativas de respuesta, 2) tales alternativas pueden ser conflictivas, y 3) las conductas autocontroladas normalmente son provocadas y/o mantenidas por consecuencias externas a largo plazo.

Es de interés indicar que Capafóns (1986) ha elaborado una de las pocas definiciones que podemos encontrar de autocontrol. Este lo definió del siguiente modo: "una persona muestra autocontrol cuando por sí mismo es capaz de cambiar la probabilidad de aparición de un comportamiento basado en un proceso hedónico, a través de su "esfuerzo" y usando recursos psicológicos propios" (p. 39).

Finalmente, en la conceptualización de Santacreu et al. (1991) "el autocontrol puede implicar tanto la ejecución de la respuesta deseable como la inhibición de la indeseable, pero en cualquier caso supone un

esfuerzo consciente para su consecución; el sujeto debe renunciar a una consecuencia inmediata positiva o someterse a una aversiva para conseguir otra gratificante a largo plazo (*demora del refuerzo*). Esta respuesta que lleva a la obtención del refuerzo demorado (o final) es la Respuesta de Control (RdC), que puede ser definida como aquella cuya ejecución supone siempre una renuncia voluntaria por parte del sujeto a la elección de otras respuestas con contingencias positivas inmediatas *Respuestas Alternativas Indeseables* (RAI), con el fin de obtener una gratificación demorada pero mayor" (p. 205). A su vez, "para poder ejecutar una RdC el individuo ha de hacer uso de diversas *estrategias*, a las que denominaremos *Respuestas Autocontroladoras* (RAC)" (p. 206). Estas respuestas autocontroladoras pueden ser el control de estímulos antecedentes de la conducta, respuestas mediadoras cognitivas (ej., valoración de las consecuencias de la conducta) y los autorrefuerzos manifiestos parciales. El proceso de autocontrol implica la autoobservación de la conducta, la autoevaluación de la conducta y la reevaluación del proceso, consistente este último en la valoración retrospectiva de los pasos seguidos hasta la obtención o no de la meta y la consiguiente gratificación final.

El autocontrol se aprende durante la adolescencia, cuando la persona tiene la posibilidad de elegir y puede organizar su tiempo y sus objetivos. El autocontrol lo puede adquirir para respuestas aisladas o bien adquirir una habilidad general de autocontrol. A su vez el proceso de autocontrol se va adquiriendo a través de la ejecución de distintas conductas por parte del individuo, lo que implica a su vez una interacción con el medio en que ésta se lleva a cabo. Por ello, "el ensayo de conducta que el sujeto realice, a partir de su propio repertorio básico conductual y las contingencias que de dichas conductas obtenga, determinarán el grado de autocontrol del individuo" (p. 211). Algunas de las habilidades de autocontrol características son la resistencia a la agresión tras la frustración, la resistencia a la transgresión, la regulación de la autoadministración de refuerzos y la resistencia a la tentación.

Como es bien sabido, la adolescencia es una etapa crítica en la vida del individuo, dado que es cuando a través del proceso de socialización tiene el adolescente que conseguir la autonomía o comenzar a hacerse autónomo y funcionar por sí mismo. Es el momento de comportarse de una forma socialmente aceptada, incorporando a su repertorio de conductas los valores y las normas sociales. Es el momento en que el control parental se debilita y va obteniendo su independencia. El proceso de socialización inadecuado (Santacreu y Froján, 1992) es la principal fuente de desviación y, entre ellas, está la prueba de drogas.

Partiendo del concepto central de autocontrol, y enmarcado en el modelo biopsicosocial, Santacreu y colaboradores proponen un modelo para la génesis del consumo de drogas y para el mantenimiento y adicción a las mismas (ver figuras 24 y 25). A su vez, en varios estudios empíricos, Santacreu y Froján (1992) y Santacreu et al. (1992a) encuentran apoyo parcial para su modelo. Así, por ejemplo, en uno de sus estudios afirman que "las variables que mejor predicen la ejecución de respuestas marginales son la existencia de grupos que refuercen este tipo de respuestas, el nivel de autocontrol, la frecuencia de consumo de tabaco y alcohol, el nivel de estrés y la tendencia a elegir respuestas de riesgo" (p. 259). Respecto a la pre-

dicción del consumo de drogas, este modelo basado en el autocontrol, no lo considera como la variable esencial para la prueba, aunque sí para su consumo posterior. Esto es, después de la prueba, seguirá consumiendo o no de acuerdo con el nivel de autocontrol que tengan. Para la prueba de drogas, Santacreu y Froján (1992) consideran que las variables más relevantes son la realización de conductas marginales y el nivel de competencia exigido por el entorno. Cuando el medio le niega a la persona conseguir los refuerzos por no llegar al nivel de competencia exigido, entonces es cuando el adolescente intentará encontrar gratificación a través de vías alternativas a las aceptadas socialmente, siendo una de las más accesibles el consumo de drogas. Por ello, apuntan la importancia del fracaso escolar y su relación con el consumo de drogas, así como vivir en un medio deprimido, que puede impedir obtener los refuerzos adecuados. Tanto en un caso como en otro, el modelo para la génesis (figura 24), como para la constitución de la adicción (figura 25) se adecúa de modo importante a lo que conocemos sobre este problema y el mismo tiene apoyo empírico.

Para los programas preventivos, Santacreu et al. (1991) y Santacreu y Froján (1992) proponen que, dado que la habilidad de autocontrol se aprende, este concepto resulta de gran utilidad en los mismos y se debe tener en cuenta tanto cuando se elaboran programas preventivos como cuando se implantan los mismos. Un programa de este tipo tendría que cumplir los siguientes requisitos: 1) definir las características de la población a la que va dirigido y la identificación de los factores de riesgo de la misma, 2) identificar y analizar los factores que determinan la aparición del problema en cuestión, y 3) diferenciar entre lo que es la génesis del problema que se quiere prevenir y lo que es el mantenimiento del mismo. El objetivo con el entrenamiento en autocontrol es conseguir que la persona no consuma o, si consume, que pueda controlarse o mantener un consumo funcional. Esto es, dado que un gran número de personas consumirá, las estrategias de autocontrol permitirán el que no se llegue a la dependencia. Por ello, los programas deben fomentar conductas de salud de tipo general, más que específicamente dirigidas al tema de las drogas. Por tanto, este es un planteamiento nuevo, realista y centrada en la persona en su relación con el entorno. Al enmarcarse en un modelo biopsicosocial permite integrar los conocimientos de que disponemos en el mismo, aunque sea central el de autocontrol.

9. Referencias bibliográficas

- Abrams, D.B. y Niaura, R.S. (1987). Social learning theory of alcohol use an abuse. En H. Blane y K. Leonar (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 131-180). Nueva York: Guildford Press.
- Akers, R.L.(1977). *Deviant behavior: A social learning approach* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth Press.
- Akers, R.L., Krohn, M.D., Lanza-Kaduce, L. y Radosevich (1979). Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory. *American Sociological Review*, 44, 636- 655.

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Salamanca, Sígueme, 1984).
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, *37*, 122-147.
- Bandura, A. (1973). *Agression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Nueva York: Prentice Hall (trad. cast.: Madrid: Espasa-Calpe, 1982).
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, *33*, 344-358.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, *44*, 1175-1184.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Barcelona: Martínez-Roca, 1987).
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Bandura, A. (1995b). Comments on the crusade against the causal efficacy of human thought. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *26*, 179-190.
- Bandura, A. y Walters, R.H. (1963). *Social learning and personality development*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston (trad. cast., Madrid, Alianza Editorial, 1977).
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M.P. (1994). *Tabaco o salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Calafat, A. (1995). Los factores de riesgo como fundamento de los programas preventivos. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Eds.), *Drogodependencias. IV. Prevención* (pp. 75-103). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Calafat, A. y Amegual, M. (1991). Depresión, depresividad y toxicomanía. *Adicciones*, *2*, 75-101.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3ª edición*. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.
- Calafat, A., Amengual, M., Guimeráns, C., Rodríguez-Martos, A. y Ruiz, R. (1995). "Tú decides": 10 años de un programa de prevención escolar. *Adicciones*, *7*, 509-526.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G., Borrás, M. y Palmer, A. (1989). Evaluación del programa de prevención escolar "Tú decides". *Adicciones*, *1*, 96-111.
- Capafóns, A. (1986). Auto-control: crisis de identidad. *Boletín de Psicología*, *10*, 29-45.
- Carrobes, J.A.I. (1985). El modelo conductual o del aprendizaje social: Enfoques y aplicaciones. En J.A.I. Carrobes (Ed.), *Análisis y modificación de conducta II* (vol. 1, p. 77-107). Madrid: UNED.
- Catalano, R.F. y Hawkins, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime. Current theories* (pp. 198-235). Nueva York: Cambridge University Press.
- Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. y Abbott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, *26*, 429-455.
- Cervone, D. y Scott, W. (1995). Self-efficacy theory of behavioral change: Foundations, conceptual issues, and therapeutic implications. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 349-383). Washington, DC: American Psychological Association.

- Cervone, D. y Williams, S.L. (1992). Social cognitive theory and personality. En G. Caprara y G.L. Van Heck (Eds.), *Modern personality psychology: Critical reviews and new directions* (pp. 200-252). Nueva York: Harvester Wheatsheaf.
- 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.
- Cruzado, J.A. (1993). Técnicas de modelado. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 594-626). Madrid: Siglo XXI.
- Díaz, M.I., Comeche, M.I. y Vallejo, M.I. (1993). *Técnicas de autocontrol*. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 577-593). Madrid: Pirámide.
- Digman, J.M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, *41*, 417-440.
- Donovan, J.E. (1996). Problem-behavior theory and the explanation of adolescent marijuana use. *Journal of Drug Issues*, *26*, 379-404.
- Donovan, J.E., Jessor, R. y Costa, F.M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: A replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 762-765.
- Donovan, J.E., Jessor, R. y Costa, F.M. (1991). Adolescent health behavior and conventionality-unconventionality: An extension of problem-behavior theory. *Health Psychology*, *10*, 52-61.
- Elliott, D.S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S.G. Millstein, A.C. Peterson y E.O. Nightengale (Eds.), *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century* (pp. 119-145). Nueva York: Oxford University Press.
- Flay, B.R., D'Avernas, J.R., Best, J.A., Kersell, M.W. y Ryan, K.B. (1983). Cigarette smoking: Why young people do it and ways of preventing it. En P.M. Grath y P. Firestone (Eds.), *Pediatric and adolescent behavioral medicine*. Nueva York: Springer.
- Flay, B.R. y Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, *4*, 19-44.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, *112*, 64-105.
- Hawkins, J.D. y Weis, J.G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, *6*, 73-97.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, *12*, 597-605.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D.E. Rogers y E. Ginzburg (Eds.), *Adolescent at risk: Medical and social perspectives* (pp. 19-34). Boulder, CO: Westview Press.
- Jessor, R. (1993a). Psychosocial issues in drug policies: Implications for the legalization debate. En G. Edwards, J. Strang y J. H. Jaffe (Eds.), *Drugs, alcohol, and tobacco: Making the science and policy connections* (pp. 319-325). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Jessor, R. (1993b). Successful adolescent development among youth in high-risk setting. *American Psychologist*, *48*,

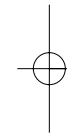
- 117-126.
- Jessor, R., Donovan, J.E. y Costa, F. (1992). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academic Press.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1978). Theory testing in longitudinal research on marijuana use. En D.B. Kandel (Ed.), *Longitudinal research on drug use*. Washington, DC: Hemisphere.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1980). A social-psychological framework for studying drug use. En Lettieri, D.J., Sayers, M. y Pearson, H.W. (Eds.), *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives* (pp. 102-109). Rockville, MD: NIDA.
- Jessor, R., Turbin, M.S. y Costa, F.M. (1997). Predicting developmental change in risky driving: The transition to young adulthood. *Applied Developmental Science, 1*, 4-16.
- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F.M. y Turbin, M.S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology, 31*, 923-933.
- Kanfer, F. (1978a). Autocontrol: una excursión behaviorista a la boca del lobo. *Revista de Psicología General y Aplicada, 153*, 635-655.
- Kanfer, F. (1978b). Las múltiples caras del autocontrol. *Análisis y Modificación de Conducta, 45*, 11-61.
- Kanfer, F. (1987). Métodos de autogestión. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia* (pp. 411-476). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues, 262*, 345-377.
- Karoly, P. y Kanfer, F.H. (1982). *Self-management and behavior change. From theory to practice*. Nueva York: Pergamon Press.
- Kavanag, D.J. y Bower, G.H. (1985). Mood and self-efficacy: Impact of joy and sadness on perceived capabilities. *Cognitive Therapy and Research, 9*, 507-525.
- Kornhauser, R.R. (1978). *Social sources of delinquency: An appraisal of analytic models*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Krohn, M.D., Lizotte, A.J., Thornberry, T.P., Smith, C. y McDowall, D. (1996). Reciprocal causal relationships among drug use, peers, and beliefs: A five-wave panel model. *Journal of Drug Issues, 26*, 405-428.
- Loeber, R. y LeBlanc, M. (1990). Toward a developmental criminology. En M. Tonry y N. Morris (Eds.), *Crime and justice: An annual review* (vol. 12, pp. 373-473). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.
- Matsueda, R.L. (1988). The current state of differential association theory. *Crime and Delinquency, 34*, 277-306.
- Mayor, J. y Labrador, F.J. (1984). Fundamentos teóricos y metodológicos de la modificación de conducta. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta* (pp. 9-92). Madrid: Alhambra.
- McCrary, B.S. y Langenbucher, J.W. (1996). Alcohol treatment and health care system reform. *Archives of General Psychiatry, 53*, 737-746.
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Ortigosa, J. (1998). Técnicas de modelado. En J.R. Olivares y F.X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 193-224). Madrid: Biblioteca Nueva

- Perry, M.A. y Furukawa, M.J. (1987). Métodos de modelado. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia* (pp. 167-215). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Petratis, 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.
- Rosenthal, T.L. y Steffek, T.A. (1991). Modeling methods. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change. A textbook of methods* (4th ed., pp. 70-121). Nueva York: Academic Press.
- Rotgers, F. (1988). Social-learning theory, philosophy of science, and the identity of behavior therapy. En D.B. Fishman, F. Rotgers y C.M. Franks (Eds.), *Paradigms in behavior therapy. Present and promise* (pp. 187-210). Nueva York: Springer.
- Santacreu, J. y Froján, M.X. (1992). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (II). *Revista Española de Drogodependencias, 17*, 253-268.
- Santacreu, J., Froján, M.X. y Hernández, J.A. (1991). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I). *Revista Española de Drogodependencias, 16*, 201- 215.
- Santacreu, J., Froján, M.X. y Hernández, J.A. (1992). Modelo de génesis del consumo de drogas: Formulación y verificación empírica. *Análisis y Modificación de Conducta, 18*, 781- 804.
- Santacreu, J., Zaccagnini, J.L. y Márquez, M.O. (1992). *El problema de "la droga". Un análisis desde la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.
- Schippers, G.M. (1991). Introduction. En G.M. Schippers, S.M.M. Lammers y C.P.D.R. Schaap (Eds.), *Contributions to the psychology of addiction* (pp. 7-14). Amsterdam, Holanda: Swets & Zeitlinger.
- Schlegel, R.P., D'Avernas, M., Zanna, D., DiTecco, D. y Manske, S.R. (1987). Predicting alcohol use in young adult males: A comparison of the Fishbein-Ajzen model and Jessor's problem behavior theory. *Drugs & Society, 1*, 7-24.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: McMillan (trad. cast.: Barcelona, Fontanella, 1969).
- Stock, J. y Cervone, D. (1990). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology, 5*, 207-232.
- Thoresen, C.E. y Mahoney, M. (1981). *Autocontrol de la conducta*. México: Fondo de Cultura Económica (original 1974)
- Thornberry, T.P. (1987). Toward an interactional theory of delinquency. *Criminology, 25*, 863-891.
- Thornberry, T.P. (1996). Empirical support for interactional theory: A review of the literature. En J.D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime: Current theories* (pp. 198-235). Nueva York: Cambridge University Press.
- Thornberry, T.P., Lizotte, A.J., Krohn, M.D., Farnworth, M. y Jang, S.J. (1991). Testing interactional theory: An examination of reciprocal causal relationships among family, school, and delinquency. *Journal of Criminal Law and Criminology, 82*, 3-35.
- Thornberry, T.P., Lizotte, A.J., Krohn, M.D., Farnworth, M. y Jang, S.J. (1994). Delinquent peers, beliefs, and delinquent behavior: A longitudinal test of interactional theory. *Criminology, 32*, 601-637.
- Wilson, G.T. (1988). Alcohol use and abuse: A social learning analysis. En C.G. Chaudrom y D.A. Wilkinson (Eds.), *Theories on alcoholism* (pp. 239-287). Toronto: Addiction Research Foundation.
- Wood, R., Bandura, A. y Bailey, T. (1990). Mechanisms governing organizational productivity in complex decision-making environments. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 46*, 181-201.

Capítulo 6

Teorías integrativas para sustancias específicas

1. Alcohol: teoría del aprendizaje social
2. Tabaco: teoría biopsicosocial
3. Marihuana, heroína, cocaína, drogas de síntesis: la inexistencia de teorías específicas
4. Referencias bibliográficas



1. Alcohol: teoría del aprendizaje social

1.1. Principios básicos de la teoría del aprendizaje social sobre el uso y abuso del alcohol

Ya hemos indicado previamente los principios básicos de la teoría del aprendizaje social. La misma ha sido aplicada fundamentalmente al campo del alcoholismo, dado que es donde más se utiliza la misma para presentar una explicación comprensiva de esta conducta. La formulación del aprendizaje social aplicado al alcoholismo queda resumidamente expresada en las siguientes palabras de Marlatt y Gordon (1985): "los teóricos conductuales definen la adicción como un patrón de hábito poderoso, un círculo vicioso adquirido de conducta autodestructiva (tolerancia adquirida mediada en parte por respuestas de condicionamiento clásico compensatorias a los efectos nocivos de la sustancia adictiva) y de reforzamiento operante (tanto el reforzamiento positivo de la subida producida por la droga como el reforzamiento negativo asociado con el uso de la droga como un modo de escapar o evitar los estados físicos y/o mentales disfóricos -incluyendo aquellos asociados con las consecuencias negativas del uso previo de la droga). En términos de considerar solo factores de condicionamiento, un individuo que adquiere un hábito adictivo no es "responsable" de su conducta más que lo es un perro de Pavlov que sería responsable de la salivación cuando escucha el sonido de la campana. Además de los factores de condicionamiento clásico y condicionamiento operante, el uso de drogas en los humanos también está determinado de un modo importante por las expectativas y creencias adquiridas sobre las drogas como un antídoto para la ansiedad y el estrés. El aprendizaje social y los factores de modelado (aprendizaje observacional) también ejercen una importante influencia (ej., uso de droga en el ambiente familiar y con los pares junto con la generalizada representación del uso de drogas en los anuncios y en los medios de comunicación de masas). Justo porque un problema conductual puede ser descrito como un patrón de hábito aprendido ello no implica que la persona se considere responsable de la adquisición del hábito, ni que el individuo sea capaz de ejercer un control voluntario sobre la conducta.

Es importante notar, sin embargo, que incluso cuando un hábito particular de un individuo ha sido formado y determinado por las experiencias de aprendizaje pasadas (para las que no se considera responsa-

ble), el proceso de cambiar hábitos implica la participación activa y la responsabilidad de la persona. A través de la implicación en un programa de automanejo en el que el individuo adquiere nuevas habilidades y estrategias cognitivas, los hábitos pueden ser transformados en conductas que están bajo la regulación de procesos mentales superiores implicando toma de decisiones conscientes y responsables. Conforme el individuo recibe un proceso de descondicionamiento, reestructuración cognitiva y adquisición de habilidades, puede comenzar a aceptar una mayor responsabilidades para cambiar la conducta. Esta es la esencia de la aproximación del autocontrol o automanejo: uno puede aprender cómo escapar de las garras de un círculo vicioso de adicción a pesar de cómo el patrón de hábito fue originariamente adquirido" (p. 11-12).

El consumo de alcohol estaría determinado, según la teoría del aprendizaje social por: a) indicios ambientales antecedentes, que pueden a través del condicionamiento clásico, elicitar la urgencia a beber; b) las consecuencias conductuales de beber, que pueden actuar como reforzamiento positivo, reforzamiento negativo o estímulo aversivo; c) el aprendizaje vicario, en el que la persona sirve de modelo de la conducta de beber de otros; d) variables personales, tales como habilidades sociales o competencia en al afrontamiento de conflictos interpersonales; e) procesos autorregulatorios; y, f) factores cognitivos, tales como las expectativas aprendidas.

Pero los efectos del consumo de alcohol varían en las personas, y son una función compleja de diversas influencias psicosociales, como son: la historia de aprendizaje social de la persona, sus cogniciones, tales como sus expectativas o creencias sobre los efectos del alcohol, y la situación física y social en la que el beber ocurre.

Abrams y Niaura (1986) en una extensa revisión de la teoría del aprendizaje social (TAS) aplicada al consumo de alcohol, consideran que esta teoría se asienta en ocho principios básicos:

1) El aprendizaje de beber alcohol es una pauta integral en el desarrollo psicológico y en la socialización dentro de una cultura. Esto es, las conductas de beber, las creencias, actitudes y expectativas juveniles acerca del alcohol se forman fundamentalmente a través de la influencia social, esto es, de la cultura, familia e iguales. Una parte importante del aprendizaje acerca del alcohol tiene lugar antes de que el niño o adolescente pruebe por primera vez el alcohol. El efecto de modelado a través de los padres, hermanos y familiares, personas de su ambiente social y medios de comunicación de masas, permite el efecto de adquisición (aprendizaje y retención) (Perry y Furukawa, 1987). Tal efecto de modelado, a través de las influencias indirectas de actitudes, expectativas, creencias, acciones de otras personas y refuerzo social por beber alcohol van produciendo un aprendizaje para la posterior vida juvenil y adulta. Sin embargo, la TAS apunta que la influencia de los agentes de socialización puede ser necesaria pero no suficiente para explicar el desarrollo del abuso y dependencia del alcohol.

2) Distintos factores de predisposición (diferencias individuales) pueden interactuar con la influencia de los agentes de socialización y con las situaciones, cara a determinar los patrones iniciales de consumo de alcohol. Las diferencias individuales pueden ser de naturaleza biológica y/o psicológica. Pueden ser here-

ditarias o adquiridas. Así, factores genéticos y/o farmacológicos pueden incrementar el riesgo del abuso de alcohol en la vulnerabilidad de los individuos. Los factores psicosociales incluyen déficit o exceso de habilidades; ej., incompetencia social o dificultad para manejar estados emocionales negativos. La ausencia de modelos de bebedores normales o la presencia de modelos que abusan del alcohol también pueden resultar en un alto riesgo para el abuso del alcohol.

3) Las experiencias directas con el alcohol se ven incrementadas en importancia conforme el desarrollo y experimentación con el alcohol continúa. Se considera que el uso continuo del alcohol está reforzado negativamente por factores tales como la reducción de la tensión o del estrés, y reforzado positivamente por factores tales como sus propiedades euforizantes, lo que ayuda a mejorar las interacciones sociales. Tales efectos no actúan por sí solos, sino que están mediados de modo importante por expectativas aprendidas socialmente.

4) Cuando un factor o varios de los factores predisponentes, que varían de individuo a individuo, interactúan en una demanda situacional en la que el individuo siente que no puede hacer frente a la misma de modo efectivo, la percepción que tiene de su eficacia es baja y aquí puede ocurrir que se de un episodio de uso abusivo de alcohol, en vez de un uso normal de alcohol.

Una vez que el individuo ha aprendido que el consumo de alcohol le proporciona al menos un método de afrontamiento a corto plazo (expectativa de resultado positiva) cuando está ante una situación a la que no es capaz de hacer frente, consigue aliviar las consecuencias de la misma. Y, con ello, la probabilidad de que continúe utilizando de modo abusivo el alcohol se incrementa, a menos que sea capaz de desarrollar habilidades de afrontamiento alternativas y más adaptativas socialmente. Además, dar esta respuesta de afrontamiento ante situaciones que son un desafío para el individuo, lleva a considerar que su eficacia personal es baja en tal situación y a dejar de buscar o de realizar esfuerzos de afrontamientos alternativos y más adaptativos.

A través de las expectativas aprendidas del modo anterior, o a través de la experiencia directa, o a través de una combinación de ambas, el individuo espera un resultado deseado con su consumo abusivo de alcohol. Pero su consumo de alcohol tenderá a continuar, dado que: los estresores ambientales a los que se enfrenta exceden su capacidad de afrontamiento ante los mismos; tiene una baja autoeficacia para las conductas de afrontamiento alternativas a beber; tiene expectativas de alto resultado de que el alcohol le producirá los resultados deseados, al tiempo que minimiza las consecuencias negativas a corto plazo.

El cuadro anterior se mantendrá dependiendo de la importancia de las demandas ambientales que se le van presentando al individuo, de la disponibilidad de alcohol y del número de habilidades de afrontamiento alternativas que posea. En el bebedor normal se asume que el individuo tiene un adecuado autocontrol y es por ello capaz de demorar la gratificación, con lo que puede poner en marcha estrategias de afrontamiento alternativas, aunque no siempre sean a corto plazo o inmediatas sino retrasadas o a largo plazo.

5) Si el consumo de alcohol continúa, la tolerancia adquirida a las propiedades directas del reforzamiento (ej., efectos de reducción del estrés), actuará produciendo un incremento en la cantidad de alcohol ingeri-

da, para obtener los mismos efectos que producía al comienzo del abuso del alcohol una dosis menor. Sobre este aspecto la TAS sostiene en este punto que la tolerancia adquirida a los efectos reforzantes directos del alcohol puede actuar como un mediador secundario de un mayor consumo de alcohol y también puede estar en parte determinado por factores hereditarios.

6) Si el nivel de consumo de alcohol aumenta y el consumo está sostenido a través del tiempo, el riesgo de desarrollar dependencia física y/o psicológica se incrementa. Aquí el consumo de alcohol puede estar reforzado negativamente por la evitación de los síntomas de abstinencia asociados con períodos agudos de abstinencia del alcohol. La dependencia psicológica también puede motivar el abuso del alcohol. En este caso el individuo confía cada vez más en el alcohol como el único modo de afrontar sus problemas psicosociales, tales como cambios de humor severos, ansiedad social y déficits de habilidades sociales. También indicios ambientales, especialmente la vista y el olor del alcohol, pueden producir demandas ambientales, al hacerse estímulos que resultan en una forma de deseo (*craving*) que se experimenta cognitivamente por parte del individuo como un fuerte deseo o urgencia a beber.

7) El abuso del alcohol no resulta, sin embargo, sólo de variables biológicas, del ambiente próximo y de variables psicológicas. También ocurre que cada episodio de abuso del alcohol tiene consecuencias recíprocas tanto individuales como sociales que pueden incrementar el consumo de alcohol si se incrementa el estrés o a través de las distintas interacciones persona-ambiente. En esta sucesión el individuo se hace cada vez más dependiente del alcohol para lograr resultados positivos a corto plazo (euforia, mejor interacción social, reducción de la tensión). Por otra parte, la conducta del individuo cada vez le tiene más y más consecuencias a largo plazo de tipo personal y ambiental sumamente negativas. Como es bien sabido, la conducta de beber repetidamente resulta a menudo en consecuencias sociales indeseables, tales como expresión agresiva, cambios de humor, pérdida de trabajo, divorcio y una espiral hacia abajo que le lleva al paulatino aislamiento de la sociedad y de los reforzadores alternativos. El bebedor problema severo o el alcohólico está o solo o con pobres modelos a quien imitar, aparte de tener cada vez más limitada su búsqueda de métodos de afrontamiento alternativos.

La TAS sostiene en este aspecto que el determinismo recíproco predice que la reacción de otros en el ambiente (evitar al alcohólico) también resulta en un incremento del estrés, pérdida de apoyo social y un adicional descenso en la autoeficacia y en la capacidad de afrontamiento. Entonces, la pérdida de apoyo social conduce a un incremento de la dificultad de afrontamiento con los estresores ambientales que, además, resulta en incrementar la bebida que lleva a un alivio a corto plazo pero con una pérdida de apoyo social, y así sucesivamente. De este modo se produce un círculo vicioso de interacciones negativas persona-ambiente. Las consecuencias negativas están recíprocamente mantenidas hasta que se llega a un punto de crisis o bien hasta que intervienen elementos sociales ajenos a él, como la policía, el hospital, etc. Por lo que llevamos visto hasta aquí, la TAS explica el poderoso proceso de "pérdida de control" sin tener que recurrir a un modelo de enfermedad biológica.

8) La influencia de varios factores sociales, situacionales o intraindividuales del consumo de alcohol variará tanto entre individuos como dentro de cada individuo a lo largo del tiempo. La influencia de cualquier factor o combinación de factores es también aplicable al rango del consumo de alcohol, desde la abstinencia al beber social controlado, desde el bebedor episódico problema al alcohólico dependiente. Entonces, se asume que no es necesario una combinación de factores requeridos para producir un bebedor problema o bebedor alcohólico (esto es, sin personalidad alcohólica, simples marcadores genéticos o estresores ambientales), y no una inexorable progresión a través de “etapas” de alcoholismo claramente diferenciadas. Por otra parte, se asume que hay múltiples caminos biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación del alcohol, sujetos a los mismos principios del aprendizaje social.

9) La recuperación dependerá de la habilidad individual para elegir explorar modos alternativos de afrontamiento. Se precisan tanto habilidades de afrontamiento generales requeridas para la vida diaria como habilidades de autocontrol específicas para manejar la bebida. A través de la práctica directa, persuasión verbal, modelado y abordaje fisiológico, el individuo puede adquirir exitosas y prácticas habilidades interpersonales e intrapersonales alternativas para desarrollar niveles bastante altos de autoeficacia para resistir las demandas de la situación. El individuo puede, además, ser más autoreflexivo para identificar los potenciales ambientes de riesgo (ej., en una fiesta) o antecedentes personales de beber (ej., humor negativo). Los individuos pueden adquirir las habilidades autorregulatorias y habilidades de demora de la gratificación que permitirán una mejor toma de decisiones acerca del uso del alcohol. Expectativas muy positivas sobre las consecuencias del uso del alcohol serán reemplazadas por un grupo de expectativas más balanceadas incluyendo las consecuencias negativas a largo plazo. Aquellos con problemas particularmente severos de bebida, y con factores de riesgo predisponentes, deben tomar la decisión de abstenerse totalmente de beber. Otros individuos pueden tener breves episodios de beber problema. Algunos pueden ser capaces de llevar a cabo el beber controlado (Sobell y Sobell, 1993).

1.2. El proceso de iniciación y mantenimiento del uso y abuso del alcohol

En la iniciación del uso del alcohol hay tres tipos de influencias directas importantes: la influencia de la familia y de los pares, la influencia de modelos y el desarrollo de experiencias relacionadas con el alcohol. La influencia de la familia es clara al ser el alcohol una droga permitida socialmente. Es en el seno familiar donde habitualmente los niños se inician en el consumo del alcohol y cada sociedad tiene unos peculiares usos sancionados acerca de en qué momento se empieza a beber y cómo se puede beber de un modo social. Una parte de este modo social de beber, en nuestra actual sociedad, va a llevar a un beber abusivo.

En un segundo momento son los pares o grupos de iguales los que van a tener más importancia que la familia en el proceso de socialización y de aprendizaje de las normas sociales. Ambos, la familia y el grupo de iguales, van creando en el niño o adolescente actitudes, costumbres, ideas y valores hacia el alcohol que lo van a marcar de modo importante para su futuro consumo de alcohol. Revisiones como la de O’Leary, O’Leary y Donovan (1976) han demostrado que el mejor predictor de los hábitos de consumo de alcohol en adolescentes son las actitudes y conductas de los padres hacia el alcohol.

La influencia de los modelos tiene gran relevancia en nuestra sociedad, ya que los medios de comunicación de masas sugieren modelos deseables y modelos indeseables. En el caso del alcohol el modelo que se sugiere es el del consumidor de alcohol. Por ejemplo en la televisión, en el cine y en la publicidad, la idea que se extrae de las imágenes relacionadas con el alcohol es que éste permite interaccionar mejor con la gente, reduce el estrés social, lleva a un estado de bienestar físico y psicológico, facilita superar las crisis, etc.

Finalmente, la persona aprende cómo actuar con el alcohol, junto a los factores anteriores, con sus experiencias directas con el alcohol. Es evidente que la influencia directa con el alcohol no siempre tiene que ser el factor más importante acerca del futuro uso y abuso del alcohol. Más bien son los factores previos los que van a incidir de modo muy importante en la experiencia directa con el alcohol. Los factores previos crean expectativas acerca del alcohol que se van a cotejar con la situación real de bebida. Las primeras expectativas sobre el alcohol, formadas en el medio familiar y en el grupo de pares, y luego reforzadas por los medios de comunicación de masas, va a incidir de modo directo con la experiencia con el alcohol.

Los anteriores factores, reforzados interna y externamente y mediados por expectativas, tienen gran importancia en la adquisición y luego en el posterior mantenimiento de la conducta de beber. Así las expectativas de resultado positivas acerca de los efectos del alcohol pueden ser un importante factor en el posterior abuso del alcohol, especialmente si se utiliza como una estrategia de afrontamiento ante los problemas cotidianos, como reductor de la tensión, para el incremento del placer social, etc.

Conforme la persona va teniendo más experiencias con el alcohol puede hacer frente a las situaciones y afrontarlas sin alcohol, con estrategias de afrontamiento adecuadas y satisfactorias, o bien beber alcohol u otras sustancias. Conforme vaya utilizando el alcohol como una estrategia de afrontamiento, más difícil le va a resultar buscar estrategias de afrontamiento alternativas en donde no esté presente el alcohol.

El déficit en habilidades sociales para afrontar las situaciones cotidianas que se nos van presentando es el factor que explica en un momento del tiempo el abuso del alcohol. Una habilidad social adecuada posibilita descender el nivel de ansiedad que puede estar presente en situaciones interpersonales y sociales (O’Leary, O’Leary y Donovan, 1976). Su carencia incrementa la ansiedad social e impide dar una respuesta adaptativa. Si el individuo no la tiene puede beber para encontrar en la bebida esa respuesta si en el pasado ha encontrado que bebiendo se le alivia el estrés a corto plazo. Si esto se va repitiendo a lo largo del tiempo el déficit en habilidades sociales puede ser crónico y el abuso de alcohol incrementarse hasta hacerse crónico.

1.3. La situación de bebida

La persona bebe en un momento concreto en función de su pasada historia de aprendizaje social. Para evaluar este aspecto el análisis conductual o evaluación conductual de su conducta problema nos permitirá delimitar los factores antecedentes y consecuentes de la misma. Algunos de los antecedentes más importantes para beber son las situaciones ambientales, las creencias y expectativas, el repertorio de habilidades de afrontamiento generales y específicas acerca del alcohol y el estado actual tanto fisiológico como cognitivo y emocional de la persona en el momento de beber. Las consecuencias de beber se pueden agrupar en los efectos reforzantes del alcohol y en los castigos (o penalizaciones) que el mismo acarrea.

Para la teoría del aprendizaje social son, sin embargo, los factores cognitivos los que modulan todas las interacciones persona-ambiente. Por ello la decisión última, de beber o no, está en función de las expectativas de autoeficacia y de resultado que tiene la persona en el contexto situacional en que se encuentra. Una cuestión importante es por qué los alcohólicos continúan bebiendo a pesar de las serias consecuencias negativas para su salud física, bienestar psicológico y funcionamiento social. Otra es por qué después de un periodo de abstinencia vuelven a un beber peligroso (Wilson, 1988). La teoría del aprendizaje social lo explica a través de dos conceptos: el deseo (*craving*) y la pérdida de control.

En suma, la teoría del aprendizaje social nos permite explicar por qué las personas consumen o no alcohol, y los modelos que se proponen suelen partir de la misma en muchos casos (ej., Secades, 1996). También permite explicar por qué las personas pasan del uso, al abuso y a la dependencia y a cómo pueden dejar de beber (Echeburúa, 1996). Todo ello permite ver la clara utilidad de la misma.

2. Tabaco: teoría biopsicosocial

Fumar cigarrillos es la adicción que produce en España, como en el resto de los países desarrollados el mayor nivel de mortalidad, cifrándose en 46.000 muertes prematuras las producidas anualmente en España (Banegas y González, 1998). Por suerte, actualmente disponemos de gran cantidad de información sobre esta conducta, fumar, que es producida por una droga llamada nicotina (Becoña, 1998). Hoy sabemos que el fumador pasa a lo largo de una serie de estadios (Prochaska y Prochaska, 1993) o fases: la adquisición, esto es, la prueba inicial y experimentación con el tabaco, cigarrillos en nuestro medio mayoritariamente; la consolidación del consumo o fumador regular; el abandono del tabaco, pasando a ser ex-fumador, y la posterior recaída y/o mantenimiento.

Aunque la conducta de fumar es compleja, hay acuerdo de que los principales factores que permiten analizar los determinantes de fumar son (U.S.D.H.H.S., 1988, 1989, 1994): 1) los procesos farmacológicos y

de condicionamiento. Estos son los factores básicos que interactúan para mantener la conducta de fumar, ya que hay clara evidencia de que ambos factores se relacionan entre sí para producir la adicción. 2) Procesos cognitivos y de toma de decisiones. Las etapas de fumar reflejan la valoración que una persona se tiene de sí misma, de las experiencias sociales y de la información, tal como la que se presenta en campañas para que la gente deje de fumar. El modo en que las personas procesan esa información y toman decisiones sobre fumar o no fumar es de gran importancia en este proceso y un gran número de investigaciones recientes van en esta línea. Y, 3) características personales (las demográficas y las de personalidad) y el contexto social, incluyendo las influencias del ambiente social, cultural y económico. A continuación, como ya hemos expuesto en otros lugares (ej., Becoña, 1994; Becoña et al., 1994) presentamos un modelo explicativo de la conducta de fumar, desde una perspectiva bio-psico-social, siendo la perspectiva que permite integrar hoy toda la amplia información que disponemos para explicar adecuadamente esta compleja conducta. Esto lo hacemos para la etapa de adquisición y consolidación o adicción. En otras publicaciones puede verse la de abandono (Becoña y Vázquez, 1998b).

2.1. La adquisición: prueba inicial y experimentación con el tabaco

En función de los estudios y evidencia existente hasta la actualidad nosotros consideramos que existen ocho factores implicados en la adquisición de la conducta de fumar; esto es, de la prueba inicial del tabaco y la posterior experimentación con el mismo, antes de pasar a ser un fumador regular. Estos los indicamos en la tabla 31.

La mayoría de ellos son factores previos que van a llevar a la prueba inicial de un cigarrillo y, en muchos casos, a posteriores pruebas de otros cigarrillos. El conocimiento de los mismos es sumamente importante para intervenir sobre ellos y evitar que muchos jóvenes entren en la cadena del consumo regular. El primer factor es el de predisposición. Aquí incluimos en primer lugar las normas y valores de la familia y de los pares sobre fumar. Hay pruebas evidentes de la relación entre que los padres fumen y que los hijos con más probabilidad fumen. La influencia de los pares es clara en la adolescencia, aunque la relación con un determinado tipo de pares se relaciona con otras variables que vamos a ir comentando a continuación (ej., clase social, edad, sexo, etc.).

Otro factor de predisposición son los de tipo personal. Aquí se ha encontrado que la inclinación hacia conductas problema, tal como incumplimiento de reglas en la escuela, delincuencia, edad de la primera relación sexual, uso de anticonceptivos inadecuados, bajos niveles de obediencia dentro de la familia, bajos niveles de responsabilidad, inconventionalismo, impulsividad, bajo rendimiento académico, falta a la escuela, rebeldía y previo uso de alcohol y de otras sustancias (U.S.D.H.H.S., 1989), están relacionados con el inicio en el consumo de tabaco. Junto a esto siempre se ha apuntado que muchos chicos fuman

como elemento de anticipación de la adultez, es decir “para ser hombres” y, las mujeres, cada vez más, para ser iguales que ellos. Por ello hay una covariación entre todas estas conductas.

Tabla 31. Factores implicados en la adquisición (prueba inicial y experimentación) con el tabaco.

-
1. Factores de predisposición
 - 1.1. Normas y valores de la familia y de los pares sobre fumar
 - 1.2. Personales
 - Inclinación hacia conductas problema
 - Anticipación de la adultez
 - Extraversión
 - Creencias tabaco-salud
 - 1.3. Sociales: aceptación social del consumo
 2. Características sociodemográficas
 - 2.1. Sexo
 - 2.2. Edad
 - 2.3. Clase social
 - 2.4. Ocupación
 - 2.5. Estudios
 3. Disponibilidad
 4. Coste económico
 5. Publicidad y presión social al consumo
 6. Factores cognitivos y de expectativa ante los cigarrillos
 7. Carencia de estrategias adecuadas de afrontamiento ante el aburrimiento y el control del peso corporal
 8. Efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarrillos
 - 8.1. Efectos psicofarmacológicos de la nicotina
 - 8.2. Factores de reforzamiento
-

Fuente: Becoña (1994); Becoña et al. (1994).

Una variable de personalidad que sí ha surgido en distintos estudios como predictora del consumo de cigarrillos es la de extraversión. El estudio de Cherry y Kiernan (1976, 1978) ha encontrado que la extraversión y el neuroticismo medidos a los 16 años estaba positivamente relacionada con el estatus de fumar a los 25 años, llegando a sugerir una relación causal, yendo más lejos Eysenck (1991) quién sugiere una predisposición constitucional para fumar.

Otro importante factor personal son las creencias tabaco-salud/enfermedad que tiene una persona para

realizar o no esa conducta. En Estados Unidos hay evidencia de que sí tienen impacto en los jóvenes las campañas sobre las consecuencias del tabaco en la salud, y distintos estudios han mostrado que un tercio de los jóvenes aducían como razón para rechazar los cigarrillos el miedo que tenían a las consecuencias en su salud, junto con la pérdida de atractivo y de rendimiento físico (ej., Friedman, Lichtenstein y Biglan, 1985). En nuestro país la situación es semejante (Becoña, 1986). En cambio, los que fuman suelen infravalorar los riesgos para la salud o incluso negarlos (U.S.D.H.H.S., 1989), al tiempo que sobrestiman el número de fumadores que existen (Leventhal, Glynn y Fleming, 1987).

Otro importante factor de predisposición es el que hemos denominado social; esto es, la aceptación social del consumo. Como droga que es la nicotina que contiene el tabaco, su valoración es distinta a las drogas ilegales. Personas importantes salen fumando en los medios de comunicación, la gente fuma en la calle y en los lugares más inverosímiles, las compañías tabaqueras promocionan el deporte que se asocia a lo saludable, etc. Esto crea en la mayoría de las personas la idea de la doble moral: se intenta prohibir y controlar por un lado y sacar dinero a través de los impuestos por otro.

Junto a los factores de predisposición, que facilitan el poder comenzar a consumir, están las características sociodemográficas que se relacionan con el primer consumo, tales como el sexo, la edad, la clase social, la ocupación y los estudios. Actualmente fuman más hombres que mujeres en la población general. Estas entran en el consumo de cigarrillos conforme la sociedad llega a un cierto nivel de desarrollo industrial y se incorporan al mercado laboral. La igualdad de derechos pasa por la igualdad de consumos. Actualmente en España se ha equiparado en los jóvenes el consumo de tabaco entre hombres y mujeres, por lo que dentro de unas décadas la actual diferencia de sexo que hay al considerar al total de las personas que fuman por sexos desaparecerá.

La edad es un importante factor relacionado con el consumo. Habitualmente las primeras pruebas de los cigarrillos se producen a los 12 años. En torno a los 16 años muchos se convierten en fumadores regulares. A partir de los 21 años la probabilidad de que una persona comience a fumar es baja.

La clase social es un importante factor relacionado con el consumo, y especialmente con los primeros consumos. En un país suele introducirse la costumbre de fumar en la clase alta como elemento de distinción social. Luego, el consumo de tabaco se extiende al resto de las clases. Y, al final, la clase alta y la media van dejando de fumar quedando solo como fumadores la clase baja. Este cuadro se ha ido repitiendo en todos los países industrializados y aquí tenemos evidencia de que está ocurriendo lo mismo (Becoña y Vázquez, 1998b). Algo semejante ocurre con la ocupación, aunque este hecho en adolescentes se relaciona con la entrada temprana o más tardía en el mercado laboral. Dado que las clases trabajadoras fuman más, y en ellas el número de modelos para fumar es mayor, se incrementa la probabilidad de que un joven trabajador fume más tempranamente y en mayor cantidad.

Otro factor de gran importancia en la adquisición de la conducta de fumar es la disponibilidad. Claramente si no existiese a la venta en cualquier estanco, bar, vendedores ambulantes, máquinas expendedoras

automáticas, etc., cigarrillos, el número de fumadores de la población sería mucho menor, semejante al de las otras drogas ilegales. Además, esta disponibilidad se relaciona con otro factor que facilita la adquisición: el bajo coste económico del tabaco y los canales de distribución de cigarrillos sueltos para adolescentes. Fumar cigarrillos es muy barato. Con un coste entre 200 y 350 pts. para la mayoría de las marcas de cigarrillos, resulta que cada cigarrillo cuesta entre 10 y 35 pesetas.

La publicidad y la presión social al consumo facilitan el conocer el producto, identificarse con lo que rodea al mismo y crear la conciencia de que fumar es normal. El fenómeno publicitario ha llegado a tal nivel que en Estados Unidos el estudio llevado a cabo por Fischer, Schwartz, Richards et al. (1991) ha mostrado como los niños norteamericanos de 3 a 6 años reconocen mayoritariamente el logotipo de Mike Mouse, y que de igual modo tienen un alto grado de reconocimiento del logotipo del camello de Camel ("Old Joe", el viejo Joe) de tal modo que a los 6 años lo reconocen el 90% de los niños, lo que muestra el gran impacto que está teniendo la publicidad del tabaco en niños de tan corta edad.

En los últimos años han cobrado gran relevancia los factores cognitivos; esto es, el modo en que procesamos la información que recibimos por los sentidos, categorizamos y organizamos la misma. En el tabaco hoy se considera que los efectos cognitivos, las expectativas y la toma de decisiones juegan un papel destacado, junto a otros factores, para el comienzo, consolidación y abandono del consumo de tabaco. Un fenómeno común en adolescentes es la sobreestimación que hacen del número de personas que fuman a su alrededor, la infraestimación de las actitudes negativas de sus iguales y la minimización de la naturaleza adictiva de fumar (Becoña et al., 1994).

Otro factor que ha surgido sistemáticamente en varios estudios, para llevar a cabo la prueba inicial y la experimentación con el tabaco, es la carencia de adecuadas habilidades de afrontamiento para no aburrirse o para controlar el peso corporal. Fumando es posible eliminar momentáneamente el aburrimiento y, al hacerse regular esa conducta de fumar, el aburrimiento desaparece al realizar la actividad de fumar (U.S.D.H.H.S., 1989). Más clara es la relación entre fumar y control del peso. Estudios como los de Charlton (1984) han mostrado claramente, y especialmente en mujeres, que éstas saben que fumando pueden regular su peso corporal. Dada la gran importancia que tiene en nuestra sociedad actual, y especialmente en la adolescencia, el control del peso, el tabaco es una estrategia sencilla, barata, cómoda y eficaz para controlar el peso. Además, es un factor positivamente relacionado con la posterior recaída, si el motivo de comenzar a fumar ha sido para controlar el peso (Becoña y Vázquez, 1998a).

Finalmente, dados varios de los anteriores factores, se produce el hecho del consumo de tabaco. Cuando una persona prueba su primer cigarrillos siente efectos molestos tales como tos, mareos, náuseas, malestar, sequedad, etc. Esta primera prueba se considera hoy muy importante, dado que se ha encontrado que aquellas personas que se marean con el primer cigarrillo es más probable que vuelvan a probar otro y ser luego fumadores respecto a aquellos que tienen toses, dolores o molestias de garganta (Hirschman, Leventhal y Glynn, 1984) y náuseas (Pomerleau y Pomerleau, 1989), los cuales no continúan experimen-

tando o llegan con menos probabilidad a ser fumadores (Hirschman, Leventhal y Glynn, 1984). El que esta prueba lleve a otras pruebas se debe a dos factores básicos: a los efectos psicofarmacológicos de la nicotina y a los factores de reforzamiento.

La nicotina es la droga contenida en el tabaco que produce adicción (U.S.D.H.H.S., 1988). La nicotina se difunde rápidamente por todo el organismo gracias a su facilidad de solubilidad en agua y lípidos. Atraviesa rápidamente la barrera hematoencefálica, en sólo unos segundos desde una inhalación (Pomerleau y Pomerleau, 1989) y cruza con gran facilidad la placenta. Se concentra en el cerebro, la pituitaria y las glándulas suprarrenales. La nicotina tiene un efecto bifásico. A pequeñas dosis actúa como estimulante del SNC que a dosis elevadas se bloquea. Esto es debido a la dualidad de acción del sistema nervioso vegetativo (simpático y parasimpático) (Cabo, 1992; Gold, 1996).

Hay evidencia de que los fumadores ajustan su conducta de fumar para procurar regular o mantener un nivel particular de nicotina en su cuerpo (Nil y Bättig, 1989). Se ha encontrado, por ejemplo, en fumadores habituales, que cuando la disponibilidad de cigarrillos está restringida pueden incrementar la ingestión de nicotina por cigarrillo en un 300%, respecto a las situaciones donde no tenían restricciones.

En la farmacodinámica de la nicotina (relación entre los niveles de nicotina en el cuerpo y sus efectos sobre la conducta y la función fisiológica) dos factores son relevantes para conocer la farmacodinámica de la misma: una relación compleja dosis-respuesta y el nivel de tolerancia a la nicotina. Por lo que atañe a la relación dosis-respuesta, la nicotina, a bajas dosis, produce estimulación ganglionar y, en altas dosis, causa bloqueo ganglionar a continuación de una breve estimulación. Este tipo de efecto es denominado bifásico (U.S.D.H.H.S., 1988). Con altas dosis o administración rápida, la nicotina produce hipotensión y descenso de la tasa cardíaca, mediada por la activación vagal periférica o por los efectos directos depresores centrales.

Con la nicotina se produce el efecto de tolerancia; esto es, después de varias dosis se produce un menor efecto de la droga y hay que incrementar la dosis para conseguir el mismo efecto. Se consideran varios tipos de tolerancia: funcional o farmacodinámica, disposicional o farmacocinética y conductual. La tolerancia funcional o farmacodinámica se refiere a la concentración de una droga particular en un determinado receptor que produce menos efecto que lo hacía después de una exposición previa. La tolerancia disposicional o farmacodinámica se refiere a la eliminación acelerada de la droga como un mecanismo para disminuir el efecto después de repetidas dosis de la droga. La tolerancia conductual se refiere a las conductas compensatorias que reducen el impacto de una droga que afecta adversamente a la ejecución. El número de estudios acerca de la tolerancia a la nicotina son abundantes, concluyendo el informe del Surgeon General de 1988 que el fenómeno de tolerancia se produce con la nicotina. Finalmente, no menos importantes son los factores de condicionamiento relacionados con la nicotina. Las drogas producen efectos que modifican la conducta de cuatro modos distintos: 1) las drogas pueden producir efectos de estimulación interoceptiva; esto es, pueden producir efectos que una persona o animal distingue del esta-

do de no droga; 2) las drogas pueden servir como premios o refuerzos positivos, en las que la presentación produce repetición y fortalecimiento de las conductas que llevan a su presentación, esto es, "autoadministración de la droga", "búsqueda de la droga"; 3) las drogas pueden servir como estímulos incondicionados, en cuyo caso pueden directamente elicitar varias respuestas; estas respuestas pueden subsecuentemente ser elicidadas por los estímulos que están asociados con la droga (estímulos condicionados), incluyendo la presencia de indicios ambientales o internos; y 4) la administración de drogas o la abstinencia pueden también funcionar como "castigo" o estímulo aversivo.

Varias sustancias químicas que actúan principalmente en el tracto respiratorio y no en SNC pueden afectar fumar. La región de la tráquea justamente debajo de la laringe se asume que es un lugar donde algunos cigarrillos fumados se relacionan con sensaciones (Cain, 1980). También los componentes del alquitrán de los cigarrillos y los gases volátiles del humo contribuyen al sabor y a las sensaciones olfativas y traqueobronquiales elicidadas por el humo de los cigarrillos.

El mecanismo bioconductual primario por el que las drogas que producen dependencia mantienen la ingestión de drogas es por su funcionamiento como reforzadores positivos. Esto es, la droga puede servir como estímulo que fortalece la conducta conduciendo a su propia presentación. En animales las conductas de autoadministración de la nicotina son claras, como ocurre con otras drogas psicoactivas, mostrando ser un eficaz reforzador positivo en los mismos (U.S.D.H.H.S., 1988). Para que una droga funcione como un reforzador depende de modo crítico de la dosis de la droga, la exposición previa del sujeto a esa u otras drogas, la historia conductual del sujeto y quizás más importante, las contingencias inmediatas relacionadas con las respuestas y con las inyecciones subsecuentes de las drogas (las contingencias son a menudo referidas como programas de reforzamiento). Los estudios indican claramente que la nicotina es un reforzador efectivo y "parece ser más efectivo como reforzador cuando está disponible intermitentemente y ... los estudios con los antagonistas de la nicotina confirman además que los efectos de la nicotina en el cerebro son necesarios para mantener sus acciones reforzantes" (U.S.D.H.H.S., 1988, p. 192).

Las drogas que producen dependencia, junto a los efectos reforzantes positivos, pueden elicitar también aversión bajo ciertas circunstancias. Los efectos aversivos son un mecanismo adicional por el que las drogas pueden modificar la conducta y pueden ser importantes en el incremento gradual del control que la droga ejerce sobre el individuo. Tales efectos de la nicotina pueden ser importantes en limitar la cantidad total de cigarrillos fumados o incluso en determinar cuando se dejarán los cigarrillos. Así, la nicotina (en altas dosis) puede servir tanto como un castigo para suprimir la conducta conducente a conseguir un reforzador, como un estímulo aversivo o reforzador negativo para mantener la conducta que termina o previene las inyecciones de nicotina.

La nicotina puede funcionar también como un estímulo incondicionado. Dos paradigmas se han utilizado para estudiarlo. Uno ha sido el paradigma de la preferencia del lugar condicionado y el paradigma de aver-

sión, y el otro el paradigma de aversión condicionada al sabor (U.S.D.H.H.S., 1988). Los hallazgos indican, con el primer paradigma, en animales, que la administración de nicotina puede producir respuestas condicionadas, mostrándose así su potencial efecto para controlar la conducta con un proceso básico de aprendizaje, como ha sido en los estudios realizados con el condicionamiento clásico. En los experimentos de aversión al sabor, la presentación del estímulo aversivo después del consumo de una solución de sabor distinto causa el rechazo de la solución cuando es presentada en un tiempo posterior. Se ha encontrado que varias drogas que producen dependencia son efectivas en producir aversión al sabor. Los estudios con la nicotina han mostrado, en animales, que como en otras drogas, produce aversión condicionada al sabor en una manera relacionada con la dosis (U.S.D.H.H.S., 1988). Este efecto aversivo ha sido utilizado a nivel práctico en la técnica de fumar rápido (cfr., Becoña, 1985).

En suma, la nicotina controla fuertemente la conducta, tanto por su alto poder efectivo como reforzador positivo como por la privación de la misma incrementándose así la eficacia reforzante de los cigarrillos. Si periodos prolongados de privación están asociados con un síndrome de abstinencia desagradable, éste puede constituir un adicional mecanismo por el que la eficacia del reforzamiento de la nicotina pueden ser incrementada.

Fumar por tanto es inherentemente reforzante. Además ayuda a los fumadores a regular su humor, a mejorar su rendimiento en tareas de memoria, atención, concentración y aprendizaje. Esta satisfacción inmediata lleva a que la sucesiva repetición de la conducta se incremente a nivel de probabilidad; esto es lo que se llama reforzamiento positivo (Becoña, 1994). Por contra, cuando el fumador tiene los síntomas de la abstinencia de la nicotina, puede superar y evitar los mismos fumando. Esto es, ingiriendo la sustancia anula los efectos desagradables. Esto es a lo que se le llama reforzamiento negativo. El proceso de reforzamiento se amplifica y generaliza mediante la asociación de fumar cigarrillos en distintas situaciones, con distintas personas, lugares, estados emocionales, etc. Esto hace que sea una conducta altamente reforzada.

2.2. La consolidación del consumo: su uso regular

Una vez que se ha producido la fase de adquisición del consumo de cigarrillos en poco tiempo, en la mayoría de los casos, se va a pasar a su uso regular. Esto es, de fumar esporádicamente algún cigarrillo o unos pocos diarios se va a pasar a fumar medio o un paquete de cigarrillos, o incluso más, diariamente. Los factores que permiten el paso de la adquisición al uso regular son en algunos casos los mismos que hemos visto con anterioridad junto con otros nuevos, tal como indicamos esquemáticamente en la tabla 32. Nosotros consideramos cinco factores principales implicados en esta fase: los efectos psicofarmacológicos de la nicotina, las asociaciones condicionadas con fumar, la negación, minimización o despersonalización de las consecuencias del tabaco en la salud, la utilidad del tabaco como herramienta psicológica y la

aceptación, facilitación y potenciación del consumo en el medio del fumador.

Los efectos psicofarmacológicos de la nicotina son claros con el poder reforzante de la misma, a través del reforzamiento positivo y negativo (la evitación de los efectos negativos de la abstinencia). La nicotina tiene un poderoso efecto psicofarmacológico sobre el sistema nervioso central. Se absorbe rápidamente y llega en pocos segundos al cerebro al atravesar la barrera hematoencefálica. Produce efectos eufóricos y sedativos modulados por la dosis, procesos neurohormonales, etc. Además, la ingestión continua de la nicotina, como cualquier otra droga, produce tolerancia, dependencia y síntomas de abstinencia físicos y psicológicos al dejar de fumar.

Tabla 32. Factores implicados en la consolidación (uso regular) del consumo de tabaco.

-
1. Efectos psicofarmacológicos de la nicotina
 - 1.1. Poder reforzante de la nicotina (reforzamiento positivo)
 - 1.2. Evitación de los efectos negativos de la abstinencia (reforzamiento negativo)
 2. Asociaciones condicionadas con fumar
 - 2.1. Situaciones
 - 2.2. Características positivas ante los fumadores y ante fumar
 3. Negación, minimización o despersonalización de las consecuencias del tabaco en la salud
 4. El tabaco como herramienta psicológica
 - 4.1. Reducción del estrés
 - 4.2. Estrategia de afrontamiento
 - 4.3. Control del peso corporal
 5. Aceptación, facilitación y potenciación del consumo en su medio
 - 5.1. Familia, iguales
 - 5.2. Medios de comunicación
 - 5.3. Publicidad
 - 5.4. Figuras de identificación
-

Fuente: Becoña (1994; Becoña et al. (1994).

Dado que la nicotina puede servir tanto para reducir la ansiedad como producir euforia, mejorar la vigilancia para ciertas tareas cognitivas, regular el peso corporal, modular el humor, se convierte en un modo útil de regular la relación del individuo fumador con el ambiente. Este efecto de la nicotina, junto con los factores de aprendizaje hacen que se convierta en una conducta pronto bien asentada.

Junto a los efectos psicofarmacológicos de la nicotina cobra gran importancia las asociaciones condi-

cionadas con fumar. Una vez que la persona ha comenzado a fumar y ha pasado a ser fumador regular no reconoce ciertos datos que son accesibles, en este caso referidos a la salud. Hay una infravaloración de las consecuencias del tabaco en la salud en más de la mitad de los jóvenes y se interpretan sesgadamente los mismos a su favor en el sentido de creer que esos datos no les atañen o que no les van a afectar ni a corto ni a largo plazo. Junto a ello el efecto reforzante del consumo contrarresta estos argumentos.

Una vez que se entra en la cadena del consumo se van descubriendo ventajas al mismo. Los que no entran o no consolidan la primera fase no van a tener esta "oportunidad", oportunidad que va a ser muy costosa a largo plazo. Hoy sabemos que las personas que se hacen fumadores regulares descubren que a través de su consumo de cigarrillos pueden, entre otras razones, reducir el estrés, dado el papel modulador que tiene la nicotina y que aprenden en esas fases iniciales. Conforme avanzan en su dependencia también aprecian que fumar sirve como una estrategia de afrontamiento ante distintas situaciones. Esto refuerza aún más el consumo y van apreciando, en este período, que fumar es "útil", que mediante el mismo se funciona "socialmente mejor" o al menos "subjetivamente mejor". Uno de estos mejores funcionamiento es en el control del peso, especialmente en mujeres. Estas descubren que fumando pueden regular fácilmente su peso corporal. A largo plazo este va a ser un factor problemático para el abandono y favorecedor de la recaída cuando consiguen la abstinencia. Al darse, además, este proceso de consumo de cigarrillos en etapas de gran importancia para el aprendizaje, va a incidir negativamente a largo plazo en la adquisición de otro modo de comer o de enfrentarse a situaciones difícil y "sin cigarrillos".

El último factor que está implicado en la consolidación del consumo es la aceptación, facilitación y potenciación del consumo en el medio del fumador. El adolescente o la adolescente, si sus padres fuman, consigue un día que en su casa pueda también fumar. Ahí se da un rito de pasaje, pasaje que a nivel saludable no se puede desear a nadie. La familia, los iguales, favorecen en muchos casos mantenerse en una conducta de adquisición, pero son en muchos casos los responsables de que la persona pase a ser un fumador regular. Los medios de comunicación, por su parte, centran sus mensajes en estos grupos concretos, ya que es a ellos a quienes les interesa enviar las imágenes y el lenguaje que les permitan identificarse con una marca específica de cigarrillos, al tiempo que procurar utilizar personas o elementos simbólicos relevantes para los jóvenes. Hoy, el patrocinio de campeonatos deportivos, recitales o acontecimientos en donde jóvenes o personas que van a pasar pronto a ser fumadores regulares están presentes, es un claro objetivo de la publicidad de las compañías tabaqueras.

El paso de los consumos iniciales a fumador regular se corresponde con el período de transición de la adolescencia a la vida adulta. Aparecen mayores cotas de libertad y de responsabilidad. Los efectos de los modelos tienen aquí una gran importancia. La publicidad influye en una u otra dirección a los jóvenes. Fumar, por tanto, no es una conducta caprichosa. La gente fuma porque está altamente controlada por la nicotina que contienen los cigarrillos, llevándoles a una utilización compulsiva de los cigarrillos u otros derivados del tabaco. De ahí, que incluso personas cuya vida peligra si no dejan de fumar, pueden seguir

fumando por la fuerte adicción que tienen. Sin embargo la nicotina por sí sola no explica todo el proceso de la conducta de fumar. También están presentes otras variables de tipo psicosocial que permiten en muchos casos la iniciación, el mantenimiento y también el abandono de la conducta de fumar, como en parte ya hemos analizado anteriormente. Una vez que se ha probado un cigarrillo, y si siguen otros, las causas de hacerse un fumador son tanto psicosociales como fisiológicas. Aquí entraría la nicotina en juego, junto con sus consecuencias positivas inmediatas, y la evitación de los efectos negativos de la carencia de nicotina, evitando el síndrome de abstinencia de la misma. Procesos como el de reforzamiento tienen aquí una gran importancia y llevan a que esta conducta se vaya haciendo automática, constante y mantenida tanto en distintas situaciones como a lo largo del intervalo temporal de la vigilia del fumador. Finalmente, son causas psicosociales las que llevan a la persona a plantearse dejar de fumar. Entre las más importantes estarían la salud, el coste del tabaco, el apoyo social, el autodominio, la estética, y el ejemplo de otros.

Desde el punto de vista del comportamiento, fumar es una conducta regulada por sus consecuencias inmediatas. Su elevada capacidad de repetición es el resultado del premio inherente a la conducta. El premio puede ser placentero por sí mismo (reforzamiento positivo) o por evitar la presencia de un estímulo aversivo (reforzamiento negativo). No olvidemos que una vez fumado un cigarrillo se produce casi inmediatamente un pico por efecto de la nicotina en el cerebro, ya que desde que se fuma una bocanada hasta que la nicotina llega al cerebro sólo transcurren siete segundos. Esto hace que cada cigarrillo sea reforzante y el continuo refuerzo a lo largo de meses o años, con la repetición de esa conducta a lo largo de miles de veces y en diversas y variadas situaciones hace que su generalización sea amplia, convirtiéndose en un hábito bien asentado y duradero.

3. Marihuana, heroína, cocaína, drogas de síntesis: la inexistencia de teorías específicas

Mientras que para el alcohol y el tabaco existen teorías y modelos explicativos específicos para el inicio en su consumo, consolidación y adicción, son escasos para las otras sustancias psicoactivas. Además los modelos para el alcohol y el tabaco tienen gran aceptación y en ocasiones se han realizado publicaciones oficiales sobre los mismos (ej., U.S.D.H.H.S., 1994). La situación es distinta en las otras drogas o drogas ilegales, como la marihuana, heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc. Quizás una primera, y buena razón de que ocurra esto, es que el consumo de las drogas ilegales en la población es claramente menor que lo que ocurre con el consumo de alcohol y tabaco. Además, los estudios sobre alcohol y tabaco son claramente superiores a los existentes sobre las otras drogas en los aspectos etiológicos. Algo distinto ocurre en el tratamiento; aunque el mismo se centra de modo importante en las drogas legales, alcohol y tabaco,

también hay una gran cantidad de información, por su relevancia, sobre la heroína.

Dentro de las teorías elaboradas para explicar el consumo de drogas, sin diferenciarse unas de otras, y como hemos visto en los capítulos anteriores, éstas abarcan todas las drogas, desde las legales, alcohol y tabaco, ilegales, fundamentalmente marihuana, junto a la heroína, cocaína y más recientemente drogas de síntesis y alucinógenos, y también los medicamentos con poder psicoactivo. En otros casos las teorías se han hecho más generales y, bajo la rúbrica de conductas desviadas o conductas problema, se incluye el consumo de drogas junto a otras conductas, como las delictivas, agresivas, etc.

El que existan por una parte teorías y modelos explicativos específicos para el alcohol y el tabaco tiene la ventaja de que sobre ellos tenemos una gran información, lo que ha permitido llegar a la elaboración de los mismos. Por otra, el que no existan modelos específicos para las drogas ilegales, que sean aceptados y claros para cada una de las distintas sustancias, muestra la gran complejidad de esta(s) conducta(s) y la dificultad de llegar a una buena teoría o modelo explicativo para cada una de ellas. Las teorías que hemos visto en los capítulos anteriores nos permiten claramente concluir que la diversidad es la norma. Y, esta diversidad no siempre hace fácil la transmisión de conocimientos o la consecución de un consenso, aunque en los últimos años se va más en esta línea, dada la consistencia de los datos empíricos sobre la cuestión de las causas que llevan o no al consumo de las distintas sustancias adictivas, que van ocurriendo a lo largo del tiempo, del período evolutivo de cada persona.

Aún así, se han hecho distintos intentos para explicar el consumo de las distintas sustancias por separado. Kandel, por ejemplo, ha realizado un gran número de estudios para explicar por qué las personas prueban y siguen consumiendo marihuana (ej., Kandel y Davies, 1992), aunque enmarcado dentro de su modelo. Otros autores han hecho intentos semejantes desde sus datos empíricos (ej., Kaplan y Johnson, 1992). Respecto a las drogas de síntesis, un modelo basado en datos empíricos es propuesto por Calafat, Stocco, Mendes et al. (1998). En él se le da un gran peso a la representación social que se tiene sobre las mismas para explicar por qué los jóvenes las consumen. Más extraño es encontrar modelos explicativos sobre el consumo de heroína o cocaína, con la excepción de las explicaciones biológicas simplistas, en el sentido de que parece que todo se debe a la sustancia y al contacto con la misma (consumo), sin apenas tener en cuenta ni al individuo ni a su ambiente, cuando hoy sabemos que la sustancia es un elemento del "problema" pero por sí mismo no es exclusivamente "el problema". A esto contribuye la confusión que se produce cuando desde el tratamiento se proponen modelos explicativos basados en las teorías que sustentan los distintos tratamientos (ej., Thombs, 1994) o, lo que es lo mismo, cuando el problema ya está consolidado, o cuando se proponen técnicas de tratamiento para las distintas drogas derivados de teorías y modelos concretos de tratamiento (ej., Rotgers, Keller y Morgenstein, 1996). Es lógico que los distintos tratamientos tengan una buena teoría subyacente a los mismos y con buena base empírica, ya que ello es la base para el éxito, si es que lo tienen. Pero es curioso que una parte de los tratamientos propuestos no se aplique la base teórica subyacente a los mismos para también explicar específicamente el consumo de las

sustancias. A veces, cuando lo hacen, se quedan en generalidades que en nada sirven para su posterior aplicación preventiva. Parece que, realmente, asumen que una cosa es la adquisición de una conducta y otra su abandono, como realmente es cierto, aunque solo se proponga la explicación para el abandono de la sustancia. Pero con ello no deja de ser un contrasentido que se desdoble la etiología y sus mecanismos explicativos, por un lado, y el tratamiento y su modelo explicativo por otro, como ocurre más frecuentemente de lo que parece. Por suerte, en los últimos años ha habido importantes avances que permiten afirmar que en los próximos años tendremos una idea más clara de esta problemática, lo que redundará no solo en mejorar los tratamientos actuales sino también mejorar los programas preventivos al conocer mejor los factores etiológicos, operativizados recientemente bajo la rúbrica de factores de riesgo y factores de protección.

En la línea de lo que venimos comentando, un ejemplo nos lo proporcionan distintos libros y manuales elaborados sobre la etiología del abuso de drogas. Dos ejemplos pueden ser los de Jones y Battjes (1985) y Rahdert y Czechowicz (1995), ambos publicados por el National Institute on Drug Abuse de Estados Unidos. En el de Jones y Battjes (1985), titulado "Etiología del abuso de drogas. Implicaciones para la prevención", aparecen a lo largo del mismo reflejadas una buena parte de las teorías expuestas en capítulos previos con el desarrollo que tenían a mediados de los años 80. A lo largo de sus capítulos siempre se refieren los autores a las "drogas", no a sustancias específicas. Si se analiza más a fondo el contenido de los mismos volvemos a obtener una conclusión que es bien sabida: aunque se utiliza la palabra genérica de "drogas", mayoritariamente se están refiriendo a las legales, alcohol y tabaco, luego a la marihuana y escasamente a la heroína y cocaína. Más bien se refieren a una constelación que bajo el nombre de "drogas" incluye a todas ellas, las anteriores y a veces también a los psicofármacos con poder adictivo. El problema es que no queda claro el proceso que lleva claramente a unos u otros consumos, aunque también es cierto que en los últimos años se ha avanzado de modo importante en este conocimiento. Al ser la conducta de consumo de drogas ilegales, especialmente la heroína y cocaína, una conducta de menor prevalencia que la de las drogas legales, alcohol y tabaco, con un punto intermedio en la marihuana, hace más difícil estudiar a éstas. Al tiempo son "epidemiológicamente" y "cuantitativamente" menos relevantes que el alcohol y el tabaco, aunque desde una perspectiva social, política, económica, de orden pública y sanitaria mucho más impactantes las drogas ilegales, especialmente la heroína, y fuente de una gran alarma social por los problemas que acarrea en una parte de sus consumidores por la búsqueda de la sustancia, con los relacionados problemas de orden público, delincuencia, sanitarios, personales y familiares, etc. Como Kandel y Yamaguchi (1975) muestran claramente, una vez que se comienza a consumir sustancias psicoactivas, unas se consumen parejas con otras, incluso las ilícitas van parejas con psicofármacos de prescripción, conseguidas de modo legal o ilegal. También como otros investigadores han encontrado, mientras que hay un gran incremento en el consumo de distintas drogas hasta tener una edad de 20 años o poco más de 20 años, a partir de aquí se produce un descenso en el consumo, que por ejemplo Kandel

y Yamaguchi (1975) achacan a un proceso de maduración psicológica y asunción de los roles adultos. El otro libro citado es el de Rahdert y Czechowicz (1995), sobre el abuso de drogas en adolescentes desde la perspectiva de la evaluación y de la intervención terapéutica. En el citado libro aparece un primer capítulo de Newcomb (1995) para enmarcar su contenido dedicado a identificar los jóvenes de alto riesgo para el abuso de drogas. Esto le lleva a plantear un modelo sobre cómo las personas usan y abusan de las mismas, en la adolescencia, basado en los datos de la epidemiología y de lo que se conoce sobre la etiología de su uso y abuso basado en la investigación.

El primer elemento en que se basa Newcomb (1995) es en los factores de riesgo y protección propuestos por Hawkins, Catalano y Miller (1992), que él agrupa en cuatro: cultura y sociedad, interpersonales, psicconductuales y biogénéticos (ver tabla 33). Junto a ellos incluye distintos factores psicológicos y emocionales, como ansiedad, necesidad de excitación, depresión, psicopatología y personalidad antisocial; y factores contextuales, como abuso físico o sexual o eventos vitales estresantes. Y, dado que es el mejor predictor del consumo posterior, la pasada conducta de consumo de drogas. La edad es otro factor importante. A partir de esta sistematización, que presentamos en la tabla 33, Newcomb (1995) revisa varias teorías para enmarcar lo afirmado, añadiendo también la por él propuesta del síndrome de desviación general (ver McGee y Newcomb, 1992), en donde el uso de drogas en un elemento, junto a la conformidad social, orientación académica, implicación sexual y conducta criminal para explicar, en un sentido positivo o negativo, el síndrome de desviación general.

A pesar de todo ello, Newcomb (1995) concluye que "el curso del uso de drogas en jóvenes no está claro y no es completamente conocido debido a las variaciones en las drogas, patrones de uso de drogas, vulnerabilidad biológica y exposición a los factores de riesgo y protección" (p. 31). A su vez afirma que "el tabaco y el alcohol son las drogas más extensamente utilizadas, de las que se abusa y tienen las consecuencias más devastadoras consecuencias para los que tienen más de 10 años de edad. Ellas deberían ocupar el primer lugar de la lista de prioridades para la prevención y el tratamiento" (p. 32). Todo esto viene a decir que el consumo de drogas no está afectado por un simple factor, ni por varios de ellos encadenados, sino por un conjunto amplio de factores que varían de unas personas a otras, lo que hace difícil en contra siempre la consistencia. Y, además, que la clave está más en las drogas legales que en las ilegales para explicar precisamente el consumo de estas últimas.

Tabla 33. Causas del uso y abuso de drogas según Newcomb (1995)

Area	Factor de riesgo
Cultura y sociedad	<ul style="list-style-type: none"> – leyes favorables al uso de drogas – normas sociales favorables al uso de drogas – disponibilidad de drogas

- deprivación económica extrema
- desorganización social en el vecindario

Tabla 33 (continuación)

Interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> - uso de drogas por parte de los padres y la familia - actitudes familiares positivas hacia el uso de drogas - prácticas de manejo familiar pobre o inconsistentes - conflictos y desorganización familiar - rechazo de los iguales - asociación con iguales que consumen drogas
Psicoconductual	<ul style="list-style-type: none"> - tempranos problemas de conductas persistentes - fracaso académico - bajo apego a la escuela - alienación - rebeldía - actitudes favorables hacia el uso de drogas - comienzo temprano en el uso de drogas
Biogénico	<ul style="list-style-type: none"> - susceptibilidad heredada al uso de drogas - vulnerabilidad psicofisiológica a los efectos de las drogas
Factores psicológicos y emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - ansiedad - necesidad de excitación - depresión - psicopatología - personalidad antisocial
Factores contextuales	<ul style="list-style-type: none"> - abuso físico o sexual - eventos vitales estresantes
Pasada conducta de consumo de drogas	
Edad	

Otros autores que se han planteado expresamente la cuestión de cuáles son las causas que llevan al consumo de drogas llegan a las mismas conclusiones que las ya expuestas. Como un ejemplo Tarter y

Mezzich (1992) presentan un modelo para explicar la etiología y el desarrollo del abuso de sustancias. Aunque este modelo es para aplicar a todo tipo de sustancias, en la práctica enfatizan de modo claro el consumo de alcohol y la dependencia del alcohol. Al hacerlo el modelo se convierte en ocasiones en altamente especulativo y de utilidad relativa, al extrapolar conocimientos del alcoholismo al resto de las sustancias, como cuando se refieren a la susceptibilidad genética como uno de los pilares de la explicación del inicio y dependencia; la depresión como elemento que precede al uso del alcohol y otras drogas, etc. Aún con todo lo dicho, una conclusión que se extrae claramente de lo anterior es que unos individuos tienen un mayor riesgo que otros de llegar a ser consumidores, tanto de las drogas legales, como de las ilegales. Igualmente, que unos respecto a otros, tienen mayor riesgo de seguir consumiendo y hacerse dependientes de las mismas. El caso del alcoholismo, especialmente, como el del tabaquismo, siempre se trae a colación para ello. Por los conocimientos que hoy tenemos, lo anterior también es aplicable al resto de las sustancias psicoactivas, aunque no podemos llegar a una completa predicción desde las variables que se relacionan o no con su consumo. Tampoco debe extrañar que se insista tanto en los modelos basados en el consumo de alcohol para generalizarlos al resto de las sustancias psicoactivas. Ha sido, y es, la sustancia por la que más personas buscan tratamiento (nótese que la mayoría de los fumadores dejan de fumar por sí mismos, sin acudir a tratamientos formales). Y, consecuentemente, más investigaciones se han hecho desde la perspectiva clínica, además de ser cierto que se llevan muchas décadas estudiando el mismo, a diferencia de las socialmente hoy consideradas drogas, como la heroína, cocaína, marihuana, que no han llegado a adquirir el rango de epidemia hasta hace pocos años.

Todo lo dicho hasta aquí queda bien sintetizado en las palabras de Battjes y Jones (1975), autores que editaron a mediados de los años 70 un libro sobre la etiología del abuso de drogas y sus implicaciones para la prevención, cuando afirmaban que "el uso de drogas no es un fenómeno unitario. El uso de drogas incluye una variedad de sustancias que son utilizadas independientemente, secuencialmente o concurrentemente, y con variados grados de intensidad. La mayoría de los consumidores de drogas no llegan a ser abusadores de drogas crónicos; esto es, experimentan pocas veces con las drogas y dejan de usarlas o continúan utilizándolas sólo ocasionalmente. Para la mayoría de los consumidores de drogas, el uso es un fenómeno transitorio. Kandel y Yamaguchi indican como sólo el 25% de los jóvenes que han experimentado con drogas están todavía utilizando drogas a los 23 años. También, una minoría importante de usuarios llegan a estar seriamente implicados con el uso de drogas y continúan utilizándolas durante años. Los factores a añadir a la diversidad del fenómeno del abuso de drogas proceden de la heterogeneidad e interacción de factores culturales, ambientales y socioeconómicos que generan patrones distintos de uso de drogas" (Battjes y Jones, 1985, p. 269-270). De modo semejante, Kandel y Yamguchi (1995) indican que "a pesar de que los esfuerzos preventivos realizados para reducir la implicación con las drogas ilegales llevará a una disminución en la iniciación en el consumo de marihuana, una proporción de jóvenes todavía se iniciarán en el consumo de marihuana a pesar de la carencia de experiencia previa con el alcohol o los cigarrillos" (p. 227).

Aún así, no debemos renunciar a elaborar modelos específicos para el consumo de cada una de las sustancias. También sabemos, y hay que considerar siempre, que el fenómeno del consumo de las distintas drogas es un fenómeno multicausal y que lo más normal es que estemos ante un “policonsumo” más que el consumo de una sola sustancia. Pero igualmente, los análisis parciales nos pueden ayudar a llegar a análisis más complejos con un mayor nivel de finura y de acierto. Aunque la tarea es difícil, la elaboración de modelos específicos de consumo para las distintas drogas facilitará un mejor abordaje tanto para el tratamiento como para la prevención.

4. Referencias bibliográficas

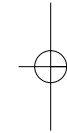
- Abrams, D.B. y Niaura, R.S. (1987). Social learning theory of alcohol use and abuse. En H. Blane y K. Leonard (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 131-180). Nueva York: Guilford Press.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Salamanca, Sígueme, 1984).
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall (trad. cast.: Madrid, Espasa Calpe, 1982).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Banegas, J.R. y González, J. (1998). Impacto sanitario y mortalidad atribuible al consumo de tabaco. En E. Becoña (Ed.), *Libro blanco sobre el tabaquismo en España* (pp. 111-124). Barcelona: Glosa Ediciones.
- Becoña, E. (1985). La técnica de fumar rápido: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 209-243.
- Becoña, E. (1986). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela: Grial.
- Becoña, E. (1994). Teorías y modelos explicativos de la conducta de fumar. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teorías, evaluación y tratamiento* (pp. 371-402). Madrid: Debate.
- Becoña, E. (Ed.) (1998). *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa Ediciones.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M.P. (1994). *Tabaco o salud. Guía de prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998a). Smoking cessation and weight gain in smokers participating in a behavioral treatment at 3-year follow-up. *Psychological Reports*, 82, 999-1005.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998b). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dikynson.
- Cabo, M.M. (1992). Farmacocinética y sistema nervioso central. En Miró (Ed.), *Tabaquismo: consecuencias para la salud* (pp. 27-36). Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.
- Cain, W.S. (1980). Sensory attributes of cigarette smoking. En G.B. Gori y F. Bock (Eds.), *Banbury Report 3: A safe cigarette?* (pp. 239-249). Nueva York: Cold Spring Harbor Laboratory.
- Calafat, A., Stocco, P., Mendes, F., Simon, J., Wijnagaart, G.v.d., Sureda, P., Palmer, A., Maalsté, N. y Zavatti, P. (1998). *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: Irefrea España.
- Charlton, A. (1984). Smoking and weight control in teenagers. *Public Health*, 98, 277-281.
- Cherry, N. y Kiernan, K.E. (1976). Personality scores and smoking behavior. A longitudinal study. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 30, 123-131.
- 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.
- Echeburúa, E. (1996). *El alcoholismo*. Madrid: Aguilar.
- Eysenck, H.J. (1991). *Smoking, personality and stress. Psychosocial factors in the prevention of cancer and coronary heart disease*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Fischer, P.M., Schwartz, M.P., Richards, J.W., Goldstein, A.O. y Rojas, T.H. (1991). Brand logo recognition by children aged 3 to 6 years. Mickey Mouse and Old Joe the Camel. *JAMA*, 266, 3145-3148.
- Friedman, L.S., Lichtenstein, E. y Biblan, A. (1985). Smoking onset among teens: An empirical analysis of initial situations. *Addictive Behaviors*, 10, 1-13.
- Gold, M.S. (1996). *Tabaco*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescent and early adulthood: Implications for substance abuse problems. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hirschman, R.S., Leventhal, H. y Glynn, K. (1984). The development of smoking behavior: Conceptualization and supportive cross-sectional survey data. *Journal of Applied Social Psychology*, 14, 184-206.
- Jones, C.L. y Battjes, R.J. (Eds.) (1985). *Etiology of drug abuse. Implications for prevention*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kandel, D.B. y Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-253). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kandel, D.B. y Yamaguchi, K. (1985). 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.
- Kaplan, H.B. y Johnson, R.J. (1992). Relationships between circumstances surrounding initial illicit drug use and escalation of drug use: Moderating effects of gender and early adolescent experiences. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 299-358). Washington, DC: American Psychological Association.
- Leventhal, H., Glynn, K. y Fleming, R. (1987). Is the smoking decision an ‘informed choice’? Effects of smoking risk factors on smoking beliefs. *JAMA*, 257, 3373-3376.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J. (Eds.) (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- McGee, L. y Newcomb, M.D. (1992). General deviance syndrome: Expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescence to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 766-776.
- Newcomb, M.D. (1995). Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. En E. Rahdert y D. Czechowicz, D. (Eds.) (1995). *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions* (pp. 7-38). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Nil, R. y Bättig, K. (1989). Smoking behavior: A multivariate process. En T. Ney y A. Gale (Eds.), *Smoking and human behavior* (pp. 199-221). Chichester: Wiley.
- Perry, M.A. y Furukawa, M.J. (1987). Métodos de modelado. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia* (pp. 167-215). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1989). A biobehavioral perspective on smoking. En T. Ney y A. Gale (Eds.), *Smoking and human behavior* (pp. 69-88). Chichester: Wiley.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 85-136). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Rahdert, E. y Czechowicz, D. (Eds.) (1995). *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Rhodes, J.E. y Jason, L.A. (1988). *Preventing substance abuse among children and adolescents*. Nueva York: Pergamon.
- Rotgers, F., Keller, D.S. y Morgenstein, J. (Eds.) (1996). *Treating substance abuse. Theory and technique*. Nueva York: Guildford Press.
- Schippers, G.M. (1991). Introduction. En G.M. Shippers, S.M.M. Lammers y C.P.D.R. Schaap (Eds.), *Contributions to the psychology of addiction* (pp. 7-14). Amsterdam, Holanda; Swets & Zeitlinger.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1993). *Problem drinkers. Guided self-change treatment*. Nueva York: Guildford.
- Tarter, R.E. y Mezzich, A.C. (1992). Ontogeny of substance abuse: Perspectives and findings. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 149-177). Washington, DC: American Psychological Association.
- Thombs, D.L. (1994). *Introduction to addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.
- U.S.D.H.H.S. (1988). *The health consequences of smoking. Nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S.D.H.H.S. (1989). *The health consequences of smoking. 25 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S.D.H.H.S. (1994). *Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D.B. (1984a). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood - II. Sequences of progression. *American Journal of Public Health*, 74, 668-672.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D.B. (1984b). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood - II. Predictors of progression. *American Journal of Public Health*, 74, 673-681.
- Wilson, G.T. (1988). Alcohol use and abuse: A social learning analysis. En C.D. Chaudron y D.A. Wilkinson (Eds.), *Theories on alcoholism* (pp. 239-287). Toronto, Canadá: Addiction Research Foundation.

Capítulo 7

Modelo comprensivo y secuencial de las fases del consumo de drogas

1. ¿Por qué un nuevo modelo?
2. Elementos del modelo comprensivo y secuencial a través de los distintos niveles en relación al consumo de drogas
 - 2.1. Fase previa o de predisposición
 - 2.2. Fase de conocimiento
 - 2.3. Fase de experimentación e inicio en el consumo
 - 2.4. Fase de consolidación: del uso al abuso y a la dependencia
 - 2.5. Fase de abandono o mantenimiento
 - 2.6. Fase de recaída
3. La utilidad de este modelo para los programas preventivos
4. Referencias bibliográficas



1. ¿Por qué un nuevo modelo?

Lo que claramente podemos concluir de todo lo que llevamos visto hasta este momento sobre los distintos modelos utilizados, tanto para conocer la etiología del consumo de drogas como los utilizados en la prevención del consumo de drogas, es su gran diversidad, complejidad a veces, discrepancias de unos con otros y dificultad de ir hacia un modelo integrador común. De esto es de lo que partimos.

Hemos comprobado que a lo largo de las últimas décadas se han propuesto un buen número de modelos para comprender y explicar el consumo inicial de drogas. En un gran número de casos dichas propuestas van apoyadas de una adecuada evidencia empírica. En otros, se ha elaborado la teoría y luego se han creado artefactos, bien mediante cuestionarios o estadísticos, para comprobar todo o en parte la teoría de la que se partía. Tanto en un caso como en otro, lo cierto es que queda mucho camino por andar para lograr el modelo ideal que sea claramente predictivo, que sea aceptado y que sea fácilmente operativizable para la persona que tiene día a día que llevar a cabo su programa preventivo.

Partiendo de esta situación, de lo que conocemos y de la perspectiva de la persona que tiene que seleccionar o aplicar un programa preventivo, en este capítulo se presenta un modelo para integrar la información que conocemos. El mismo tiene como objetivo ser “comprensivo” en una perspectiva “secuencial”. Esto es, que pueda ser fácilmente comprensible, operativizable, aplicable, accesible y relativamente simple o, al menos claramente comprensibles los pasos entre los distintos elementos que componen el mismo, comenzando por los factores predisponentes hasta llegar al consumo o no de la sustancia. Como hemos visto hasta aquí, esta no es una labor demasiado fácil, pero es necesario ir en esta línea. Junto a ello, hay que considerar las distintas etapas por las que pasa una persona respecto al conocimiento, contacto y consumo o no de una sustancia. Esto obliga a incluir una perspectiva evolutiva, tanto en el sentido evolutivo de la persona, en sus distintas fases evolutivas, como en las distintas fases del consumo que en gran parte se relacionan con la propia evolución física, psicológica, afectiva y social de esa persona.

La conjunción de los elementos citados, un nivel comprensivo, un nivel secuencial y un nivel de etapas, lleva a la propuesta del modelo que veremos a continuación. Este parte del hecho de que en el consu-

mo o no de drogas, tanto en un sentido como en otro, hay una serie de etapas sobre las que hay relativo consenso. Estas etapas son las previas al conocimiento o inicio del consumo, donde tienen relevancia los elementos de predisposición. Luego tendríamos una etapa de conocimiento que llevaría o no a la experimentación con alguna de las sustancias. Y aquí es cuando se diferencian tipos de sustancias, ya que hablamos genéricamente de drogas pero en la realidad tenemos que diferenciar a que tipo de drogas nos referimos. La experimentación se operativiza con la prueba o no de una sustancia que se conoce y que está disponible y accesible al sujeto y que puede hacerse con ella. Un elemento aquí importante es la percepción del riesgo que los individuos tienen sobre cada una de las sustancias adictivas que ven en casa, en su ambiente social, en los medios de comunicación, entre sus amigos, en sus diversiones, etc.

Pero la experimentación no tiene porque llevar al consumo. Además, la gran mayoría de las personas ni siquiera llegan a tener contacto directo en la esfera del consumo con muchas sustancias. La siguiente fase, el inicio al consumo ya es más problemática. Esta implica que se hace un consumo esporádico o más sistemático y ello facilita pasar del uso y, en algunos casos, al abuso y a la dependencia de la sustancia, o a obtener con la sustancia claros beneficios sean de tipo personal, psicológico, emocional, social, relacional, etc. Tanto si la persona está en esta fase, como los que nunca han consumido llegan a este punto, pueden tomar una decisión sobre seguir consumiendo o dejar de consumir. Aquellos que siguen consumiendo pasan de este modo a la consolidación del consumo en esa sustancia, con el riesgo añadido de pasar a consumir otras sustancias y poder comenzar a tener problemas graves con las distintas drogas, tanto sean de tipo legal como ilegal, cuando se pasa del uso, al abuso y a la dependencia. En este último caso estaríamos ante una adicción consolidada.

A la fase de consolidación le sigue la fase de mantenimiento y abandono, junto a la de aquellos que nunca han consumido y que en este momento evolutivo siguen sin consumir. A esta última fase no siempre se le ha prestado la atención debida o se ha dejado más a un lado. Cuando la persona tiene una adicción consolidada, se suele decir que está en la fase de mantenimiento. Pero, tanto en esta fase como en las anteriores la persona se puede plantear el abandono de la sustancia, o puede tener presiones externas para que la abandone. Si deja de consumirla, hablaríamos de la fase de abandono.

Pero el proceso no finaliza aquí. Si la persona ha llegado a la dependencia, a lo largo del tiempo, tanto real como evolutivo, puede pasar sucesivamente por las fases de mantenimiento, bien sea en el consumo bien en la abstinencia, y por la de abandono del consumo de la sustancia. Cuando se produce el abandono, éste puede mantenerse o puede ocurrir el proceso de recaída, y que es una de las características más diferenciales de las drogodependencias en el campo de la clínica.

A continuación iremos viendo más desmenuzadamente las variables relevantes en cada una de estas fases, para con ello poder conocer qué elementos deben introducirse en cada uno de ellos para conseguir los objetivos preventivos propuestos. En la figura 26 se expone gráficamente el mismo.

2. Elementos del modelo comprensivo y secuencial a través de los distintos niveles en relación al consumo de drogas

2.1. Fase previa o de predisposición

Hoy tenemos muchos datos sobre las distintas sustancias que producen adicción así como sobre las características de las personas que las consumen. Igualmente, tenemos un considerable número de estudios de corte longitudinal que nos ha permitido aportar luz sobre algunos aspectos de este complejo problema de la dependencia a las distintas sustancias psicoactivas.

Uno de los hechos que es evidente en este tema es que hay una serie de factores de predisposición que van a facilitar una mayor probabilidad de consumo en unas personas que en otras y, finalmente, un mayor consumo en aquellas personas que reúnen cierto número de características. Es lo que se ha llamado factores de predisposición. Estos están presentes en el momento en que la persona puede llevar o no a cabo el consumo, y son considerados factores previos o antecedentes al mismo, porque están presentes en muchos casos desde años antes, o incluso desde el nacimiento o los primeros años de vida. Estos se pueden agrupar en tres bloques clásicos: factores de predisposición biológica, factores de predisposición psicológica y factores de predisposición socio-cultural.

2.1.1. Predisposición socio-cultural

Suele hablarse al final, si se habla, de la predisposición socio-cultural para el consumo de las distintas drogas, como podríamos hacer lo mismo sobre otras conductas. Realmente, en este tema como en otro, la predisposición socio-cultural constituye en muchos casos el elemento o uno de los elementos más importantes de todo el proceso explicativo para el consumo de muchas de las drogas. Esto lo hemos mostrado claramente cuando hablamos sobre el consumo de alcohol. Algo semejante ocurre con el consumo de tabaco. Y, si las cifras de consumo de otras sustancias se mantienen por varias décadas, ocurrirá lo mismo dentro de varios años con el hachís, la heroína, la cocaína, etc. Por ello, lo ponemos en primer lugar dentro de los factores de predisposición.

Nuestro mundo actual se estructura en grupos sociales. Y, dentro de nuestro grupo social, las creencias, expectativas y conductas se modulan por una historia previa que ha llevado a la constitución de una cultura específica en la interrelación mutua del hombre con su ambiente a lo largo del tiempo. Por tanto, el elemento cultural es de gran relevancia para poder comprender un fenómeno como es el de las drogode-

pendencias. Más aún, dentro del elemento cultural se incluyen los sistemas de producción de ese sistema social y su vida social, de ocio, etc. Por ello, todo lo relacionado con el comercio e intercambio de productos, manufactura, venta, publicidad, etc., tiene aquí su sitio. También en qué utilizamos el tiempo libre, con quién, etc. Claramente todo esto tiene una gran relevancia en vistas al bienestar psicológico y social de los individuos. Si el individuo tiene una adecuación entre sí mismo y el mundo que le rodea habrá una adecuación entre él y ese mundo, adecuación que puede relacionarse o no con consumos abusivos (ej., parece desadaptativo no fumar un puro en una boda siendo varón, al igual que no brindar con champán ante un acontecimiento importante). No tener en cuenta el aspecto socio-cultural lleva a no entender en toda su amplitud esta problemática. Y, cambiar creencias, actitudes, valores y finalmente conductas en la esfera socio-cultural es sumamente difícil y lleva décadas, cuando ello es posible, dado que hay que hacerlo mediante cambios legislativos, cambios en los líderes de la comunidad, sin que creen reactividad en los afectados, en la esfera económica por dichos cambios y, finalmente, que los mismos sean aceptados por la población a la que van dirigidos. Es una de las medidas más efectivas de prevención cuando se puede llevar a la práctica pero al mismo tiempo de las más difíciles de implantar realmente.

Desde hace varios miles de años hasta hoy han sido varios los factores que han acompañado el abuso de alcohol y drogas en varios lugares y tiempos. Westmeyer (1996) nos presenta algunos ejemplos, tales como que el comercio internacional se ha hecho fiable, rápido y económico, especialmente en las últimas décadas. Estos vehículos comerciales se han realizado por tierra, agua, aire, permitiendo una rápida transferencia y a bajo coste de las sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas, de un área a otra del mundo. Como consecuencia de ello, y como es bien sabido, una parte importante y saneada de la economía de muchas regiones del mundo depende de su comercio, como son ejemplos Brasil para el café, Carolina del Norte y del Sur para el tabaco, Escocia en el Reino Unido y el estado de Kentucky en Estados Unidos para el whisky, el triángulo del oro asiático con el opio, India con el té, etc. Más cercano a nosotros podemos hablar de Francia, Italia y España para el vino junto a las regiones andinas para la cocaína y varios estados norteamericanos para el cannabis.

En los últimos años, a través del comercio, las sociedades fueron expuestas a sustancias previamente desconocidas para ellas. Al ser vulnerables, en esas sociedades se han adoptado formas de uso de drogas que parecen inicialmente seguras y deseables, pero que luego no ocurría así. Pero no solo nuevas formas de drogas se expanden a lo largo de todo el mundo, sino que también han ido surgiendo nuevos métodos para su administración, haciendo más fácil, rápida y segura su administración. Así, fumar, esnifar, chupar e introducir por el recto sustancias produce un efecto más rápido de la droga que simplemente tragarla o beberla. De especial relevancia fue el descubrimiento en el siglo XIX de la inyección parenteral. En la misma década de su invención, a mediados de 1800, las personas dependientes del opio comienzan a utilizar la inyección parenteral para autoadministrarse opio. A finales de nuestra década unos pocos adictos al opio han aprendido a usar parches en la piel altamente efectivos y la administración intravenosa cons-

tante para tomar opiáceos. Junto a ello, la purificación y concentración de las viejas sustancias permiten ser más fácilmente transportadas o introducidas ilegalmente y ser más fácilmente consumidas de una gran variedad de formas (incluyendo esnifada o inyectada). Ejemplos de ello incluyen la síntesis de morfina y heroína del opio, cocaína de la coca, y el tetrahidrocannabinol del cannabis). Precisamente la síntesis química ha dado un nuevo impulso a los componentes psicoactivos con potencial adictivo. Desde los comienzos de este siglo se han sintetizado nuevos estimulantes (ej., anfetaminas), sedantes (ej., barbitúricos, benzodiazepinas), y opiáceos (ej., meperidina, metadona, fentanil). Los inhalantes volátiles, muchos de los que se han desarrollado como sustancias psicoactivas, se han convertido también en sustancias de abuso. Además de estos cambios tecnológicos, los cambios socioculturales pueden haber jugado un importante papel. La supresión económica, política y militar de las culturas débiles por las fuertes puede haber producido la vulnerabilidad a las extendidas sustancias de abuso a través de la desintegración de esas culturas pequeñas o débiles (Westmeyer, 1996).

Para muchas culturas consumir drogas es un imperativo cultural (Westmeyer, 1996). El caso del alcohol en nuestro medio es quizás el ejemplo más claro. Junto a las celebraciones religiosas (vino en la misa), están las ceremonias de paso, como el nacimiento, bautismo, matrimonio u otras, donde el vino es un elemento de la ceremonia o de la fiesta posterior. Junto a ello está la intensificación de las relaciones sociales a través del alcohol, al beber con frecuencia en lugares públicos y la utilización del alcohol en los acuerdos económicos y políticos, a través de celebraciones como el típico vino, brindar con champán, etc. Westmeyer (1996) analiza los usos ceremoniales y rituales de las sustancias, cuando el consumo es requerido o está permitido.

Lo que ha ocurrido, ocurre y probablemente seguirá ocurriendo es que cuando se introduce una nueva sustancia y no hay elementos restrictivos ante la misma, lleva a que en muchos casos en poco tiempo su consumo se haga epidémico y si este consumo continúa en el tiempo se convierta en endémico. Puede también ocurrir que un subgrupo de una población apruebe el uso de drogas legales y por tanto su producción, comercio y/o uso, aunque el resto de la sociedad no piense lo mismo. Otro elemento importante a considerar es que las decisiones sociales y culturales cambian a lo largo del tiempo. Estos cambios pueden ir en la línea de menor restricción o mayor restricción. Aunque reducir o casi eliminar el consumo epidémico de una sustancia es posible, como ocurrió con el opio en China, Corea y Japón, donde hoy casi se ha eliminado su consumo, el coste que ello acarrea a veces lo impide y estamos en nuestro medio habituados al fracaso de las sanciones legales. El análisis de Westmeyer (1996) indica como cuando lo anterior falla puede ser debido a que la gente no apoya las sanciones legales, porque al tiempo que el grupo político en el poder aplica la norma, grupos influyentes y que obtienen claros beneficios con el consumo la ignoran y la saltan e incluso pueden tomar medidas para controlar el gobierno o desestabilizarlo. Se puede corromper a la policía y al gobierno ante los beneficios económicos que se pueden obtener, además, en caso de ser descubierto, el castigo a recibir sería bajo. Por ello ve difícil la cooperación internacional entre

países productores y países consumidores, dado que los primeros obtienen un claro beneficio económico y los segundos las consecuencias sociales y de salud en sus consumidores.

Por todo ello, sin un buen conocimiento socio-cultural y de las sustancias habituales en esa cultura o grupo social, junto a su evolución histórica, medidas que se han tomado a lo largo de la misma, éxito o fracaso que han obtenido, relación entre creencias y valores culturales y drogas, nos veremos abocados al fracaso, no sólo del conocimiento, sino de poder implantar medidas adecuadas siempre con el objetivo de mejorar la salud de las personas, si se da el caso de que dichas sustancias les afectan, dado que cuando los usos están "ritualizados" son parte de esa cultura, más que un elemento distorsionador de la misma. Por desgracia, en nuestra sociedad actual se ha pasado de un uso ritualizado, normativizado y controlado socialmente de décadas o siglos pasados de algunas sustancias, a un uso abusivo, descontrolado, para satisfacer nuevas necesidades en una sociedad compleja como la nuestra.

2.1.2. Predisposición biológica

Por lo que hemos revisado en un capítulo previo, algunos estudios han mostrado la existencia de algunos elementos de predisposición biológica para distintas sustancias. Cuando esto ocurre, que es más infrecuente que frecuente, esta predisposición pueden tener una base genética. Además, la explicación con base genética solo afecta a un número reducido del total de las personas que tienen problemas de adicción, dado que explican un porcentaje bajo de la misma. Es importante insistir en esto porque a veces se pretende buscar, o reducir, la explicación de un fenómeno tan complejo como es el de las drogodependencias a un fenómeno simple que realmente no lo explica más que en una pequeña parte.

La importancia de buscar sustratos biológicos y modelos neuroquímicos para las distintas drogas reside en que si se encuentran se pueden utilizar fármacos para limitar o bloquear el efecto de las sustancias en el cerebro.

La predisposición o vulnerabilidad biológica ha sido ampliamente estudiada en el campo del alcoholismo, y en menor grado en las otras drogas. Autores como Miller (1997) afirman que los estudios con animales apoyan una vulnerabilidad genética, tanto para el alcohol como para las otras drogas. Pero aun así, indica también como el ambiente sigue constituyendo el determinante principal de exposición a las mismas. Y, en los seres humanos, de modo mucho más importantes que en otras especies animales.

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

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

Miller (1997) apunta que varios neurotransmisores pueden estar implicados en las conductas adictivas, como los opioides pépticos, la dopamina, la serotonina y la norepinefrina.

Estos neurotransmisores tienen relación con el centro de la recompensa y con los estados de conducta insintiva (Gold, 1997).

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

Cadore, Yates y Devor (1997) han revisado la evidencia existente sobre la influencia genética en las distintas drogas. Revisaron tanto los estudios con familias como los estudios con gemelos. Como indicamos en la tabla 34, no incluyeron el alcohol por haber muchos estudios sobre el mismo, como ya hemos comentado. Su revisión indica que en los estudios realizados con familias hay altos porcentajes de uso de drogas en las mismas para los opiáceos y la cocaína, especialmente para los humanos. Por su parte los estudios con gemelos llegan a conclusiones semejantes en el sentido de que aparece una relación significativa. Aún así, en ocasiones los factores ambientales suelen explicar una mayor parte de la varianza que la que explican los factores genéticos (Cadoret et al., 1997). Otra serie de estudios de gran interés, los de adopción, realizados por Cadoret et al. (1997), en donde incluyen tanto factores genéticos como ambientales, encontraron que la predicción del abuso o dependencia de drogas se relacionaba con: 1) un problema de alcohol en sus padres biológicos, 2) los familiares biológicos antisociales predecía la personalidad antisocial, la cual a su vez estaba altamente correlacionada con el abuso de drogas, y 3) un efecto ambiental, tal como un padre adoptivo con problemas de alcohol o de conducta antisocial, separación o divorcio, predecía el incremento del abuso de drogas en los adoptados. Los efectos ambientales eran independientes de los factores genéticos. A su vez los autores sugieren, en función de sus resultados, dos factores genéticos en el abuso de drogas: 1) un efecto directo, desde los padres biológicos alcohólicos hacia su descendencia, y 2) un efec-

to indirecto, desde los padres biológicos antisociales hacia su descendencia que son antisociales y que, como una parte de su conducta antisocial, se ven envueltos en el uso y abuso de sustancias. El tercer factor a añadir a los dos anteriores es el ambiental de una familia adoptiva con distintos trastornos.

Otra cuestión relacionada con lo anterior es la comorbilidad que existe entre el uso de sustancias y otros trastornos mentales y, a la inversa, en distintos trastornos mentales el uso de sustancias psicoactivas. Como puede verse en las tablas 35 y 36, a partir del estudio ECA (*Epidemiological Catchment Area*) (Regier, Farmer, Rae et al., 1990), la relación es clara: las personas con distintos trastornos mentales tienen un mayor nivel de adicción al alcohol y drogas (tabla 35) y, los que acuden a tratamiento por dependencia del alcohol o drogas tienen también una mayor proporción de trastornos mentales que los que tiene la población. La expresión de lo anterior en *odds ratio* u *OR* (estimación de la razón de riesgo o riesgo relativo de un trastorno desde la presencia o ausencia de otra enfermedad) muestra claramente altos niveles, especialmente en la relación alcohol y drogas con el trastorno de personalidad antisocial. Nótese que algunos de los trastornos que allí aparecen fueron ampliamente estudiados, como la relación entre depresión y alcohol (Hughes, 1993), tabaco (Becoña y Vázquez, 1998) y drogas ilegales (Calafat y Amengual, 1991); trastorno de personalidad antisocial y alcohol y drogas ilegales, etc. A su vez los estudios de alcoholismo y depresión en familias muestran que pueden existir tres tipos de interacciones (Bierut y Dinwiddie, 1997): alcoholismo y depresión pueden ser transmitidos independientemente; el alcoholismo puede causar la depresión; y, el alcoholismo y la depresión pueden compartir algunos factores etiológicos comunes. Lo anterior se puede resumir concluyendo que "la comorbilidad de la adicción y los trastornos psiquiátricos es un problema común y, dado el incremento de los trastornos adictivos y psiquiátricos en las generaciones jóvenes, es esperable un aumento en la comorbilidad" (Bierut y Dinwiddie, 1997, p. 53).

Tabla 34. Resumen de estudios con familias y de gemelos sobre la genética del abuso de drogas

Estudios con familias			
Autor	N	Tipo de droga	Resultados
Meller et al.	305	Drogas múltiples	El abuso de drogas de los probandos tiene una mayor tasa familiar de abuso de drogas que los probandos con solo alcoholismo.
Mirin et al.	350	Drogas múltiples Droga de elección	Los probandos que consumen heroína y cocaína es más probable que tengan una historia familiar positiva de abuso de drogas en los familiares varones que los probandos con una droga de elección hipnótico-sedante

Tabla 34 (continuación)

Rounsaville et al.	201	Opiáceos	Los adictos a opiáceos tienen una tasa mayor de personalidad antisocial, alcoholismo, depresión y abuso de drogas
Chaudhry et al.	129	Opiáceos	La historia familiar positiva de abuso de drogas predice el comienzo temprano de los probandos que abusan de opiáceos
Stabenau	219	Drogas múltiples	La historia familiar positiva de abuso de drogas predice el abuso de drogas La historia familiar positiva de abuso de drogas más la personalidad antisocial predice el abuso combinado de alcohol y drogas
Luthar et al.	201	Opiáceos	El 64% de los hermanos de los abusadores de opiáceos tienen el diagnóstico de abusadores de drogas
Luthar y Rounsaville	298	Cocaína	Las tasas de abuso de drogas en hermanos es de 4 a 6 veces mayor que las tasas en la población general
Luthar et al.	499	Opiáceos/cocaína	Hay evidencia limitada para la especificidad de la agregación abuso de drogas/alcoholismo en las familias
Kosten et al.	201	Opiáceos	Se encuentra un mayor uso de drogas y búsqueda de sensaciones en hermanos de abusadores de opiáceos
Estudios de gemelos			
Autor	N	Tipo de droga	Resultados
Grove et al.	32	Drogas múltiple	Se encuentra una heredabilidad significativa de problemas relacionados con las drogas en los gemelos monocigóticos
Pickens et al.	169	Drogas múltiples	Se encuentra una contribución genética significativa al abuso de drogas en hombres pero no en mujeres gemelas.

Adaptado de Cadoret et al. (1997)

Tabla 35. Comorbilidad de distintos trastornos mentales con la adicción al alcohol y drogas a lo largo de la vida (entre paréntesis se expresan las odds ratio)

	Prevalencia a lo largo de la vida	Trastorno afectivos	Trastornos de ansiedad	Esquizofrenia	Trastorno de personalidad antisocial	Cualquier otro trastorno mental no adictivo
Adicc. al alcohol	13.5%	13.4%(1.9)	19.4%(1.5)	3.8%(3.3)	14.3%(21.0)	36.6%(2.3)
Adicc. a drogas	6.1%	26.4%(4.7)	28.3%(2.5)	6.8%(6.2)	17.8%(13.4)	53.1%(4.5)

Adaptado de Regier et al. (1990).

Tabla 36. Comorbilidad de la adicción al alcohol y drogas con distintos trastornos mentales a lo largo de la vida (entre paréntesis se expresan las odds ratio)

	Prevalencia a lo largo de la vida	Alcohol	Drogas	Cualquier sustancia
Trastornos afectivos	8.3%	21.8%(1.9)	19.4%(4.7)	32.0%(2.6)
Trastornos de ansiedad	14.6%	17.9%(1.5)	11.9%(2.5)	23.7%(1.7)
Esquizofrenia	1.5%	33.7%(3.3)	27.5%(6.2)	47.0%(4.6)
Trastorno de personalidad antisocial	2.6%	73.6%(21.0)	42.0%(13.4)	83.6%(29.6)
Cualquier otro trastorno no adictivo	22.5%	22.3%(2.3)	14.7%(4.5)	28.9%(2.7)

Adaptado de Regier et al. (1990).

Un buen resumen de todo lo dicho hasta aquí nos lo presenta Miller (1997) en una fórmula simplificada que viene a decir que la adicción sería igual a la vulnerabilidad más la exposición. Los factores genéticos contribuirían a la vulnerabilidad mientras que los factores ambientales a la exposición.

2.1.3. Predisposición psicológica: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia

Dentro de la predisposición psicológica se pueden indicar una serie de factores que se han evaluado empíricamente en aquellos estudios en donde se ha encontrado clara relación entre ellos y la conducta de con-

sumo de distintas sustancias.

En nuestro esquema se habla de tres tipos de predisposición: la socio-cultural, la biológica y la psicológica. Aunque pueda parecer que cada una va separada de la otra, por lo que llevamos visto hasta aquí ello no es así, sino que interaccionan unas con otras a un tiempo y se influyen mutuamente en una persona concreta e individual. La clave del ser humano está en su maduración biológica y en el aprendizaje para ser autosuficiente en el medio social en el que ha nacido. Esto va ocurriendo desde el nacimiento a través del desarrollo físico (ej., peso, altura, habilidades motoras), desarrollo cognitivo (ej., adquisición de conceptos, memoria, lenguaje) y personalidad y desarrollo social (ej., cambios en autoconcepto, identidad de género, relaciones interpersonales).

Por tanto, desde la predisposición psicológica, o elementos psicológicos de la persona que van a marcar sus acciones futuras, los tres elementos centrales que podemos diferenciar respecto a la conducta que va a emitir esa persona son el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia. Sin aprendizaje no hay conducta y, en el ser humano, no hay vida. La persona se moriría si no es capaz de poner en marcha cualidades mínimas de aprendizaje del tipo más simple, las incondicionadas o biológicamente dadas. A partir de ellas se va produciendo en función de la madurez biológica del individuo los distintos procesos de aprendizaje en la esfera motórica, lenguaje, memoria, habilidades, etc. Mediante el mismo se desarrolla la persona, su personalidad, teniendo también gran relevancia la inteligencia, o capacidad o habilidad de aprender de la experiencia, pensar en términos abstractos y funcionar adecuadamente en su propio ambiente.

Falk (1996), como otros autores, considera que dentro de los factores no farmacológicos del abuso de drogas, la explicación básica es conductual, empezando porque los datos observables son conducta. Y, las variables independientes que determinan el abuso, sean de tipo químico, económico, social o histórico, lo que hacen es dar cuenta de la conducta de ingestión de drogas, tales como iniciación a las drogas, búsqueda de drogas, persistencia en el consumo, dejar de consumirlas y recaída. Esta explicación unificada puede lograrse mediante los principios del aprendizaje, como los que ya hemos visto en el capítulo tres, como son los procesos de condicionamiento, el reforzamiento, los programas de reforzamiento, los estímulos discriminativos, etc. Estos principios basados en datos empíricos y de investigación tanto animal como humana, permiten una adecuada explicación.

Como un ejemplo nos detendremos en los estímulos discriminativos. Un estímulo discriminativo, como ya hemos visto, es un estímulo que inicialmente es neutral pero que, mediante la asociación con la ocurrencia de algún evento reforzante, puede adquirir la propiedad de producir la respuesta semejante a la anterior respuesta reforzada (Falk, 1994). En el caso de las drogas esto es de gran relevancia. Así, tanto estímulos internos como ambientales o externos pueden llegar a ser estímulos discriminativos para la conducta de búsqueda de la droga. Esto es, los estímulos ambientales presentes durante la prueba o consumo de una droga pueden, a través del proceso de condicionamiento, convertirse en estímulos discriminativos. Además, cuando aparecen síntomas de abstinencia, dichas señales pueden facilitar el consumo de

la droga (Wikler, 1973). Aunque las señales de abstinencia y de deseo son distintas, cuando los estímulos discriminativos ambientales de la droga ocurren en situaciones que mantienen la disponibilidad de droga, pueden ocurrir efectos similares a los que produce la droga. El caso más claro es cuando el adicto se sigue inyectando (ej., agua del grifo) en una situación ambiental que remeda el efecto previo de búsqueda, aunque sin estar presente la droga. En el laboratorio, también se ha encontrado esto para la cocaína (Falk, 1996). Por ello, los datos indican que los estímulos discriminativos de droga, cuando van acompañados de conducta de autoadministración, pueden mantener esa conducta aunque ninguna o una cantidad escasa de droga esté disponible.

Un problema adicional es que los estímulos discriminativos se pueden, a su vez, emparejar con otros nuevos estímulos. Y ello tanto para estímulos internos como externos. Además, los estímulos discriminativos que en el pasado estuvieron asociados con la autoadministración de drogas pueden, si ahora se hacen presentes, volver a producir una cadena de búsqueda de la droga como en el pasado. De ahí, la importancia de extinguir los estímulos que eliciten respuestas de búsqueda (Muñoz, 1997). En el caso de las drogas legales, los estímulos discriminativos se observan en distintas palabras e imágenes que aparecen anunciadas o las asociaciones al "sabor", "olor", "vista", "sexo", "atractivo", etc.

El poder reforzante de la droga hace que la asociación con distintos estímulos neutros sea muy amplia. Al producirse el consumo frecuentemente en contextos sociales o en grupo aumenta más la probabilidad de condicionamiento a elementos parciales o totales de ese contexto. Este refuerzo va a fortalecer posteriormente el proceso de búsqueda de la droga. Los sujetos humanos, además, dependiendo del estado al que quieran llegar, relajado o vigilante, eligen un tipo u otro de droga (Silverman, Kirby y Griffiths, 1994).

Para Falk (1996) el abuso de drogas depende de las propiedades intrínsecas de la droga, de las características de los consumidores y de las circunstancias del ambiente, ejemplificándolo en el caso de la cocaína y sus usos: como recreativo, como mejora del rendimiento y de la actividad, para mejorar las relaciones, etc. Cuando una persona tiene problemas de estado de ánimo y los alivia mediante el uso de drogas también ve su conducta reforzada. Esto puede producir el proceso de generalización del estímulo, cuando ante cualquier problema de manejo del estado de ánimo se pasa a consumir una droga.

Para poder estimar lo poderoso que es el refuerzo que produce una droga hay que saber con qué otros refuerzos compite esa droga, como pueden ser en los humanos, aparte de la comida, el agua y el aire, el dinero, el matrimonio, la crianza de los hijos, una buena profesión, etc. Desde la perspectiva de la economía conductual (ej., Carroll, 1993), por ejemplo, si el consumo de cocaína se debe a no tener alternativas adecuadas a la misma, buscarlas a través de adecuados reforzadores es una buena alternativa terapéutica (Higgins, Bickel y Hughes, 1994). También pueden aparecer refuerzos nuevos a lo largo del tiempo, o los refuerzos de un grupo social o de una cultura cambiar con el tiempo, mudando unos por otros (ej., del honor y de la honradez de otras épocas, como valor esencial, al dinero y estatus económico como uno de

los valores actuales más importantes).

En distintos estudios realizados (ej., Falk, 1996) también se encuentra que el consumo de drogas no depende siempre de sus propiedades farmacológicas, sino de sus propiedades esperadas (expectativa). Hay una amplia línea investigadora sobre el efecto de las expectativas de las drogas, en donde a consumidores habituales o en consumidores recreativos se les hace ver un efecto de una sustancia, no necesariamente el farmacológico, y cuando se les da a elegir consumir entre varias drogas, eligen la que se adecúa al efecto "esperado" más que al efecto "farmacológico". De ahí que, de nuevo, los estímulos discriminativos son de gran importancia también aquí.

A su vez el genotipo y el ambiente influyen a la personalidad del sujeto y a su conducta desde el nacimiento. Sin embargo, son tres variables que interactúan entre sí a lo largo de la vida. Aunque el componente genético es relativamente fijo, el ambiente y la personalidad son variables, cambiables e incluso manipulables, dado que tenemos cierta capacidad de elección de unos u otros ambientes (ej., si decidimos cambiar de ciudad de residencia). Esta variabilidad es la que explica, por ejemplo, el que haya diferencias de unos a otros hermanos e incluso entre hermanos gemelos. De este modo se consigue que el componente genético tenga solo una importancia relativa en el desarrollo de la persona, aunque tampoco hay que dejar de considerarla junto a los otros dos componentes.

La personalidad puede definirse como "el modo característico y habitual en que cada persona se comporta, siente y piensa" (Bermúdez, 1997, p. 13), o "los patrones característicos y distintivos de pensamiento, emoción y conducta que definen un estilo personal del individuo de interactuar con el ambiente físico y social" (Atkinson et al., 1996), abarcando los comportamientos habituales del individuo, sus modos de ver la realidad y sus emociones y motivaciones. Lo que se pretende con el conocimiento de la personalidad es saber como es la persona y, a partir de ahí, poder interpretar y predecir su conducta, dado que "la manera de ser de cada persona tiene mucho que ver con la forma en que se comporta, piensa y siente" (Bermúdez, 1997, p. 13). Pero la personalidad está igualmente influenciada por la situación y por el resto de las variables anteriores. Lo que se pretende a nivel operativo para conocer la personalidad es evaluar lo que se han denominado "rasgos de personalidad", los cuales son las tendencias habituales de comportamiento de las personas que se pueden operativizar a través de escalas psicométricas. Aunque se han propuesto un gran número de rasgos de personalidad, recientemente se ha propuesto la identificación de la estructura básica de la personalidad mediante cinco rasgos básicos (Digman, 1990): extraversión, estabilidad emocional, escrupulosidad, afabilidad y apertura mental.

Como un ejemplo de lo anterior, Daugherty y Leukefeld (1998), aplicado al caso del alcoholismo, consideran que los componentes psicológicos a considerar son de tres tipos. El primero, los rasgos de personalidad, como los de búsqueda de sensaciones, rebeldía, gregarismo e impulsividad, que se ha encontrado que influyen la conducta de beber. Por tanto, si la persona tiene este tipo de rasgos tiene una mayor predisposición psicológica a beber, antes incluso de que haya probado este tipo de sustancia. El segundo

son las actitudes, de las que ya hemos hablado en otros apartados anteriores. Y, en tercer lugar la psicopatología subyacente, en los que incluye el trastorno de personalidad antisocial, tan conocido en su relación con las distintas drogas y tener trastornos de conducta infantil, los cuales predicen un mayor consumo de alcohol en la vida adulta.

Finalmente, hay que considerar a la inteligencia. La inteligencia, o capacidad o habilidad de aprender de la experiencia, pensar en términos abstractos y funcionar adecuadamente en su propio ambiente, es un elemento básico de la persona. Mediante ella se va produciendo el aprendizaje y de modo mútuo el aprendizaje permite su desarrollo, al tiempo que ambos junto a los otros elementos interactuantes (biología y cultura) conforman lo que es la persona.

Aunque hasta no hace mucho no se le daba la suficiente importancia a la inteligencia dentro de las teorías explicativas para la prevención de las drogodependencias, la introducción de los factores de riesgo y de protección han favorecido el que se le preste mayor atención. Como un ejemplo, Jessor (1991) considera a la inteligencia como un factor de protección para el consumo de drogas. Como dicen Murphy y Davidshofer (1991), si hay que convencer a un juez de la existencia o no de ciertos atributos en el ser humano, convencerle de que la inteligencia existe es de lo más fácil. La inteligencia es un elemento básico para nuestro desarrollo y para nuestra adaptación al medio, especialmente cuando nos tenemos que enfrentar a situaciones nuevas. Sin embargo, a pesar de que todos sabemos que la inteligencia es algo que existe, realmente es un constructo, ya que no tiene una entidad real concreta; esto es, no es una cosa. Por ello muchas personas prefieren hablar de habilidad mental general. De un modo o de otro, en un caso o en otro, es posible establecer diferencias en función de la inteligencia y el estudio de las diferencias individuales ha sido un campo de interés de la psicología durante décadas, ya que ello influye directamente en el sistema educativo, el nivel laboral, la selección profesional, el bienestar personal, etc. Además, el nivel de inteligencia es relativamente estable después de la escuela primaria (Anastasi, 1990) y ello la convierte en una característica de la persona difícil de modificar. Sin embargo, cuando ocurren cambios importantes en el ambiente, como cambios drásticos en la estructura familiar o en las condiciones donde se vive, una enfermedad grave y prolongada, pueden influir negativamente en el desarrollo de la inteligencia del niño. También sabemos que aquellos niños de ambientes culturalmente más desfavorecidos tienden a mantenerse o perder inteligencia, en comparación con los de los ambientes más favorecidos que en relación a los anteriores aumentan en inteligencia con la edad. Esto puede invertirse si se ponen las condiciones adecuadas para la mejora del nivel emocional y motivacional junto al ambiental. También la acumulación de conocimientos es importante, así como las ganas de aprender, las habilidades de solucionar problemas, la observación meticulosa del ambiente para sacar conclusiones adaptativas para uno mismo, las expectativas ante la vida, etc., a lo largo de toda la vida, no sólo en infancia temprana. Por ello, de nuevo, vemos que el ambiente interacciona con la inteligencia, como con otras variables ya analizadas y que, junto al aprendizaje, son de gran importancia. Al mismo tiempo la relación entre la inteligencia y la personalidad

es recíproca (Anastasi, 1990); esto es, no sólo las características de personalidad afectan al desarrollo intelectual sino que el desarrollo intelectual también afectan al desarrollo de la personalidad.

2.1.4. La predisposición biológica, psicológica y socio-cultural actuando a un tiempo

Todos los anteriores factores que hemos comentado dentro de la predisposición psicológica, el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia, lo que hacen es que una persona sea única y distinta a las demás. Pero esto se consigue, a su vez, mediante la interacción de los componentes biológicos con los psicológicos y los culturales en una interacción mútua.

Aunque en nuestro modelo vamos indicando elementos separados, no hay que olvidar que en la práctica suelen funcionar o actuar todos juntos o a un tiempo. Concretamente, al referirnos a los elementos de predisposición, éstos, biológicos, psicológicos y socio-culturales, actúan a un tiempo en el individuo. Este hecho no debe dejarse de lado, porque ello también ayuda a explicar el por qué es tan compleja la comprensión de un fenómeno que se da cotidianamente pero que apenas se deja apresar por el gran número de variables que se relacionan con el mismo y muchas de ellas a un mismo tiempo.

2.2. Fase de conocimiento

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

La fase evolutiva tiene mucha relación con el conocimiento y posterior prueba de las distintas drogas. Por los datos de que disponemos, concretamente la encuesta escolar realizada por el Plan Nacional sobre Drogas (1997), sabemos que la edad de inicio media para las distintas drogas está entre los 13 y los 16 años (tabla 37). Aún así, estos datos pueden ser engañosos porque estamos hablando de edades medias. Nótese que si observamos la tabla 38, en la que aparecen los consumidores por distintas edades, ya encontramos a los 14 años, por ejemplo, un 8.3% que ha consumido cannabis en los últimos 12 meses. Con ello sabemos que hay una edad media de inicio para este grupo de jóvenes de 14 a 18 años, pero que el conocimiento de estas sustancias suele estar en estas edades o, más bien, ya en edades anterior-

res.

El conocimiento de las distintas drogas hoy procede tanto de la familia, como de los medios de comunicación de masas, de sus compañeros, de sus profesores o de otros adultos. El fenómeno de las drogas está tan generalizado que el conocimiento sobre las mismas es amplio. Otra cuestión es cómo es ese tipo de conocimiento. Así, mientras que la sociedad anatematiza las drogas ilegales, no presta tanta atención a las drogas legales, a pesar de los accidentes de tráfico y muertes de jóvenes en la carretera todos los fines de semana, la enorme mortalidad que produce fumar cigarrillos, o la dependencia de psicofármacos que tienen muchos ciudadanos, que llegan a ser indispensables para que funcionen adecuadamente en la vida cotidiana.

La adolescencia es el período por excelencia asociado al consumo de drogas, o al inicio de su consumo. Y, en la adolescencia lo normal es la transgresión más que la institucionalización (Funes, 1996). Ello se ve reflejado en los tipos de consumo, como por ejemplo cuando se bebe alcohol en la calle más que en el bar. También en los últimos años se ha incrementado de modo importante el uso de drogas como una forma recreativa más, o una forma de aguantar mejor la diversión (Calafat et al., 1998).

Conforme la persona va avanzando en edad y en deseo de autonomía, el conocimiento de las drogas no solo será pasivo, obtenido de otros, sino que pasará a ser activo. Aunque ello está facilitado hoy en día por múltiples factores, el hecho de salir sin sus padres, con amigos, encontrar una gran facilitación para el consumo de distintas drogas, especialmente las legales, favorece el que desee conocer más sobre las mismas y sobre otras de las que escucha hablar o sabe de su existencia. Y, dentro de ese conocimiento, es normal que ocurra en muchos casos la prueba. Por ello, no deben extrañar las cifras de consumo en edades de 14 a 18 años en las distintas encuestas. Otra cuestión distinta es la persistencia en el consumo una vez que se ha producido una prueba o varias pruebas. Esto lo veremos a continuación.

Tabla 37. Edad media de inicio de las distintas sustancias en España en la Encuesta sobre drogas a población escolar (14-18 años) del año 1996

Sustancia	Edad de inicio	% de estudiantes que han consumido en los últimos 30 días
Alcohol	13.7	65.7
Tabaco	13.3	29.2
Cannabis	15.0	15.7
Éxtasis	14.9	2.2
Alucinógenos	15.4	2.6
Anfetaminas	15.5	2.4
Cocaína	15.7	1.5

Heroína 0.3

Sustancias volátiles 13.1 1.2

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas (1997)

Tabla 38. % de consumo de cannabis, éxtasis y cocaína en los últimos 12 meses, según la edad

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Cannabis	8.3	17.3	26.7	31.3	40.3
Éxtasis	1.0	2.2	4.4	5.3	8.2
Cocaína	0.4	1.3	3.0	3.4	7.6

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas (1997)

2.2.1. Ambiente, aprendizaje, socialización y expectativas

2.2.2. Ambiente

El ambiente es el lugar físico en el que la persona vive e interacciona con los demás. Incluye tanto su lugar físico donde reside y vive, como su lugar social, tal como su edificio, barrio y ciudad. Claramente el ambiente se enmarca dentro de un medio socio-cultural, aunque el individuo vivencia el ambiente como su mundo real.

El ambiente es de gran relevancia porque es el lugar físico en donde el individuo lleva a cabo su vida cotidiana. La predisposición socio-cultural, biológica y psicológica en un ambiente determinado va a permitir a lo largo del tiempo que una persona tenga unas características propias que lo van a diferenciar de otras personas. La interacción del ambiente con el aprendizaje, el proceso de socialización y las expectativas, en interacción mútua, va a ser importante en cada uno de los momentos de la vida del individuo. A su vez hay que indicar que el ambiente es mudable como lo son igualmente la mayoría de las otras variables que estamos considerando.

El ambiente familiar es uno de los más relevantes para la evolución de la persona. Se refiere al lugar de interacción entre la persona y los restantes miembros de su familia. Tipos de ambientes determinan distintos comportamientos y son un elemento esencial para el proceso de socialización. Otros ambientes, como el escolar, referido al tipo de escuela a la que va, como el barrio, influyen en un modo u otro de socializarse y en el modo de comportarse posteriormente.

Con posterioridad, conforme la persona llega habitualmente a la adultez, o al final de la adolescencia, es posible seleccionar el ambiente en el que uno puede vivir. Aquí, el ambiente puede ser de dos tipos: el dado o el seleccionado. Es ambiente dado es el ambiente en el que la persona vive, el lugar donde ha nacido o a donde le han llevado sus padres en un momento del tiempo y no se plantea el cambio a otro ambien-

te o lugar. El ambiente seleccionado es aquel en el que la persona conscientemente decide cambiar de su ambiente originario dado al ambiente actual, que él conscientemente ha seleccionado. Este ambiente puede haber sido seleccionado por la persona mediante un cambio de su ambiente originario a su ambiente actual, o bien puede ser el actual, que coincide con el que ha sido siempre el suyo de referencia, por que conociendo y habiendo vivido en varios ambientes distintos a lo largo del tiempo, decide vivir en uno determinado, lo que implica una toma de decisión sobre el lugar que él considera más idóneo para realizarse, sea en la esfera laboral, individual, afectiva, social, delictiva, etc.

Hoy sabemos que el ambiente es una variable de gran relevancia y que interacciona con el resto de las variables que van a permitir que la persona tenga más o menos oportunidades en la vida.

2.2.3. Aprendizaje

Ya hemos hablado previamente del papel del aprendizaje como un elemento esencial de la predisposición psicológica. En este caso, el aprendizaje lo que hace es interactuar a un tiempo con las otras variables del ambiente y la socialización, lo que facilitará crear las expectativas de un modo o de otro. Como allí decíamos, la interacción es continua y, conforme la persona se va desarrollando a lo largo de su vida el proceso de aprendizaje es fundamental para conformar a la persona como tal persona en interacción con el resto de las variables. El aprendizaje, como la socialización, no finalizan nunca. El ambiente puede mantenerse estable o ser cambiante, de igual modo que las expectativas.

2.2.4. Socialización

Desde el nacimiento el medio influye en el desarrollo humano a través de dos procesos: el de aprendizaje y el de socialización. La socialización es el proceso a través del cual el individuo se convierte en miembro de un grupo social: la familia, comunidad o tribu. Incluye el aprendizaje de las actitudes, creencias, valores, roles y expectativas de su grupo. Es lo que permite hacer a un individuo miembro de su cultura. El proceso de socialización ocurre a lo largo de toda la vida, aunque su mayor importancia se produce en el período que va de la niñez a la adolescencia (Craig, 1997).

La socialización, también denominada internalización o desarrollo de la conciencia puede definirse como "el proceso por el que una persona adquiere las pautas de conducta, creencias, normas y motivos, que son valorados y aceptados por su propio grupo cultural y por su familia" (Mussen, Conger y Kagan, 1974, p. 365). La cultura en la que un niño nace y crece, determina tanto el contenido como los métodos de socialización.

Hoy la socialización tiene lugar primero en la familia, que es el agente más importante de socialización, luego en la escuela, seguido por sus compañeros y los medios de comunicación. Después de la adolescencia también otras personas contribuyen al proceso de socialización, dado que éste no finaliza hasta que muere la persona, aunque su mayor relevancia está en los primeros años y en la adolescencia. Mediante la socialización el individuo adquiere lo que se llama "el autoconcepto", el cual a su vez permite a lo largo del tiempo servir como modo de filtro e integración ante los impactos del ambiente (Craig, 1996). El autoconcepto es esencial para el desarrollo de una personalidad integrada, tener claros los roles, distinguir el yo real del yo ideal, etc. Los factores que influyen en el autoconcepto del niño son (Craig, 1996): las percepciones de otros, como padres o compañeros; la autoevaluación o análisis de los pros y contras personales, la imagen personal, percepción de la salud y sentido del vigor; los valores sociales, expectativas y nociones de lo ideal; y, las experiencias del yo en el mundo.

Wicks-Nelson e Israel (1997) consideran necesario considerar como elementos esenciales del desarrollo evolutivo, desde el nacimiento hasta la muerte, aunque con distinto peso en función de cada etapa de la vida, que: 1) el desarrollo se refiere al cambio que se produce a lo largo del ciclo vital; 2) hay un curso básico general y común normal a todos los individuos normales en las primeras etapas del desarrollo de los sistemas físico, cognitivo y socio-emocional, refinándose e integrándose a lo largo del tiempo; 3) existen distintas etapas o fases del desarrollo a lo largo de la vida aunque no son fáciles de diferenciar claramente unas de otras; 4) el desarrollo avanza de acuerdo a un esquema coherente en el sentido de que el desarrollo previo está ligado al desarrollo posterior de un modo lógico y sistemático; 5) a lo largo del ciclo vital los cambios producidos por el desarrollo pueden adoptar formas diversas; 6) aunque los seres humanos son maleables, existen limitaciones al cambio; y, 7) el desarrollo es el resultado de interacciones o transacciones entre variables biológicas, psicológicas y socioculturales.

En el clásico libro de Berger y Luckmann (1968) sobre la construcción social de la realidad aparece magistralmente descrito el proceso de socialización. El lenguaje y la producción humana de signos nos son característicos, siendo precisamente el lenguaje y la escritura dos elementos que definen a un ser humano específico y a una cultura

Un elemento importante de este proceso es la institucionalización. Mediante el proceso de habituación se llega a la institucionalización, la cual implica historicidad y control. Vienen de antes, del proceso histórico de esa cultura en sus múltiples interacciones a lo largo del tiempo entre las personas, el ambiente, los fenómenos económicos, de supervivencia, etc., de tal modo que anteceden al nacimiento de esa persona. De ahí que afirmen que "el orden social no forma parte de la "naturaleza de las cosas" y no puede derivar de las "leyes de la naturaleza". Existe *solamente* como producto de la actividad humana" (p. 73) y que "decir que un sector de la actividad humana se ha institucionalizado ya es decir que ha sido sometido al control social" (p. 77). Por todo ello "la sociedad es un producto humano. La sociedad es una realidad objetiva. El hombre es un producto social" (p. 84). La tradición se encarga en muchos casos de mantener lo

anterior. Pero, al tiempo, la propia realidad presente se encarga de mantener la coherencia de la institucionalización o de ocurrir cambios, ya que hay una producción continua de la realidad, se institucionalizan. Los roles se encargan de mantener la institucionalización, al marcar el papel de cada miembro de una sociedad y delimitar unos de otros. Ello influye en delimitar quién es o no especialista en ciertos temas, cómo se divide el trabajo, el papel de los sexos, la cuestión religiosa, etc. El problema aparece cuando surgen lo que denominan “sub-universos de significado segregados socialmente”, los cuales trocean la cultura, como ocurre con las castas en la India o las sociedades secretas. Su funcionamiento los hace inaccesibles a los profanos porque su sabiduría es sólo para los iniciados. Esto suele acarrear el surgimiento de problemas.

La legitimación explica el orden institucional. La legitimación tiene dos elementos: uno cognitivo, otro normativo. El primero son los valores, el segundo el conocimiento, precediendo el conocimiento a los valores en la legitimación de las instituciones. Conforme se aumenta más en el nivel de legitimación, desde el simple de así se hacen las cosas, al intermedio de esquemas pragmáticos relacionados con acciones directas concretas, llegamos al nivel de legitimación de las instituciones donde hay teorías explícitas sobre la misma. En este caso existe personal especializado para transmitirla, véase ancianos del clan en una tribu o la escuela en nuestra sociedad actual. Hay un elemento último de legitimación que son los universos simbólicos, en el que “*todos* los sectores del orden institucional se integran, sin embargo, en un marco de referencia general, que ahora constituye un universo en el sentido literal de la palabra porque ya es posible concebir que *toda* la experiencia humana se desarrolla *dentro* de aquel. El universo simbólico se concibe como la matriz de *todos* los significados objetivados socialmente y subjetivamente reales; toda la sociedad histórica y la biografía de un individuo se ven como hechos que ocurren *dentro* de ese universo” (p. 125). De ahí que “al llegar a este nivel de legitimación la integración reflexiva de los distintos procesos institucionales alcanza su realización última. Se crea todo un mundo” (p. 126). Como un elemento adicional, los ritos de pasaje permiten un adecuado ordenamiento de las diferentes fases de la biografía de la persona. Es en la legitimación de la muerte el caso donde más claramente se ve con más claridad el peso del universo simbólico. También los universos simbólicos ordenan la historia y ubican los acontecimientos colectivos de modo coherente en forma de memoria del pasado, del presente y del futuro, facilitando vincularnos con el pasado y con el futuro, consiguiéndose así una totalidad significativa.

Pero “*toda* la realidad social es precaria; *todas* las sociedades son construcciones que se enfrentan al caos” (p. 134). Esto significa que no todo es estático, sino más bien dinámico a lo largo del transcurrir histórico en cada cultura. La historia nos lo ha enseñado claramente. Aunque el objetivo es transmitir lo que hay que transmitir completa y exactamente, la realidad cultural muestra que “la socialización nunca se logra completamente” (p. 137). Además, puede ocurrir que personas o grupos lleguen a compartir versiones divergente del universo simbólico. Y, a la larga, esto es una alternativa al universo simbólico “oficial”, el cual puede poner a su vez en marcha mecanismos represores para mantener la pureza por la amenaza que

ello significa del universo conceptual establecido. Históricamente, cuando una cultura conoce a otra diferente ello puede ocurrir, especialmente cuando ambas son radicalmente distintas. Para mantener dicho orden se ha utilizado a lo largo de la historia la mitología, la teología, la filosofía y la ciencia.

Pasado lo anterior a nuestro mundo actual, lleva a Berger y Luckmann (1968) a afirmar que “la mayoría de las sociedades modernas son pluralistas, sentido este que comparten un universo central, establecido en cuanto tal, y diferentes universos parciales que coexisten en un estado de acomodación mutua. Estos últimos tienen probablemente algunas funciones ideológicas, pero los conflictos abiertos entre las ideologías han sido reemplazados por grados variables de tolerancia o aun de cooperación” (p. 159). A su vez “el pluralismo fomenta tanto el *escepticismo* como la innovación y por ende, resulta inherentemente subversivo para la realidad ya establecida del *statu quo* tradicional” (p. 160).

La socialización primaria lo que pretende básicamente es internalizar la realidad. El individuo nace, pero en función de cada sociedad va a internalizar uno u otro sistema social. Dicha socialización se realiza mediante un aprendizaje cognitivo y con una fuerte carga emocional. La identificación es un proceso aquí importante, junto al aprendizaje de roles, su lugar en el mundo y ubicación social concreta. El lenguaje es el elemento que facilita todo lo anterior. Así internaliza el mundo de sus padres. Con ello adquiere su visión del mundo, que ocurre en la infancia, con un control total o casi toda de la información y de la realidad. Las dudas pueden surgir a partir de la adolescencia o en la vida adulta, no en la infancia. Luego continuará el proceso de socialización la escuela y, en la actualidad, seguida por los medios de comunicación. Precisamente la escuela permite unir lo tradicional con lo nuevo en la esfera del conocimiento. Otro elemento esencial en el proceso de socialización es la división del trabajo. Mediante la internalización de sus reglas, roles y realidad, la persona conoce el estatus que el mismo proporciona dentro del universo simbólico de su sociedad. Esto lo conocemos hoy bien por lo que se considera relevante y no relevante en un sistema social a nivel profesional. Pero “como la socialización nunca se termina y los contenidos que la misma internaliza enfrentan continuas amenazas a su realidad subjetiva, toda sociedad viable debe desarrollar procedimientos de mantenimiento de la realidad para salvaguardar cierto grado de simetría entre la realidad objetiva y la subjetiva” (Berger y Luckmann, 1968, p. 185).

El desarrollo de un niño se produce a través de la interacción continua, directa y recíproca de su familia, colegio y vecindario. En el colegio y vecindario su interacción se realiza con adultos y, especialmente, con otros niños y compañeros, con los denominados sus iguales. A continuación veremos esto mas ampliamente.

2.2.4.1. La familia

En todas las sociedades se considera a la familia como el elemento más importante de la socialización del

niño (Maccoby, 1992). La misma tiene su mayor peso en la infancia, que es cuando el niño es más dependiente y su maleabilidad es mayor. En ocasiones la influencia de la familia se mantiene a lo largo de toda la vida. En esos primeros años el niño va siendo modelado a través de refuerzos y castigos, siendo sus padres los modelos más importantes. Además, los padres son los que eligen el lugar donde viven o donde llevan viviendo desde hace generaciones sus antepasados por haber nacido allí. Además, controlan el acceso de sus hijos a los bienes materiales, ejercen control físico sobre ellos y tienen más conocimientos que sus hijos (Maccoby, 1992). De ahí que las pautas de crianza sean de gran relevancia para el desarrollo del niño, primero, y luego del adolescente, lo que va a marcar el modo en que va a ser de adulto.

La estructura familiar y el modo de crianza contribuyen de modo importante al desarrollo del niño en el aprendizaje de lo que es el mundo y en su propio desarrollo. Hoy sabemos que en sociedades desarrolladas, como la nuestra, las interacciones del padre y de la madre con los hijos son diferentes. Es bien sabido como los padres se ocupan menos de los hijos y los tratan de acuerdo con los estereotipos de género, mientras que las madres se centran más en el cuidado de los hijos y tratan a los hijos e hijas de un modo más similar (Wicks-Nelson e Israel, 1996). También hoy sabemos que la influencia no es unidireccional de padres a hijos sino bidireccional: los hijos influyen también el comportamiento de sus padres, como sus padres el de los hijos.

Se ha encontrado que distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos. Dos variables son aquí esenciales: el control y la calidez paterna. El control paterno se refiere a como son de restrictivos los padres; la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos (Maccoby, 1984). Baumrid (1980) describió tres tipos de estilo parental: autoritativos, autoritarios y permisivos. Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) describieron un cuarto tipo, los indiferentes. En la descripción de Craig (1996) el estilo parental autoritativo ejerce mucho control y mucha calidez; el autoritario mucho control y poca calidez; el permisivo poco control y mucha calidez y, el indiferente, poco control y poca calidez.

El *padre autoritativo* acepta y alienta la progresiva autonomía de sus hijos. Tiene una comunicación abierta con ellos y reglas flexibles. Sus hijos son los que tienen el mejor ajuste, con más confianza personal, autocontrol y socialmente competentes. Tienen un mejor rendimiento escolar y elevada autoestima. El *padre autoritario* establece normas con poca participación del niño. Sus ordenes esperan ser obedecidas. La desviación de la norma tiene como consecuencia castigos bastante severos, a menudo físicos. La comunicación es pobre, las reglas son inflexibles, la independencia escasa. Por ello el niño tiende a ser retraído, temeroso, apocado, irritable y con poca interacción social. Carece de espontaneidad y de locus de control interno. Las niñas tienden a ser pasivas y dependientes en la adolescencia; los niños se vuelven rebeldes y agresivos.

El *padre permisivo* impone pocas o ninguna restricción a sus hijos, por los que muestran un amor incondicional. Son poco exigentes respecto a una conducta madura, utilizan poco el castigo y permiten que el niño

regule su propia conducta. Disponen de una gran libertad y poca conducción. Los padres esperan que el niño tenga un comportamiento maduro. No establecen límites a la conducta. Fomentan la independencia y la individualidad. En unos casos los niños tienden a ser impulsivos, agresivos, rebeldes, así como socialmente ineptos y sin ser capaces de asumir responsabilidades. En otros casos pueden ser independientes, activos, sociables y creativos, capaces de controlar la agresividad y con un alto grado de autoestima.

El *padre indiferente* es aquel donde no impone límite y tampoco proporciona afecto. Se concentra en la tensiones de su propia vida y no le queda tiempo para sus hijos. Si además los padres son hostiles entonces los niños tienden a mostrar muchos impulsos destructivos y conducta delictiva.

El tipo de crianza en función del estilo paterno tiene una consecuencia directa en el tipo de personalidad que va a desarrollar el niño. Así, los padres autoritarios tienden a producir niños apartados y temerosos, con poca o ninguna independencia y que son variables, apocados e irritables. En la adolescencia los varones pueden ser rebeldes y agresivos y las chicas pasivas y dependientes. Los padres permisivos tienden a producir niños autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, aunque en otros pueden ser activos, sociables y creativos; en otros pueden ser rebeldes y agresivos. Los hijos de los padres autoritativos son los mejor adaptados, dado que tienen confianza en sí mismos, tienen mayor control personal y son socialmente más competentes. Finalmente, los hijos de los padres indiferentes son los que están en peor situación y, si sus padres son negligentes, se sienten libres de dar rienda suelta a sus impulsos más destructivos (Craig, 1996).

2.2.4.2. Los iguales

Todos los niños se relacionan desde la infancia con otros niños; en la adolescencia unos adolescentes con otros; y, en la vida adulta fundamentalmente unos adultos con otros. Este tipo de contactos contribuyen al desarrollo y al enriquecimiento personal.

En los últimos años, con los grandes cambios que se han producido, especialmente a nivel laboral, que lleva a que frecuentemente ambos padres trabajen fuera de casa, los niños pasan cada vez más tiempo en la guardería cuando son pequeños y luego en el vecindario con otros niños (iguales).

Las funciones que cumplen los iguales son múltiples. Wicks-Nelson e Israel (1996) indican como los iguales "proporcionan oportunidades para el aprendizaje de habilidades sociales, contribuyen a establecer valores sociales, sirven de normas con los cuales los niños se juzgarán a sí mismos y dan o niegan apoyo emocional. Los iguales refuerzan la conducta, sirven como modelo de comportamiento y se entablan amistades u otras relaciones sociales" (p. 20-31). Los iguales, además, pueden o no aceptar a un niño. En caso de rechazo ello se asocia con desobediencia, hiperactividad y acciones destructivas. Por contra, el niño aceptado suele ser socialmente competente, simpático, servicial y considerado. Esto está a su vez modu-

lado por el entorno social, por la interacción niño-progenitor y con las características de los padres. Parece que las experiencias que tienen los niños en la interacción con sus padres es de gran relevancia en determinar como éstos van a relacionarse con sus iguales (Wicks-Nelson e Israel, 1996).

En la adolescencia los iguales tienen una gran importancia. En el tema de las drogodependencias, hasta hace poco tiempo se consideraban esenciales. Sin embargo, después de distintos estudios, como el reciente de Kandel (1996) se debe considerar que siguen siendo muy importantes, pero no totalmente determinantes, ya que también la familia puede incidir directamente sobre los iguales o controlar el acceso a ellos.

Un grupo de amigos e iguales especiales que también hay que considerar son los hermanos (Craig, 1996), cuando los tiene, los cuales afectan al desarrollo de la personalidad infantil de un modo importante. Dunn (1993) ha indicado cinco posibles tipos de relaciones entre hermanos: rivalidad, seguridad de apego, asociación, confianza y humor, y fantasías compartidas. Las relaciones del hermano, que van a depender del propio desarrollo evolutivo del hermano, de su historia pasada y de su interacción con la familia y el ambiente, son un elemento más que influye en la socialización y en el desarrollo del niño y del adolescente. También la propia ubicación del mismo en la casa, si en la misma habitación u otra, si es o no del mismo sexo, estilo parental de educación, etc., son factores adicionales que interaccionan para un tipo u otro de relaciones entre los hermanos. Lo que sí es cierto es que en muchos casos, especialmente cuando se llevan pocos años, la interacción entre ellos es directa, intensa y sostenida en el tiempo.

2.2.4.3. El colegio

El papel de la escuela ha cogido gran relevancia en los últimos años tanto como transmisora de conocimientos como en su función socializadora. La escuela es, además, uno de los lugares donde se transmiten los valores aceptados socialmente, como es característico en nuestro medio la transmisión de valores democráticos y otros asociados a los mismos. Además, cada escuela constituye por sí misma un sistema social, con un edificio(s), una organización, horarios establecidos, normas de funcionamiento, etc. De ahí que sea claro que la escuela ejerza tanto influencias directas como indirectas sobre el rendimiento académico, el comportamiento social, el comportamiento normativo, etc. (Sylva, 1994). El proceso de modelado es claro en el contexto escolar tanto por parte de los profesores y dirección del centro como de sus compañeros o iguales. Lograr los objetivos académicos, infundir valores positivos, aumentar la autoestima, fomentar habilidades de trabajo, son algunos de los objetivos que se pretenden conseguir.

2.2.4.4. La televisión y otros medios de comunicación

Actualmente en los países occidentales el número de horas que los niños pasan delante del televisor es alta. Los datos norteamericanos suelen ser los más elevados, como una media de siete horas y media al día, siendo en ese país la actividad a la que un niño dedica más tiempo con la excepción de dormir. Hoy también es claro que la televisión es un elemento más del proceso de socialización en nuestra cultura. Especialmente su impacto se aprecia en la conducta agresiva y violenta, cuando tiene modelos entre su familia y amigos agresivos o con conductas antisociales. Igualmente, los roles sociales del hombre y de la mujer suelen ser los tradicionales en los programas que en ella aparecen. Otro importante problema de los niños que ven en exceso la televisión es que una parte de ellos sacan la idea de que el mundo es un lugar cruel y amenazador. Realmente, las imágenes que se ven a diario en la televisión, con un grado de realismo y sensacionalismo cada vez mayor, con la retransmisión en directo de los hechos más inverosímiles a miles de kilómetros de distancia del televisor, pueden fácilmente llevar a una persona a esta conclusión sino tiene otros puntos de referencia bien asentados en su realidad cotidiana, que suelen ser radicalmente diferentes a esa parte de la realidad "subjetiva" que nos muestra en ocasiones la televisión. Lo cierto es que en 1993, la Academia Estadounidense de Pediatría, recomendó que los niños menores de 5 años no vieran la televisión y los de cinco a diez años lo hiciesen de modo limitado junto a un adulto para interpretarles los mensajes (Craig, 1996). En el otro extremo, también es claro que la televisión tiene efectos beneficiosos, especialmente cuando se seleccionan adecuadamente los programas infantiles en los que se pueden aprender conductas prosociales, de cooperación, amistad, etc., aparte de los programas educativos. En uno u otro caso, la televisión nunca debe impedir hacer otras actividades que son necesarias para el desarrollo del niño o del adolescente como estudiar, jugar, estar con los amigos, etc.

A su vez la televisión se ve complementada con los distintos medios de comunicación que se orientan muchos de ellos específicamente a los jóvenes (ej., revistas de cómics, juegos, videojuegos, música, etc.), y en las generales para todos, una parte muy importante de la publicidad que en ella se contiene va dirigida directamente a los adolescentes.

2.2.5. Expectativas

Las expectativas son definidas por Olson, Roese y Zanna (1996) como "las creencias sobre un estado futuro de acontecimientos. Como tales, las expectativas representan los mecanismos a través de los cuales las experiencias y el conocimiento pasado son utilizados para predecir el futuro. Cada acción deliberada que hacemos se basa en asunciones (expectativas) sobre cómo el mundo funciona/reacciona en respuesta a nuestra acción. A causa de que las expectativas constituyen los bloques fundamentales sobre los que se hacen las elecciones conductuales, la generación de expectativas es una función básica no sólo de los

cerebros humanos sino también de los cerebros de muchos otros organismos" (p. 211). Por tanto, todas las expectativas están derivadas de las creencias o, lo que es lo mismo, de nuestros conocimientos y esquemas sobre el mundo. Las creencias proceden de tres fuentes (Olson et al., 1996): de la experiencia directa con los objetos que subyace a una parte importante de nuestro conocimiento; mediante la comunicación por parte de otras personas (experiencia indirecta); y, de otras creencias. Las propiedades de las expectativas son las de certidumbre, accesibilidad, explicitud e importancia, estando todas interrelacionadas entre sí.

Las consecuencias de las expectativas son de suma importancia para el ser humano. Las creencias percibidas sobre el futuro tienen importantes implicaciones para los pensamientos, sentimientos y acciones de la persona. Como un ejemplo, las expectativas lo que hacen es centrar y dirigir la atención hacia el objeto predicho, buscando la consistencia y apartando la inconsistencia. Por ello, las expectativas guían la interpretación de la información.

Es en la conducta donde se aprecia más el efecto de las expectativas, ya que éstas guían una buena parte de aquella para maximizar los refuerzos y minimizar los castigos. Son muchos los estudios que se han hecho donde se ha mostrado que las personas creen de acuerdo a sus expectativas más que a los resultados de su conducta. Sabemos también que tipos específicos de expectativas pueden tener un gran impacto sobre el procesamiento de la información y sobre la conducta.

Por tanto, una expectativa es un elemento cognitivo de la persona que le permite anticipar o esperar un evento particular. Ello le lleva a actuar en función de ese resultado que desea esperar para conseguirlo. A nivel empírico ello puede evaluarse mediante la evaluación cuantitativa y subjetiva del resultado esperado de una conducta probable, junto a la evaluación posterior de la ejecución o no de esa conducta y el grado de esa ejecución.

Una de las aportaciones más importantes de las expectativas ha sido realizada por Bandura, como ya hemos comentado. Las expectativas, según Bandura (1977), se aprenden a través de procesos cognitivos a través de símbolos, positivos y negativos, de las experiencias primarias. Las emociones tienen una gran importancia para aprender las expectativas y en los primeros años, coincidiendo con el proceso de socialización primaria, tiene su máxima relevancia. Además, las respuestas emocionales se pueden aprender por experiencia directa o por medio de observación, mediante el aprendizaje vicario. En palabras de Bandura "en el aprendizaje vicario de expectativas, los acontecimientos adquieren un poder evocador al asociarse con las emociones que provocan en los observadores las expresiones afectivas de los demás. Las expresiones vocales, faciales o posturales de los modelos constituyen manifestaciones emocionales y provocan la excitación emocional de los observadores. Estas señales afectivas de carácter social adquieren mejor su poder de excitación cuando se relacionan con experiencias interpersonales compartidas. Es decir, cuando los individuos están animados tratan a los demás en forma amigable, lo que produce efectos placenteros, por el contrario, cuando están abatidos, apenados o enfadados, es más probable que los

que los rodean sufran de una forma o de otra" (Bandura, 1977/1982, p. 86). Una vez que se ha desarrollado la capacidad de excitación vicaria, pueden establecerse respuestas emocionales hacia ciertos correlatos del medio, a través de la observación de las experiencias afectivas de otras personas. Además, la semejanza de las experiencias de las personas hace que las consecuencias de la conducta de los demás permitan predecir los resultados de la propia, lo que constituye un factor especialmente influyente en el aprendizaje vicario de respuestas emocionales (Bandura, 1977).

Bandura (1977, 1986), partiendo del concepto de expectativa, ha propuesto un mecanismo psicológico común: el de expectativas de eficacia o autoeficacia, que diferencia de las expectativas de resultado. Por expectativa de resultado entiende "la estimación, por parte de una persona, de que una determinada conducta producirá unos ciertos resultados" y por expectativa de eficacia "la convicción de que uno puede efectuar, con éxito, la conducta necesaria para producir esos resultados" (Bandura, 1977/1982, p. 102). Aunque inicialmente Bandura (1977) insistía en que era necesario diferenciar un tipo de expectativa de otro, porque un individuo puede creer que un cierto curso de acción va a producir unos ciertos resultados, pero dude de poder realizar las acciones correspondientes, con posterioridad se ha centrado básicamente en las expectativas de eficacia, llamándole autoeficacia (Bandura, 1986) y más recientemente "autoeficacia percibida" (Bandura, 1995).

Las expectativas son, claramente, un elemento antecedente de la conducta, adquirido en función del ambiente y del aprendizaje, estando íntimamente relacionadas en los primeros años con el proceso de socialización. Hoy se considera que la autoeficacia percibida es el núcleo central de las percepciones que tienen los individuos sobre su capacidad de actuar. La autoeficacia percibida afecta a los propios niveles de motivación y logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios de la vida (Cervone y Scott, 1995). Para Bandura (1977, 1986) son cuatro los tipos de experiencias que influyen en las percepciones de autoeficacia: la experiencia directa con el ambiente; la experiencia vicaria; la persuasión verbal; y, los estados afectivos y psicológicos que pueden proporcionar información acerca de la propia eficacia.

En el tema de las drogas en adolescentes, como dice Funes (1996), para los adolescentes es más importante las expectativas ante las drogas que los efectos que ellas realmente producen. De ahí que considera que las expectativas son a menudo más problemáticas que la sustancia en sí. También el consumo puede depender de modas, tipos de diversión, etc. Esto es, "nada atrae más que aquello de lo que se espera mucho. Una buena expectativa y un buen ambiente son los componentes básicos de un buen "coloque" (p. 46).

2.2.6. La adolescencia como punto medio de un antes y un después

Actualmente, la adolescencia está caracterizada por su segregación por la edad que tienen, al no ser ni niños ni adultos; tener una dependencia económica prolongada de sus padres, a diferencia de lo que ocu-

ría en otras épocas, no hace más que un par de décadas; tener un espíritu contestatario ante las injusticias, las guerras, los conflictos, las causas justas, etc., como elemento consustancial a la misma; su papel de consumidores pasivos de medios de comunicación, como un fenómeno de nuestro tiempo, y al que se dirigen de modo importante como consumidores actuales y futuros (Craig, 1996). Quizás por ser la generación actual de jóvenes de muchos países una generación en búsqueda de su identidad, en Estados Unidos se habla de que la actual generación de adolescentes es la "generación X", en contraposición a la generación de adolescentes anteriores, algunos que son sus padres hoy, conocida como la generación "baby boomers", por el gran boom (*boom*) de la natalidad (*baby* es la palabra inglesa para referirse a niño) de aquellos años respecto al hijo o dos hijos de hoy, y a las grandes oportunidades laborales, educativas y sociales respecto a hoy. Así, a diferencia de la generación de los "baby boomers", los de la generación X al hacerse mayores no pudieron encontrar trabajos decentes, otros se vieron obligados a continuar viviendo con sus padres debido a la situación económica, ven el futuro con desolación, muchos crecieron en familias con un solo padre por los divorcios introducidos unos años antes cuando sus padres eran jóvenes, cuando pasan al mercado laboral ganan menos de lo que esperaban, etc. (Craig, 1996).

Tomando como referencia a Compas et al. (1995), Wicks-Nelson e Israel (1996) indican, basándose en los datos empíricos de que disponemos, la existencia de cinco trayectorias que marcan la evolución a lo largo de los años, desde la primera parte a la última de la adolescencia. La primera es la adaptación estable. En ella el adolescente tiene pocos problemas de comportamiento, una autovalía satisfactoria y una baja exposición al riesgo. La segunda, de desadaptación estable, el adolescente tiene adversidades crónicas y poca protección; ej., cuando permanece su conducta agresiva y antisocial. La tercera, de inversión de la desadaptación, hay un cambio importante en la vida que da lugar a nuevas oportunidades y a conseguir de nuevo la adaptación, ej., un buen trabajo puede proporcionar una buena oportunidad de cambio. La cuarta, rechazo de la adaptación, en la que los cambios biológicos o ambientales producen dificultades; ej., el divorcio de los padres. Y, la quinta, la desadaptación temporal, puede reflejar una búsqueda experimental de riesgo transitorio después del cual vuelve la adaptación, ej., consumo de drogas ilegales.

Lo anterior indica que es difícil predecir el curso evolutivo de un individuo. Y, también que ello es una suerte en muchos casos porque también implica la posibilidad de cambio por parte del individuo a lo largo del tiempo, aunque partamos de un comienzo desadaptativo o de mal pronóstico. Con todo, lo cierto es que disponemos de gran cantidad de información para poder hacer predicciones específicas que nos sirven para guiar nuestras acciones preventivas por la senda correcta.

2.3. Fase de experimentación e inicio al consumo

2.3.1. Factores de riesgo y factores de protección

Como ya hemos expuesto ampliamente en el capítulo 1, hoy sabemos que existen toda una serie de factores de riesgo que aumentan significativamente la probabilidad de consumir drogas y, por contra, existen unos factores de protección que impiden significativamente el que se consuman distintas drogas. Es imprescindible considerarlos, además de tener una gran cantidad de información sobre los mismos, que están facilitando el diseño de adecuados programas preventivos.

Junto a lo que allí comentamos se pueden considerar que existen también factores de riesgo en el desarrollo que hay que tener en cuenta antes de pasar a comentar los factores específicos de riesgo y protección en las drogodependencias. Estos han sido expuestos por Coie, Watt, West et al. (1993), siendo aplicables para la prevención de todo tipo de conductas en adolescentes, drogas u otras. Como puede verse en la tabla 38, considera los constitucionales, los familiares, los emocionales e interpersonales, los intelectuales y académicos, los ecológicos y los acontecimientos de la vida no normativos que generan estrés. Hay que partir de estos, porque son generales, y luego pasar específicamente a otros que se han encontrado que están relacionados con el consumo o no consumo de sustancias, como ya hemos visto (ej., Jessor, 1991, 1992).

2.3.2. Disponibilidad de la sustancia

Un factor que se relaciona claramente con el consumo de drogas es que éstas estén disponibles para los posibles consumidores. Si están disponibles es posible o no el consumo. Si no están disponibles el consumo es difícil o puede llegar a hacerse imposible. Pero además, como producto, tiene que tener unas propiedades para que sus potenciales compradores/consumidores la acepten y se conviertan en un elemento más de consumo. Su tamaño, forma, color, vía de ingestión, efectos a corto, medio y largo plazo, precio, entre otras, son algunas razones a tener en cuenta para ello y la especie de multinacionales que se dedican a comercializar las distintas drogas lo tienen bien en cuenta. Además, éstos consideran que ocupen poco espacio, sean fácilmente transportables, tengan efectos potentes pero no mortales, produzcan una gran adicción y el precio se adecúe a la capacidad adquisitiva de un número suficiente de personas para poder mantener el negocio en un país o zona concreta. En caso contrario no obtendrían grandes beneficios y no les compensaría el negocio.

Tabla 38. Factores de riesgo en el desarrollo

Tipo de factores	Factores de riesgo
Constitucionales	Influencias hereditarias y anomalías genéticas Complicaciones prenatales y durante el nacimiento Enfermedad y daños sufridos después del nacimiento Alimentación y cuidados médicos inadecuados

Tabla 38 (continuación)

Familiares	Pobreza Malos tratos, indiferencia Conflicto, desorganización, psicopatología, estrés Familia numerosa
Emocionales e interpersonales	Patrones psicológicos tales como poca autoestima, inmadurez emocional, temperamento difícil Incompetencia social Rechazo por parte de los iguales
Intelectuales y académicos	Inteligencia por debajo de la media, trastornos del aprendizaje Fracaso escolar
Ecológicos	Vecindario desorganizado y delincuencia Injusticias raciales, étnicas y de género
Acontecimientos de la vida no normativos que generan estrés	Muerte prematura de uno de los progenitores Estallido de una guerra en el entorno inmediato

Adaptado de Coie et al. (1993)

La disponibilidad es una cuestión de mercado que no siempre se considera en su justa medida. Además, tenemos una gran información sobre este tema porque es la clave del mantenimiento, junto a otras, del alto consumo de drogas legales en nuestro país, alcohol y tabaco. Y, en vistas a la prevención de las drogodependencias, primero las legales y luego las ilegales, es de interés conocer bien este fenómeno junto a la accesibilidad y precio de la sustancia.

2.3.3. Accesibilidad y precio de la sustancia

Pero a pesar de que la disponibilidad de una sustancia es de suma importancia, es insuficiente si ello no va unido a una buena accesibilidad a la misma y tiene un precio adecuado. De nada sirve que haya disponibles 10 toneladas de cocaína en un almacén si no es posible ponerla en el mercado para que sea accesible a los consumidores y éstos tengan el suficiente dinero para poder comprar una dosis que les produzca los efectos psicoactivos deseados.

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

El precio es otra cuestión importante. Actualmente, el coste por dosis es alto, pero es accesible para muchas personas si se considera una dosis o pocas dosis. El problema surge cuando la persona precisa varias dosis diarias o precisa varias dosis al mes; en este caso puede surgir un problema de falta de dinero para conseguir comprar la droga. Según los últimos datos de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1998) una dosis de heroína cuesta sobre 1.600 pts. y de cocaína 2.000 pts. El LSD y el speed sobre 1.000 pts. Y el éxtasis cercano a las 2.500 pts. El gramo de hachís entre 500 y 600 pts. Como sabemos el precio del alcohol y del tabaco es bajo y bien conocido por todos.

Como ya hemos comentado, el consumo de drogas se asocia con otro tipo de conductas, especialmente con la conducta antisocial. Ello facilita el que si no se dispone de dinero, sea más fácil intentar conseguirlo por medios ilícitos, como el robo, la extorsión, la amenaza, etc.

Salvador (1996, 1998), para el tabaco, ha analizado específicamente el papel que tiene la disponibilidad y accesibilidad al tabaco. El tabaco es, no cabe duda, la droga más accesible a cualquier ciudadano del mundo. Aunque en nuestro medio el alcohol lo es igual que el tabaco, sin embargo en otras culturas el alcohol está prohibido o tiene fuertes restricciones a su consumo. Siguiendo con el tabaco, comenta Salvador (1998) como en España hay 15.500 expendedurías de tabaco y 100.000 máquinas automáticas situadas en lugares públicos. A ello hay que añadir la venta en bares, restaurantes, etc., aparte de la venta ambulante de tabaco tan característica de las grandes ciudades y sin contar con todo el tema del tabaco de contrabando. Esta disponibilidad y accesibilidad llega a su punto álgido cuando es posible comprarlo en hospitales, a pesar de que legalmente no sea posible. Pero hablar de "legalidad" puede ser hasta un contrasentido para una sustancia tan cotidiana y consumida por el 37% de la población adulta española. También, como ya hemos comentado, Salvador (1996, 1998) incide en la relación entre accesibilidad, precio y demanda de cigarrillos. Todo va unido. Hoy sabemos que el incremento del precio del tabaco por encima del IPC produce un descenso del consumo. Ejemplos recientes en diversos países son claros (Villabí, 1998). Sin embargo, en nuestro país dicho precio se mantiene estancado al subir igual que el IPC en los

últimos años. Si nos referimos al alcohol estamos ante la misma situación. Después de un considerable incremento de su precio por una mayor presión fiscal a través del incremento de impuestos para adecuarlos a la normativa comunitaria hace unos años, año a año el precio del vino, bebidas destiladas, etc., se sigue manteniendo sin apenas variaciones.

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

2.3.4. Tipo de sustancia y percepción del riesgo de la sustancia

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

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

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

Son diversos los factores que se asocian con la percepción del riesgo por parte de las personas de una población sobre una droga específica. En el caso del tabaco, la mera información y la concienciación de los profesionales de la salud, a partir de la cual han enviado mensajes claros a sus pacientes, ha favorecido una importante reducción en el consumo de tabaco. Por contra, en el caso de la marihuana, al no pro-

ducir importantes problemas de dependencia, haber una gran disponibilidad de la misma, ser considerada como una droga menos peligrosa que la heroína, no existir un número de adictos a la misma problemáticos, existir grupos que defienden su consumo y legalización, etc., han favorecido el que en los últimos años se haya reducido la idea de que la misma acarrea graves problemas.

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

2.3.4.1. Drogas legales y publicidad: el cruce de la accesibilidad con la percepción del riesgo

La publicidad de las drogas legales va orientada claramente a que los consumidores incrementen el consumo de las mismas, esto es, del tabaco y del alcohol o, si no consumen, se hagan consumidores. Aunque las compañías niegan este hecho, la realidad muestra que las campañas van dirigidas a incrementar el mercado (Salvador, 1998; Villalbí, 1998) y, que si no fuese así, dejarían inmediatamente de hacer publicidad por los miles de millones que gastan anualmente las compañías en la publicidad del alcohol y del tabaco. Además, se precisa la incorporación de nuevos consumidores para mitigar los efectos de los que mueren y de los que abandonan su consumo por motivos de salud, problemas de adicción, mediante un tratamiento, etc. De ahí el que tengan un gran interés en dirigirse a los jóvenes para captarlos como consumidores o reforzar su adicción. Por ello cada vez más promocionan actividades relacionadas con ellos, y no con los adultos, como campeonatos deportivos, conciertos, concursos, etc. Por desgracia, las compañías suelen insistir en que están haciendo publicidad de un producto legal, cuando aunque realmente lo es, tiene que estar controlado por las autoridades sanitarias debido a las consecuencias de tipo sanitarias, económicas y personales que acarrea su consumo, cualquier consumo en el caso del tabaco y un consumo abusivo o dependiente cuando nos referimos al alcohol. Como dice Villalbí (1998) "una vez establecida la dependencia, ésta es difícil de romper. Por tanto, el acto de fumar no depende exclusivamente del libre albedrío personal, sino que en realidad viene condicionado por su carácter adictivo y por los factores

que condicionan su accesibilidad, su disponibilidad, y la existencia de presiones externas al consumo" (p. 176).

Claramente, para el niño o adolescente que ve como a su alrededor las personas consumen drogas legales sin ninguna coacción, que las ven anunciadas en los periódicos, revistas e incluso televisión (alcohol, directamente e indirectamente el tabaco), la primera idea que extrae de ello es que su consumo no acarrea riesgos. De ahí que la percepción del riesgo que tienen los adolescentes como el resto de la población sobre el tabaco y el alcohol sea bajo, a diferencia de las drogas ilegales. Y, cuando el adolescente escucha mensajes, fundamentalmente sanitarios, abogando por un mayor control de las mismas, no puede entender que se planteen dichos mensajes para unas sustancias y no para otras o que se pretenda regular algo que, por otra parte, la hacienda pública es una de las más beneficiadas a través de los impuestos, sin contar los puestos de trabajo que están por medio en juego si realmente se llegase a un real control. Para la prevención de las drogodependencias éste es un tema central. La prevención se centra básicamente en las drogas legales y hoy casi todos los programas preventivos tienen un componente orientado al análisis de la publicidad del alcohol y del tabaco y a cómo hacerle frente a sus mensajes y desmontar las falacias que suelen subyacer a los mismos.

2.3.5. Creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones

Respecto al consumo de drogas, las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones que se tengan sobre las distintas drogas van a ser un elemento predictor de la prueba o no de ellas y de su posterior consumo o abstinencia. Se asocian claramente a los factores de riesgo y protección y son otro elemento más fruto de la socialización de la persona, de sus procesos de aprendizaje y de sus expectativas.

Las creencias son "la información que tiene un sujeto sobre un objeto" (Fishbein y Ajzen, 1975, p. 5), enlazando un objeto con un atributo; las actitudes "una predisposición aprendida a responder de una manera favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado" (Fishbein y Ajzen, 1975, p. 6); las normas interiorizadas aquellas que llevan a la persona a seguir un curso u otro de acción según lo que se espera de él por parte de otras personas para él relevantes; un valor es una constelación de actitudes centrales en el modo de estructurar el mundo el individuo (Rokeach, 1973) y una intención conductual es el resultado de la actitud hacia la conducta y de la norma subjetiva en donde el individuo piensa llevar a cabo una acción o conducta que se le adecúa a las mismas, siendo por tanto un buen predictor de la conducta (Ajzen, 1988).

Sobra decir que estos elementos son de gran relevancia para que la persona llegue finalmente a realizar o no una conducta. Por ello, distintos modelos teóricos, como los de la acción razonada y de la conducta

planificada, ya vistos, se centran en estos componentes para explicar la conducta. Claramente los factores de riesgo y protección se relacionan directamente con estos componentes para facilitar o no el contacto con la sustancia por parte de los aspectos volitivos del individuo. Tampoco debemos olvidar que los otros elementos del modelo, como los factores de predisposición, o la disponibilidad, accesibilidad y precio de la sustancia, tienen su importancia en relación con las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones. Todos estos elementos son cambiables a lo largo del tiempo. De ahí que las distintas experiencias con la sustancia, lleven o no al consumo, junto a la interacción del consumo con distintas sustancias, van paulatinamente conformando las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones a lo largo del tiempo. Finalmente, la persona tendrá una idea adecuadamente elaborada sobre las distintas drogas. Esto le puede hacer pensar en realizar o no la acción, cuando estamos al nivel de intención conductual, y realizar o no la conducta. Las creencias, actitudes y normas interiorizadas cobran aquí un papel importante para la predicción de la intención conductual. Constituyen, como se ve en el modelo, un elemento directo en relación a la prueba o no de la sustancia.

2.3.6. El estado emocional

Hemos visto al hablar de distintas teorías, que el estado emocional se asocia en ocasiones al consumo de sustancias. Como un ejemplo de ello, Chatlos (1996) ilustra algunas de las múltiples relaciones entre dos trastornos biopsicosociales utilizando el modelo del desarrollo y el diagnóstico del DSM-IV, resumiéndolas en las siguientes: 1) los factores de riesgo de cada trastorno pueden interactuar y sobreponerse entre sí (ej., trastornos de conducta y de humor); 2) la psicopatología del eje I o II (ej., trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o personalidad antisocial) pueden servir como un factor de riesgo para los trastornos adictivos; 3) los trastornos adictivos pueden servir como un factor de riesgo para la psicopatología (ej., el uso de LSD y la aparición de psicosis); 4) los síntomas psiquiátricos se pueden desarrollar como resultado de una intoxicación aguda e iniciar la aparición de un trastorno psiquiátrico (ej., trastorno psicótico inducido por sustancias), el cual podría resolverse con la abstinencia; 5) el trastorno psiquiátrico puede llevar a iniciar el consumo de sustancias o a la intoxicación aguda como un intento de automedicación (ej., el trastorno de estrés agudo lleva al uso de alcohol, el uso de drogas para facilitar las interacciones en la fobia social, etc.); 6) algunos trastornos psiquiátricos pueden emerger como una consecuencia del uso progresivo y persisten dentro del período de remisión. Esto podría estar relacionado con el síndrome de abstinencia o los síntomas de uso crónicos (ej., trastorno de la percepción persistente por alucinógenos, trastorno persistente del estado de ánimo); 7) la psicopatología puede modificar el curso de un trastorno adictivo en términos de rapidez del curso, respuesta al tratamiento, cuadro sintomático y resultado a largo plazo (ej., trastorno de ansiedad concomitante y dependencia del alcohol); 8) aspectos de mantenimiento (per-

sonal y social) del trastorno psiquiátrico pueden llevar a una progresión continuada, consolidación o recaída del trastorno por uso de sustancias (ej., aspectos familiares y personales de la esquizofrenia crónica llevan a la recaída de la sustancia; aspectos de codependencia del trastorno de control de impulsos tales como juego patológico o trastorno explosivo intermitente contribuyen a una progresión alcohólica); 9) aspectos de mantenimiento del trastorno de adicción pueden llevar a una continua progresión, consolidación o recaída del trastorno psiquiátrico (ej., la relación entre depresión y consumo de distintas sustancias); 10) los miembros o aspectos de un sistema incapacitante pueden interactuar con otro (ej., un sistema familiar depresivo fomenta la desesperación continuada de un sistema familiar que abusa de sustancias; la violencia de un sistema familiar alcohólico consolida la manipulación continuada de un sistema de trastorno antisocial); y, 11) algunas condiciones psicopatológicas y trastornos adictivos son independientes y no específicamente relacionados (ej. tricotilomanía).

Es valioso hacer distinciones entre fuentes (psiquiátrica o trastornos por uso de sustancias), si es posible, y entre las posiciones a lo largo del continuo temporal de cada trastorno (antecedente, concomitante o mantenimiento). Estas distinciones pueden indicar tipos específicos de intervenciones.

Con ello queremos indicar que el estado emocional tiene hoy una gran relevancia en la explicación del consumo o no de las distintas sustancias, y más todavía una vez que se ha producido el consumo en su mantenimiento.

2.3.7. La familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación

Cuando hablamos de la predisposición psicológica dedicamos un apartado a la socialización. Dentro de ésta comentamos el papel de la familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación. Como allí decíamos, estos elementos de la socialización van a durar toda la vida. En la infancia el elemento más importante de la socialización es la familia; luego se complementa con la escuela y con los iguales; igualmente, los medios de comunicación, conforme va teniendo mayor capacidad de comprender y elaborar conceptos va aumentando en importancia. En la adolescencia, se incrementa el peso de los iguales como elemento de socialización junto a la escuela; los medios de comunicación también se dirigen a ellos. Para la prueba o no de una sustancia psicoactiva estos elementos de la socialización van a tener aquí su importancia junto a los otros ya vistos. La socialización, que influye en las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones, junto a la socialización a través de la familia, iguales, escuela y medios de comunicación, disponibilidad y accesibilidad a la sustancia, y estado emocional, habilidades de afrontamiento y percepción del riesgo, van a llevar a la prueba o no de esa sustancia.

2.3.8. Habilidades de afrontamiento

A lo largo de la vida la persona va adquiriendo habilidades para afrontar las distintas situaciones que se le presentan, tanto las habituales que ha vivido con otras personas que le han guiado, como las nuevas ante las que nunca antes había sido expuesto. La persona que a lo largo de su vida ha adquirido habilidades adecuadas, las denominadas habilidades de afrontamiento, podrá superar los problemas que se le vayan presentando de modo exitoso. En el caso de las drogas, hay personas que podrán elegir consumirlas o no por tener adecuadas habilidades de afrontamiento y poder decidir en un sentido o en otro, pero habrá otras personas que ante la carencia de habilidades de afrontamiento ante problemas concretos de su vida, saltos evolutivos, novedad, etc., probarán las mismas y, ante el descubrimiento de un modo de solventar parcialmente sus problemas (ej., timidez, estrés, depresión, etc.), la sustancia se convertirá en dicha habilidad de afrontamiento, al tiempo que con ello impide desarrollar adecuadamente las habilidades que se precisan para funcionar eficazmente en la vida.

2.3.9. Prueba/no prueba de la sustancia disponible

Todas las variables anteriores en interacción llevan finalmente a una persona a probar o no una determinada sustancia. Si no la prueba, esas variables siguen ahí presentes, favoreciendo el que las pruebe en un momento posterior (riesgo) o aumentando la probabilidad de que no las pruebe (protección). Si la prueba, lo que puede ocurrir es que sea una simple prueba por las consecuencias negativas que le acarree, o bien siga consumiendo por las consecuencias positivas que le produzca. Al tiempo, el resto de las variables siguen actuando sobre la persona y sobre la sustancia.

Si continúa la prueba de una determinada sustancia se irán produciendo en un período de tiempo más o menos largo los efectos psicofarmacológicos de esa sustancia, como sus efectos psicoactivos, tolerancia, síndrome de abstinencia si deja de usarla, etc. No se debe olvidar también la interacción que puede existir entre distintas sustancias psicoactivas y la interacción de unas con otras.

2.4. Fase de consolidación: del uso al abuso y a la dependencia

El elemento fundamental que va a mantener el consumo de sustancias son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicha consumo. En función de las mismas, la persona decidirá continuar o no consumiendo esa sustancia. Las consecuencias estarán en relación a sus iguales, a su familia y a sí mismo.

Sus iguales pueden o no aceptar su conducta; pueden reforzarla o castigarla. Es de gran importancia si el consumo se ha producido con ellos. A nivel de su familia ésta puede tolerar o aceptar el consumo o puede estar en desacuerdo, criticarlo, censurarlo o castigarlo. Finalmente, las consecuencias que el consumo produzca en la propia persona es también de suma importancia. El notará directamente el efecto, positivo o negativo, beneficios o problemas que ve en ello, etc. El que no consume evalúa las consecuencias en los iguales, familia y sí mismo. En función de todo esto y de la percepción del riesgo de la sustancia, una vez que la conoce, le llevará a seguir o no consumiendo la misma o, en caso de no consumir a seguir sin consumir, o hacer intentos o pruebas de consumo en el futuro.

En este proceso cobra relevancia considerar la interacción entre distintas sustancias e incluso entre otras adicciones sin sustancias, por la necesidad de considerar en conjunto la "conducta" de esa persona, más que en sus componentes independientes. Sabemos también que el estado emocional es una importante variable en este momento para que se mantenga o no el consumo de sustancias y se pueda producir un incremento cuantitativo en el consumo, pasando del uso, al abuso y a la dependencia, o incluso pasando a consumir otro tipo de drogas más potentes. Cuando ya se está en una fase de dependencia y se ha mantenido en el tiempo, entonces podemos afirmar que la persona está en una fase de adicción consolidada.

2.5. Fase de abandono o mantenimiento

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

De los que lo abandonan, el motivo de éste puede ser por causas externas o por causas internas. Las causas externas puede ser la presión familiar, de los amigos, novia, social, policial, sanitaria, etc., para que abandone el consumo de esa sustancia concreta. De tipo interno, cuando la persona decide dejar de hacer un consumo por los problemas que le acarrea, sean de tipo personal, físico, afectivo, familiar, social, etc. Este abandono puede hacerse por sí mismo, si es posible, o dependiendo del nivel de dependencia, mediante la búsqueda de ayuda para dejar de consumir esa sustancia.

2.6. Fase de recaída

La adicción consolidada puede considerarse como una conducta aprendida difícil de extinguir. De ahí que las personas que llegan a niveles de adicción consolidada (dependencia), habitualmente después de varios años de consumo, cuando deciden dejar la sustancia y lo consiguen, con frecuencia recaen. En este caso, el abandono de esa sustancia puede considerarse un proceso a lo largo de un camino de recaídas. Con ello la persona abandona la sustancia, recae, vuelve a abandonarla y vuelve a recaer, hasta que se mantiene este proceso a lo largo del tiempo o bien en un punto consigue la abstinencia. Estaríamos hablando en este caso de las fases clásicas de tratamiento y de la posterior de rehabilitación.

3. La utilidad de este modelo para los programas preventivos

Este modelo, como otros que ya hemos expuesto en capítulos previos, permiten organizar la información de que disponemos sobre el consumo de las distintas drogas y de los factores asociados al mismo de un modo coherente y, a pesar de la complejidad que pueda parecer, de modo simple y fácil de comprender. Cuando tenemos un marco conceptual adecuado, éste nos permite comprender mejor la realidad y organizarla. A través de esa organización, también podemos intervenir en distintos elementos que son modificables, siempre que dicha modificación sea posible, aceptada y que con ella se consigan más beneficios que perjuicios o efectos indeseados. De ahí, que cara a los programas preventivos, con un modelo como el expuesto, es posible conocer en una persona, grupo o colectividad concreta, qué factores son los que tienen más importancia en ella para el consumo de las distintas drogas y, siguiendo el modelo, poder aplicar medidas para reducir el mismo. Esto se puede hacer a través de la modificación de algunas de las variables que se relacionan con dicho consumo. Esto es lo que pretende todo programa preventivo. Sin embargo, las estrategias a aplicar tienen que procurar abarcar varios elementos importantes del modelo, más que uno solo o un conjunto de aspectos del mismo. De ahí, que las estrategias orientadas a la conducta, y a los factores inmediatos asociados con la misma, son de gran relevancia. Esto explica el que en los últimos años una parte considerable de los programas preventivos eficaces se centren en el aprendizaje de habilidades, tanto relacionadas con la resistencia al consumo de drogas, como a otras que le permitan al joven, y luego adulto, afrontar más adecuadamente la vida, especialmente en el aspecto conductual y emocional, junto al social, familiar, trabajo, ocio y tiempo libre, etc.

4. Referencias bibliográficas

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: The Dorsey Press.

- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing (6th ed.)*. Nueva York: Maxwell MacMillan.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. y Nolen-Hoeksema, S. (1996). *Hilgard's introduction to psychology (11th ed.)*. Forth Worth, TX: Harcourt Brace College Publishers.
- Bachman, J.G., Johnston, L.D., O'Malley, P.M. y Humphrey, R.H. (1988). Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived risk, disapproval, and general lifestyle factors. *Journal of Health and Social Sciences*, 29, 92-112.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Madrid, Espasa Calpe, 1982).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Barcelona, Martínez-Roca, 1987).
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Baumrid, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35, 639-650.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bermúdez, J. (1997). *La personalidad*. Madrid: Aguilar.
- Bieraut, L. Y Dinwiddie, S.H. (1997). Familial and genetic studies of comorbidity of addictive and psychiatric disorders. En N.S. Miller (Ed.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp. 47-54). Philadelphia, PA: W.B. Sandunders Company.
- Cadore, R.J., Yates, W. y Devor, E. (1997). Genetic factors in human drug abuse and addiction. En N.S. Miller (Ed.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp. 35-46). Philadelphia, PA: W.B. Sandunders Company.
- Calafat, A. y Amengual, M. (1991). Depresión, depresividad y toxicomanía. *Adicciones*, 3, 75-100.
- Calafat, A., Stocco, P., Mendez, F., Simon, J., van de Wijngaart, G., Sureda, M.P., Palmer, A., Maalsté, N. Y Zavatti, P. (1998). *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: Irefrea España.
- Carroll, M.E. (1993). The economic context of drug and nondrug reinforcers affects acquisition and maintenance of drug-reinforced behavior and withdrawal effects. *Drugs and Alcohol Dependence*, 33, 201-210.
- Cervone, D. y Scott, W. (1995). Self-efficacy theory of behavioral change: Foundations, conceptual issues, and therapeutic implications. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior change. Exploring behavior change* (pp. 349-383). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chatlos, J.C. (1996). Recent trends and a development approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnov, J.R., Markman, H.J., Ramey, S.L., Shure, M.B. y Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Compas, B.E., Hinden, B.R. y Gerhardt, C. (1995). Adolescent development: Pathways and precesses of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-293.
- Craig, G.J. (1996). *Desarrollo psicológico (7ª ed.)*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Daugherty, R.P. y Leukefeld, C. (1998). *Reducing the risks for substance abuse. A lifespan approach*. Nueva York: Plenum.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1998). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 1*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

- Digman, J.M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factors model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Dinwiddie, S.H. (1997). Genetics of alcoholism. En N.S. Miller (Ed.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp.26-34). Philadelphia, PA: W.B. Sandunders Company.
- Dunn, J. (1993). *Young children's close relationship: Beyond attachment*. Newberry Park, CA: Sage.
- Falk, J.L. (1994). The discriminative stimulus and its reputation: Role in the instigation of drug abuse. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 1, 43-52.
- Falk, J.L. (1996). Environment factors in the instigation and maintenance of drug abuse. En W.K. Bickel y R.J. DeGrandpre (Eds.), *Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse* (pp. 3-29). Nueva York: Plenum.
- Funes, J. (1996). *Drogas y adolescentes*. Madrid: Aguilar.
- Gold, M.S. (1997). The neurobiology of addictive disorders: The role of dopamine, endorphin, and serotonin. En N.S. Miller (Ed.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp. 57-69). Philadelphia, PA: W.B. Sandunders Company.
- Goodwin, D.W. (1985). Alcoholism and genetics: The signs of our fathers. *Archives of General Psychiatry*, 42, 171-174.
- Higgins, S.T., Bickel, W.K. y Hughes, J.R. (1994). Influence of an alternative reinforcer on human cocaine self-administration. *Life Sciences*, 55, 179-187.
- Johnston, L.D. (1995). Contribuciones de la epidemiología de las drogas al campo de la prevención del abuso de drogas. En C.G. Leukefeld y W.J. Bukoski (Eds.), *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (pp. 61-82). Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud.
- Kandel, D.B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315)
- Maccoby, E.E. (1984). Socialization and developmental change. *Child Development*, 55, 317-328.
- Maccoby, E.E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historic overview. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.
- Maccoby, E.E. y Martin, J.A. (1983). Socializations in the context of the family: Parent-child interactions. En P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology. Vol. 4. Socialization, personality, and social development*. Nueva York: Wiley.
- Miller, N.S. (1997). Generalized vulnerability to drug and alcohol addiction. En N.S. Miller (Ed.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp. 18-25). Philadelphia, PA: W.B. Sandunders Company.
- Murphy, K.R. y Davidshofer, C.O. (1991). *Psychological testing. Principles & applications*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Muñoz, M. (1998). *Factores de riesgo en drogodependencias: consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Facultad de Psicología de la Universidad Complutense. Tesis Doctoral.
- Olson, J.M., Roese, N.J. y Zanna, M.P. (1996). Expectancies. En E.T. Higgins y A.W. Kruglansky (Eds.) *Social psychology. Handbook of basic principles* (pp. 211-238). Nueva York: Guildford.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264, 2511-2518.

- Salvador, T. (1996). *Tabaquismo*. Madrid: Aguilar.
- Salvador, T. (1998). Condicionantes del consumo de tabaco en España. En E. Becoña (Ed.), *Libro blanco sobre el tabaquismo en España* (pp. 153-173). Barcelona: Glosa Ediciones.
- Sánchez-Turet, M. (1992). Genética del alcoholismo. *Adicciones*, 4, 3-6.
- Silverman, K., Kirby, K.C. y Griffiths, R.R. (1994). Modulation of drug reinforcement by behavioral requirements following drug ingestion. *Psychopharmacology*, 114, 243-247.
- Sylva, K. (1994). School influences on children's development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 135-170.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E. (1998). ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión? *Psicothema*, 10, 229-239.
- Villalbí, J.R. (1998). Tabaco y políticas de tabaco. En E. Becoña (Ed.), *Libro blanco sobre el tabaquismo en España* (pp. 175-189). Barcelona: Glosa Ediciones.
- Westermeyer, J. (1996). Cultural factors in the control, prevention, and treatment of illicit drug use: The earthlings' psychoactive trek. En W.K. Bickel y R.J. DeGrandpre (Eds.), *Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse* (pp. 99-124). Nueva York: Plenum Press.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente, 3ª edición*. Madrid: Prentice-Hall.
- Wikler, A. (1973). Dynamics of drug dependence: Implications of a conditioning theory for research and treatment. *Archives of General Psychiatry*, 28, 611-616.

Capítulo 8

Epílogo: de la teoría a la práctica

Este capítulo final, como epílogo, resume algunos de los aspectos centrales tratados a lo largo de este libro y plantea algunas líneas de acción que se deducen de todo lo que hemos visto hasta este momento. Lo que se pretende básicamente transmitir es que las teorías y modelos que se han propuesto y se han utilizado para la prevención de las drogodependencias tienen que ser la base para la práctica; esto es, para la aplicación de los programas preventivos. Y que, al mismo tiempo, la práctica tiene que permitir mejorar las teorías y modelos que se han propuesto para explicar la etiología y el consumo de drogas. Por ello es imprescindible el feedback mutuo entre uno y otro.

A continuación exponemos, en forma de resumen y de línea de unión entre la teoría y la práctica, 30 puntos que consideramos importantes.

1) El consumo de drogas es un fenómeno característico de nuestra sociedad actual. Hay una relación directa entre sociedad desarrollada y consumo abusivo de drogas, consumos fuera de las normas sociales imperantes. Estos consumos son distintos a los consumos puntuales y ritualizados de otras culturas o de la nuestra en otros momentos históricos. Algunos consumos de drogas legales se hacen de modo ritual (ej., brindar con champán ante acontecimientos importantes, el regalo de un puro al varón en una boda y los cigarrillos a la mujer). Igualmente, la pérdida del control es un fenómeno que caracteriza a muchos consumidores, a diferencia de aquellos consumos donde la persona conoce los límites del consumo y ha sido entrenado en ellos (véase como ejemplo los distintos patrones de consumo del alcohol tradicional en España y el consumo actual abusivo de fines de semana en jóvenes).

2) El consumo de drogas varía en función de la edad. La edad de mayor riesgo para el consumo es la edad adolescente, a partir de los primeros años de la misma. En España la edad media de inicio para el tabaco es de 13.3 años y del alcohol 13.7 años. Para las otras drogas a los 15 años (Plan Nacional sobre Drogas, 1997). Pero al ser una edad media, una parte ya han comenzado el consumo a edades más tempranas. Estos datos son de gran relevancia en vistas a la aplicación de programas preventivos y acciones de educación para la salud. Estos deben de aplicarse antes de que se produzcan dichos consumos. De ahí que

hay que actuar antes, y cuanto antes se actúe mejor se consigue retrasar la edad de inicio al consumo o evitar dicho consumo.

3) Las drogas más consumidas en España son el alcohol y el tabaco. Son las drogas por excelencia en nuestra sociedad. Como un ejemplo, el 65.7% y el 29.2% de los jóvenes escolares españoles de 14 a 18 años reconocen haber consumido alcohol y tabaco, respectivamente, en los previos 30 días. Luego le sigue la marihuana, con el 15.7%, bajando para las otras drogas a porcentajes entre el 1% y el 2%. Como ya hemos expuesto, los programas preventivos se orientan básicamente en los jóvenes a la prevención del tabaco y del alcohol, y en raros casos como más también a la marihuana. Estas son las drogas más problemáticas en los adolescentes. Además, el consumo de tabaco y alcohol incrementa la probabilidad de consumir marihuana. Y, de los que consumen marihuana una parte de ellos tiene una mayor probabilidad, respecto a los que no la consumen, de consumir otras drogas como la heroína o la cocaína. De ahí, que los programas preventivos, con buen criterio, se orientan a las drogas legales y a la marihuana para prevenir directamente el consumo de estas sustancias e, indirectamente, el de las que la sociedad clásicamente considera como drogas (heroína, cocaína, LSD, etc.).

4) Es necesario asumir por parte de todos a que nos referimos cuando hablamos de "drogas" y el papel que tienen los adultos en el mantenimiento de este problema en los adolescentes. Ya hemos insistido que tan drogas son el alcohol y el tabaco, como la heroína, cocaína o marihuana o drogas de síntesis. Además, el número de personas dependientes de la nicotina y del alcohol es muy superior a las personas dependientes de otras drogas. El papel de los adultos en los consumos es de gran importancia para los niños y adolescentes, por ser un factor claramente relacionado con el posterior consumo y dependencia de los mismos. También están en riesgo de consumo, aunque menor, durante toda su vida (Daugherty y Leukefeld, 1998). De ahí que también a los adultos nos corresponde tener un papel más activo en este tema. Nótese que los adolescentes claramente aprecian que en las drogas legales hay enormes intereses de tipo económico, tanto por parte de los particulares como de la propia administración pública, ya que a través de ellas recauda una gran cantidad de dinero mediante impuestos. Al tener ellos un buen conocimiento de lo que es una droga (las legales y las ilegales), entonces pueden llegar a considerar y asumir que si sus padres o mayores consumen unas drogas (las legales), a veces abusivamente o tienen dependencia de ellas, entonces ellos también lo pueden hacer tanto con esas drogas legales como con otras drogas (las ilegales), dado que en su consideración tanto lo son unas como las otras.

5) Una parte de las teorías se centran sobre distintos aspectos del problema. Son pocas las que permiten explicar adecuadamente el problema de modo comprensivo, o que incluyen todos los componentes que se

conocen que se relacionan con el uso, abuso y dependencia de drogas. Dentro de las teorías comprensivas se aprecia que con ellas se puede explicar a nivel teórico todo el problema, aunque los datos empíricos indican realmente que explican una parte del mismo y que otra parte queda sin explicar. Con ello queda claro que estamos ante un problema de gran complejidad, como hemos ido viendo tanto a lo largo de la exposición de las distintas teorías, como a lo largo de todo el libro, lo que exige afinar cada vez más tanto el análisis teórico, como la realización de estudios. Ello facilita conocer mejor este problema y, con ello, poder desarrollar programas preventivos adecuados.

6) A pesar del enorme esfuerzo realizado por las distintas teorías y modelos explicativos, lo cierto es que la mayoría pretenden explicar el consumo de todas las drogas. Son pocas las que existen para explicar el consumo específico de una sustancia, como la heroína, la cocaína, etc. Sí existe un buen número de teorías para explicar el consumo de alcohol y tabaco (ej., Becoña, Palomares y García, 1994). En las drogas más recientes, como pueden ser las de síntesis (Gamella, 1997), empiezan a aparecer las primeras explicaciones sobre su consumo basado en el marco más amplio del consumo recreativo (Calafat et al., 1998).

7) Hoy hay un considerable acuerdo, como reflejan casi todos los modelos teóricos revisados, de que el problema del uso y abuso de drogas no se da solo. Es habitualmente un elemento más de otras conductas problema que tiene el individuo. Estas pueden ir desde factores de predisposición, fracaso escolar o bajo rendimiento académico (Takanishi, 1993), pobreza (Jessor, 1993), problemas familiares, etc., por citar sólo algunas de las más importantes. También hoy sabemos que en los adolescentes los problemas de salud física están interrelacionados con los problemas de salud mental (Kazdin, 1993). Lo cierto es que, como ha demostrado claramente el estudio de seguimiento de Jessor, Donovan y Costa (1991), la mayor implicación en conductas problema en la adolescencia y juventud se relaciona con tener luego también mayor cantidad de conductas problema en la vida adulta, lo que sugiere una continuidad en la implicación en las conductas problema a lo largo del tiempo. De ahí que la prevención sea conveniente aplicarla en las primeras edades de estas personas.

8) La adolescencia es una edad crítica para la formación de la persona. En la misma tiene que desarrollarse a nivel físico, emocional, social, académico, etc. La búsqueda de la autonomía e identidad son elementos definidores de la misma. Esto se va a ver favorecido o no por su historia previa, por el apoyo/no apoyo y comprensión de su familia, existencia o no de problemas en la misma, grupo de amigos, etc. (Macià, 1995). Tampoco se debe olvidar que la adolescencia es un largo período de tiempo que luego continuará en la vida adulta. El consumo de drogas es uno de los aspectos con el que se tiene que enfrentar y decidir la persona en función de su medio socio-cultural, familiar, de sus amigos, etc.

9) Debemos ser conscientes de que la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los adolescentes de las sociedades desarrolladas (Blackman, 1996). Un gran número de ellos experimentan con el tabaco y el alcohol, en un lugar intermedio el hachís, y en menor grado con otras sustancias, como ya hemos visto anteriormente. Una experimentación temprana con estas sustancias facilita la posterior experimentación con otras sustancias. Saber convivir con las drogas (Funes, 1996) y saber que un porcentaje muy elevado de adolescentes van a consumir drogas, es un hecho que hay que saber, conocer y reconocer, para poder actuar en el sentido más adecuado para la persona que las usa, abusa o es dependiente de las mismas.

10) Aunque pueda parecer un hecho sabido, hay que insistir en la necesidad de conocer a fondo nuestro objeto de estudio: los adolescentes. Esto es, sus características, necesidades, peculiaridades, etc. Los adolescentes de hoy son únicos. Esto es, no son iguales que lo éramos nosotros cuando fuimos adolescentes. Nosotros, también, fuimos únicos. La historia se ha acelerado en el último siglo respecto a los siglos anteriores y en cada década o dos décadas tenemos una generación nueva o cohorte nueva que se diferencia de la anterior en gustos, modo de vestir, metas, etc. Algunos autores han analizado este fenómeno en norteamérica, sugiriendo que allí la actual generación podría llamarse la "generación X", contrapuesta a la anterior, la del gran boom demográfico y llena de oportunidades de todo tipo, respecto a la actual. Las personas de esta generación X se caracterizarían respecto a la anterior por tener una visión negativa sobre el futuro, baja autoeficacia escolar, poca expectativa laboral, todo lo cual favorece los problemas relacionados con conseguir la autonomía, la independencia y la autoidentificación (Takanishi, 1993). Es a lo que Eccles et al. (1993) han indicado como la adecuación, para el desarrollo óptimo del individuo en la adolescencia, entre las necesidades para el desarrollo individual y las oportunidades proporcionadas a ellos por su ambiente social. Aunque no podemos afirmar lo mismo de nuestros jóvenes, sí que es cierto que hay claras diferencias de los actuales jóvenes de los que lo eran hace 10, 20 ó 30 años. Véase como ejemplo los consumos de drogas.

11) El modo en que nuestra sociedad trata a sus adolescentes depende, en parte, sobre como ella interpreta estas conductas (Quadrel, Fischhoff y Davis, 1993). Una explicación ampliamente extendida es que los adolescentes llevan a cabo conductas de riesgo que ellos ignoran o que infraestiman, pero que probablemente tengan consecuencias negativas. Esta es la hipótesis de la invulnerabilidad percibida (ej., la creencia de los adolescentes que no utilizan anticonceptivos y que creen que tanto ella, si es la mujer, o su pareja, en el caso del varón, las relaciones sexuales no van a producir el embarazo, poderse transmitir el VIH, etc.). A esto hay que matizar, que lo que le ocurre a los adolescentes, les ocurre de igual modo a los adultos. Por ello Quadrel et al. (1993) salen en defensa de los adolescentes, dado que se quiere llevar a cabo con ellos un paternalismo que los estigmatiza, les niega sus derechos a gobernar sus propias accio-

nes, verlos como un problema social, y pretendiendo interferir con la experimentación que es una parte esencial de la adolescencia. Distintas teorías revisadas se han elaborado en función de la mayor madurez o no que tienen los adolescentes respecto a conductas adultas.

12) La percepción del riesgo es una variables de gran relevancia para explicar el consumo o no de sustancias. Las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas. Si perciben que algo les va a acarrear dichas consecuencias negativas no lo harán. Por ello, la concepción que se tiene sobre las distintas drogas, que depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, influye su consumo. En ocasiones puede haber sesgos sobre los efectos de las sustancias, en un sentido o en otro. Por ello es de gran relevancia proporcionar información correcta y tener siempre presente que el objetivo de una persona es tener las suficientes habilidades para enfrentarse adecuadamente al mundo circundante y tener una buena adaptación en el mismo.

13) Hoy sabemos que hay un conjunto de factores de riesgo y de factores de protección, asociados al consumo de drogas, que nos permiten conocer qué personas están en mayor riesgo de consumir y aquellas que están en mayor protección de no consumir. Ello facilita conocer qué adolescentes son más vulnerables a las mismas y, en función de ello, es posible desarrollar programas preventivos. Recientemente, con buen acierto, se han diferenciado los programas preventivos en universales (para todos los adolescentes), selectivos (para un subgrupo de adolescentes que tienen mayor riesgo) e indicados (para un subgrupo concreto de alto riesgo, que ya consumen o que tienen problemas de comportamiento).

14) Relacionado con la existencia de factores de riesgo y protección para el consumo de drogas, sabemos que el consumo de drogas no suele ir solo. Va unido a otras conductas problema, especialmente a las conductas desviadas, antisociales o consideradas problemáticas socialmente. Detectar los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia tanto para ellos como para el resto de la sociedad. Esto también nos debe dejar claro que la mejora en el bienestar social (ej., reducción de la tasa de paro, aumento de las oportunidades, buenas escuelas para todos, etc.), biológico (facilidad de acceso a la sanidad, posibilidad de hacer chequeos periódicos, etc.) y psicológico (crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; poder desarrollar sus capacidades y expresar sus opiniones; preservar la salud mental, etc.) de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas.

15) El proceso de socialización está en la base, con frecuencia, del posterior consumo o no de drogas. De modo especial, el medio familiar ocupa un lugar destacado (Hops et al., 1996). Es en el seno de la familia

donde la persona se socializa, aprende y adquiere tanto creencias, como actitudes, normas sociales interiorizadas, valores, intenciones y hace a partir de ellas unas u otras conductas. El aprendizaje, la observación, las consecuencias de las acciones, etc., van poco a poco moldeando el modo de ser del niño y posteriormente del adolescente.

Hoy sabemos que la familia tiene más importancia de lo que se pensaba hace años, en relación con los iguales, en la adolescencia (Kandel, 1996). De ahí que una buena educación familiar es importante. Por contra, sabemos que los problemas familiares se han incrementado de modo acusado en las últimas décadas. En España, por ejemplo, en el año 1994 hubo 196.000 matrimonios, 47.500 separaciones y 31.500 divorcios (Cáceres, 1998). Dada la relación existente entre separación y divorcio, con la aparición concomitante o posterior de distintos problemas y psicopatología en los hijos de estas personas, como trastornos psicopatológicos, fracaso escolar, etc., éste es un importante factor de vulnerabilidad para distintas conductas problema. Se han propuesto distintas explicaciones para la existencia de un mayor número de problemas maritales, junto a separaciones y divorcios, que hace décadas, como la existencia de factores sociales y económicos que caracterizan a la sociedad actual, trabajar ambos cónyuges fuera de casa, tener menos tiempo disponible para dedicarle a los hijos, primar la creencia de que los hijos solo quieren cosas y no afecto, pensar que los hijos son una cosa más, etc. De ahí que, los programas preventivos en personas con vulnerabilidad o problemas en la esfera familiar, son otra vía importante para conseguir mejorar la salud mental de las personas. Y, también, para reducir el consumo de las distintas drogas, ya que a mayor número de problemas, mayor probabilidad de consumo de drogas.

16) El grupo de iguales constituye un grupo de referencia para los adolescentes de gran importancia. Con ellos adquieren una visión distinta del mundo a la que reciben de sus padres y de la misma escuela. En el grupo de iguales se sienten protegidos, entendidos y parte importante de algo. Son también un elemento importante tanto para su desarrollo psicológico como social. Aquí tanto la familia como la escuela inciden en ellos de modo directo e indirecto. El buen conocimiento de los mismos, de su dinámica y de las demás variables que inciden en este elemento primario de socialización en cada momento histórico concreto, facilitará la buena aplicación de los programas preventivos que van dirigidos fundamentalmente a individuos en un medio social concreto, del que los iguales son de gran relevancia en la etapa adolescente.

17) Elementos importantes en la vida del niño y del adolescente van a tener gran relevancia en su vida adulta. Se han estudiado muchas variables de tipo personal, como la autoestima, la frustración, la ira, la búsqueda de sensaciones, etc. Estos elementos son relevantes para su funcionamiento constituyendo junto al aprendizaje y la inteligencia la parte psicológica más importante de la persona. Estas variables, como otras, se han considerado de modo separado, pero parece más adecuado verlas en vistas a la prevención junto a las demás, porque por sí mismas tienen poco valor explicativo.

18) Actualmente nuestro sistema social, tanto debido a los medios de comunicación de masas, el buen nivel socioeconómico que nos permite acceder a muchos productos de consumo, los valores imperantes del hedonismo (Brown, 1988), individualismo, el dinero, etc., lo que se ha llamado la sociedad del bienestar en ocasiones, favorece el consumo de las distintas drogas. Los medios de comunicación de masas, como elemento que tiene gran relevancia en el proceso de socialización, contribuye claramente a ello. Es a través de los mismos donde más se transmiten estos valores, a diferencia de la familia y la escuela que transmite otros valores más tradicionales y centrados en la persona y su educación para afrontar adecuadamente la vida. Aunque la información adecuadamente proporcionada es importante, y los medios de comunicación pueden ser de gran ayuda para transmitir conocimientos, ideas y valores de gran relevancia, en la práctica no hay adecuación entre la socialización de padres y escuela y la de los medios de comunicación de masas. Nótese que quien suele seleccionar los espacios televisivos son los niños no los padres ni profesores. Y éstos no siempre eligen lo más adecuado ante la gran variedad de oferta (ej., el problema con los contenidos agresivos y violentos de muchos dibujos animados).

19) La permisividad hacia las drogas existente en nuestro medio, empezando por las drogas legales, junto a las ilegales, en forma de consumo, tráfico, intereses económicos, personas implicadas, redes creadas a través de las mismas, etc., junto a su accesibilidad y disponibilidad, hacen que sea de gran relevancia entrenar a las personas en resistir la presión que se van a encontrar en su vida cotidiana para su consumo. Este es un elemento importante, aunque no constituye toda la realidad del problema, como hemos visto. Pero, dado que es un elemento más que va a llevar a distintas personas a probar o no distintas sustancias, cuando no tiene habilidades adecuadas de afrontamiento, o están presentes en esas personas importantes variables de vulnerabilidad para el consumo de esa sustancia o sustancias, aumenta el riesgo de consumo. De ahí, que si no tiene dichas habilidades se puede producir el consumo, seguir consumiendo o incluso correr el riesgo de llegar a ser una persona dependiente de esa o esas sustancias.

20) A pesar de todo lo dicho, los procesos no son lineales en todos los casos. Hoy conocemos relativamente bien los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas, incluso en distintas etapas evolutivas. Esto hace posible poder implantar medidas de tipo preventivo que hagan posible, por una parte anular los factores de riesgo y, por otra, incrementar los factores de protección. Para ello se han utilizado distintas estrategias desde la información al entrenamiento en distintas habilidades. Siendo realistas, en unos casos estas medidas pueden ser suficientes, pero en otros las medidas tienen que ser mucho más importantes, como el ataque a la pobreza (Jessor, 1991), la mejora de las relaciones familiares, proporcionarles un incremento de las expectativas y de mejores perspectivas de futuro, etc.

21) Hay que ser conscientes de que la intervención técnica para preservar la salud choca, con más frecuencia de lo que nos gusta creer, contra enormes intereses económicos que hacen que el avance en este tema sea mucho más lento de lo que sería de esperar. Nuestro sistema social se basa en una economía de mercado. El mercado de las drogas es el mercado número uno en el mundo. De ahí que los intereses que subyacen al mismo son enormes. Controlarlo, por tanto, es difícil. Además, se mezcla el hecho de existir unas sustancias, dentro de las drogas, que son de tipo legal y otras de tipo ilegal. Ello confunde y complica las cosas en ocasiones. Y, además, en función de culturas distintas en unas algunas drogas son legales (ej., hojas de coca en Perú), mientras que en otras no (ej., la prohibición del alcohol en distintos países árabes). En los programas preventivos, ello exige plantear que lo más importante es la persona y no la sustancia, y que lo que se debe hacer no es anatemizar a la sustancia sino entrenar a la persona a que pueda decidir qué hacer con su vida, para a través de esa decisión conseguir los objetivos y metas que se planteen en su vida. Es lo que se ha denominado el modelo de mejora de la competencia (Dusenbury y Botvin, 1992).

22) Proporcionar información y enseñar habilidades es necesario pero insuficiente para el desarrollo de conductas saludables (Takanishi, 1993). Aunque conocemos qué conductas son las saludables para las personas, éstas las realizan sólo en parte. Son varios los factores que hacen que las personas no se comporten saludablemente, como: 1) por el carácter placentero (reforzante) de la mayor parte de las consecuencias que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como a la inmediatez de sus efectos, 2) lo dilatado del tiempo que, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos, de la aparición de la enfermedad en su estado clínico diagnosticable, 3) el hecho de que mientras las conductas no saludables (ej., carcinógenas) proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición de enfermedades o de otros efectos nocivos son remotas y poco probables, 4) el convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos llegar a padecer, 5) por el sistema cultural, que a través de distintas creencias y por su arraigo suele mantener y "justificar" prácticas no saludables, pero socialmente correctas, y 6) el cambio como un proceso cíclico y lento más que rápido y lineal. Muchos adolescentes no ven los problemas que pueden causar las distintas drogas o las conductas de riesgo que realizan a corto plazo; ven que esos son problemas muy lejanos y que no van con él, si es incluso que llega a plantearse que pueden llegar a causarle problemas (ej., emborracharse).

23) La prevención primaria, en la versión clásica de prevención primaria, secundaria y terciaria, o la prevención universal, selectiva e indicada para las drogodependencias, en su versión más reciente, es el camino para que no se produzca el consumo de drogas, se retrase su inicio o si se ha producido el consumo éste se detenga o se haga de un modo poco peligroso. Gracias a los distintos estudios que se han

realizado, a la integración de los mismos en modelos teóricos y, fundamentalmente, debido a la práctica de la prevención en drogodependencias, actualmente conocemos aquellos principios que son más adecuados para que la prevención funcione (ej., NIDA, 1997), lo que ha llevado a que desde el propio Plan Nacional sobre Drogas (1996) se hayan logrado proponer unos criterios básicos a seguir cuando se elabore o aplique un programa preventivo. Esto viene a constituir una guía maestra por donde ir, lo que no impide que se puedan mejorar en función de la práctica. Con ello, es posible la prevención tanto en el ámbito escolar (Alonso, Freijo y Freijo, 1996), como familiar (Ríos, Espina y Baratas, 1997) y comunitario (Sánchez et al., 1998).

24) La investigación etiológica del consumo de drogas es necesaria para el diseño de los programas preventivos. Este tipo de investigación ha llevado en los últimos años a proponer la existencia de una serie concreta de factores de riesgo y de factores de protección para el consumo de drogas, al igual que para otras conductas, especialmente las delictivas que se asocian también con el consumo de drogas. Gracias a ello se han propuesto distintas teorías y modelos fundamentadas en las mismas, por tener no sólo un buen nivel de explicación y facilitación de la comprensión del problema, sino que han servido para la elaboración de programas preventivos, dado que al conocer esos factores podemos poner en práctica todos nuestros conocimientos para debilitar los factores de riesgo e incrementar los factores de protección.

25) Tanto el análisis de los factores de riesgo y protección, como el estudio de la adolescencia, como la realidad cotidiana, muestran que el objetivo que debemos conseguir es que como adolescentes y adultos sean capaces de vivir en un mundo de drogas sin ser destruidos. En vistas a la prevención, hay que asumir que los adolescentes viven en un mundo en el que encuentran un fácil acceso a las drogas. Por ello, como dice Funes (1996) "la pretensión básica ha de ser ayudarles a crecer, a madurar, a llegar a ser ciudadanos en un mundo en el que las drogas están presentes, sin que su uso -si es que las usan- les cree problema, les destruya como personas. Habrán de aprender maneras constructivas, personales de relacionarse con las drogas y en eso consistirá principalmente la tarea de la prevención" (p. 168), proponiendo que ello debe hacerse mediante la educación para la salud, superando la vieja educación sobre las drogas.

26) Los programas preventivos más eficaces son aquellos que entrenan al adolescente en habilidades que le permitan afrontar adecuadamente la vida cotidiana, entre la que se encuentra su relación con las drogas (Stoil y Hill, 1996). Estas se las van a ofrecer. Va a depender de él, al fin y al cabo, el que las acepte o las rechace, que las pruebe o no, que las use o deje de usarlas, que del uso pase o no al abuso y del abuso a la dependencia. Aunque hay una relación compleja entre la persona, el ambiente y el consumo, como vimos en los distintos modelos, la persona tiene un importante poder de decisión sobre consumir o

no una sustancia, o dejar de consumirla cuando sus consecuencias negativas superan a las positivas. Aunque la adicción hace que se pierda una parte de este poder de decisión, hay que facilitárselo al máximo a la persona, para que pueda dejar de consumir o tener adecuadas estrategias para poder hacerle frente al consumo. El entrenamiento en habilidades se orienta a ello.

27) Los programas preventivos deben conseguir un desarrollo adecuado de la persona en un sentido "integral". Por ello, la escuela cumple un papel esencial en ello, después de la familia y del resto del sistema social. Dentro de la escuela, los programas de educación para la salud, entre los que se incluye el tema de las drogas, lo que pretende es formar a la persona en valores, actitudes y conductas de salud. En ocasiones también pueden ser necesarios programas más intensivos o incluso programas específicos para grupos de alto riesgo, ya que hoy podemos identificar, tanto por estudios epidemiológicos como psicosociales, a aquellos colectivos, grupos o personas vulnerables al consumo de drogas. En éstos, los programas de prevención de drogas, deben complementarse con otras acciones necesarias para conseguir un buen efecto preventivo (ej., mejora del clima familiar, incremento de las oportunidades y recursos económicos, participación social, acceso a servicios, etc.).

28) El campo de la prevención de las drogodependencias ha avanzado mucho en conocimientos en las últimas décadas (Donaldson et al., 1996; Sambrano et al., 1997; Stoil y Hill, 1996; Weinberg et al., 1998). Por ello, disponemos en la actualidad no sólo de esos conocimientos sino también de programas adecuados para conseguir que los adolescentes no se inicien en el consumo de drogas, retrasen la edad de inicio o consuman de modo poco peligroso. Dados los múltiples factores asociados al consumo de drogas, la especificidad de la persona, de su familia, grupo de iguales, medio social, etc., exige también programas generales para unos, específicos para otros y de mayor nivel de intensidad para los grupos de mayor riesgo de consumo. Con ellos podemos conseguir el objetivo preventivo, entrenando a los jóvenes en aquellas habilidades que les permitan afrontar eficazmente las distintas situaciones que se le van presentando a diario en su ambiente. Por ello, entrenar a los jóvenes en habilidades es imprescindible y va más allá de la mera información, cambio de actitudes y creencias, compromiso público para el no consumo, etc.

29) De todo lo expuesto podemos concluir que las teorías y modelos explicativos para el inicio del consumo de drogas, o los aplicados en la prevención de las drogodependencias, son de una gran riqueza. La enorme cantidad de información que en ellos se contiene, su adecuada organización entre los componentes que cada una incluye, permite a cualquier lector, profesional o técnico, conocer en cada una o en un conjunto de ellas, claramente los factores asociados a dicho consumo y qué medidas preventivas pueden aplicarse a partir de los mismos.

30) Finalmente, la teoría sin la práctica se queda en solo teoría. Estamos seguros de que, a partir de las teorías y modelos expuestos, la práctica también se puede enriquecer de los mismos.

Referencias bibliográficas

- Alonso, D., Freijo, E. y Freijo, A. (1996). *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M.P. (1994). *Tabaco o salud. Guía de prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Blackman, S.J. (1996). Has drug culture become an inevitable part of youth culture? A critical assessment of drug education. *Educational Review*, 48, 131-142.
- Brown, R.I.F. (1988). Reversal theory and subjective experience in the explanation of addiction and relapse. En M.J. Apter, J.H. Kerr y M.P. Cowles (Eds.), *Progress in reversal theory* (pp. 191-211). Norht, Holanda: Elsevier Science Publishers.
- Cáceres, J. (1998). Terapia de pareja. En M.A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (Vol 1., pp. 529-562). Madrid: Dykinson.
- Calafat, A., Stocco, P., Mendes, F., Simon, J., van de Wijngaart, G., Sureda, M.P., Palmer, A., Maalsté, N. y Zavatti, P. (1998). *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: Irefrea España.
- Daugherty, R.P. y Leukefeld, C. (1998). *Reducing the risk for substance abuse. A lifespan approach*. Nueva York: Plenum.
- Donaldson, S., Sussman, S., MacKinnon, D.P., Severson, H.H., Glynn, T., Murray, D.M. y Stone, E.J. (1996). Drug abuse prevention programming. Do we know what content works? *American Behavioral Scientist*, 39, 868-883.
- Dusenbury, L. y Botvin, G.J. (1992). Substance abuse prevention: Competence enhancement and the development of positive life options. *Journal of Addictive Diseases*, 11, 29-45.
- Eccles, J.S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C.M., Reuman, D., Flanagan, C. e Iver, D. (1993). Development during adolescence: The impact of stage-environment fit on young adolescents' experiences in schools and in families. *American Psychologist*, 48, 90-101.
- Funes, J. (1996). *Drogas y adolescentes*. Madrid: Aguilar.
- Gamella, J.F. y A. Alvarez (1997). *Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Hops, H., Duncan, T.E., Duncan, S.C. y Stoolmiller, M. (1996). Parent substance use as a predictor of adolescent use: A six-year lagged analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 157-164.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk setting. *American Psychologist*, 48, 117-126.
- Jessor, R., Donovan, J.E. y Costa, F.M. (1991). *Beyond adolescence. Problem behavior and young adult development*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Kandel, D. (1996). The parental and peer contexts of adolescence deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.
- Kazdin, A.E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, 48, 127-141.
- Macià, D. (1995). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.
- NIDA (1997). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Encuesta sobre drogas a la población escolar*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Quadrel, M.J., Fischhoff, B. y Davis, W. (1993). Adolescent (in)vulnerability. *American Psychologist*, 48, 102-116.
- Ríos, J., Espina, A. y Baratas, M.D. (1997). *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la familia*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Sambrano, S., Springer, J.F. y Hermann, J. (1997). Informing the next generation of prevention programs: CSAP's cross-site evaluation of the 1994-95 high-risk youth grantees. *Journal of Community Psychology*, 25, 375-395.
- Sánchez, C., Aguilar, I., Jiménez, J. Y Castanyer, M. (1998). *Actuar es posible. Servicios Sociales y Drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Stoil, M.J. y Hill, G. (1996). *Preventing substance abuse. Interventions that works*. Nueva York: Plenum.
- Takanishi, R. (1993). The opportunities of adolescence- Research, interventions, and policy: Introduction to the special issue. *American Psychologist*, 48, 85-87.
- Weinberg, N.Z., Rahdert, E., Colliver, J.D. y Glantz, M.D. (1998). Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 37, 252-261.