

ANÁLISIS

E INTERVENCIÓN

SOCIAL

Elisardo Becoña
Emiliano Martín

MANUAL DE INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS




EDITORIAL
SÍNTESIS

MANUAL DE INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

PROYECTO EDITORIAL

ANÁLISIS

E INTERVENCIÓN

SOCIAL

Directores:

Miguel López-Cabanas

Gonzalo Musitu Ochoa



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

MANUAL DE INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

ELISARDO BECOÑA
EMILIANO MARTÍN



Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Diseño de cubierta: JV Diseño gráfico

© Elisardo Becoña
Emiliano Martín

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-975693-5-4

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Capítulo 1. Contextualización

Introducción

1.1. El marco normativo

1.1.1. La normativa internacional sobre drogas

1.1.2. La legislación sobre drogas en Europa

1.1.3. La legislación española en materia de drogas

1.2. Marco institucional: El Plan Nacional sobre Drogas

1.2.1. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

1.2.2. Los Planes Autonómicos sobre Drogas

1.2.3. Los Planes Municipales sobre Drogas

1.2.4. Papel de las ONG y las entidades privadas

Capítulo 2. Estado de la cuestión

2.1. El Observatorio Español sobre Drogas (OED)

2.1.1. Funciones del OED

2.1.2. Configuración del OED

2.1.3. El Sistema de Información del OED

2.1.4. Indicadores del OED

2.2. Situación actual y tendencias de los consumos de drogas

2.3. Consecuencias del consumo de drogas

2.3.1. Sobre la salud

2.3.2. Sociales y económicas

Capítulo 3. Los programas preventivos y asistenciales

3.1. Los programas de prevención de las drogodependencias

3.1.1. Algunas consideraciones sobre la prevención y los programas preventivos

3.1.2. Tipología de los programas de prevención

3.1.3. Principales metas de los programas preventivos

- 3.1.4. Estrategias de los programas preventivos
- 3.1.5. Principios básicos de los programas de prevención
- 3.1.6. Los programas de prevención en España
- 3.2. Los programas de atención a las drogodependencias
 - 3.2.1. Las redes de atención a las drogodependencias
 - 3.2.2. El circuito terapéutico de atención a drogodependencias
 - 3.2.3. Los programas de tratamiento a drogodependientes
 - 3.2.4. Los recursos especializados de atención a las drogodependencias
- 3.3. La inserción social de los drogodependientes

Capítulo 4. Las teorías y los modelos explicativos del consumo de drogas

- 4.1. Teorías y modelos parciales o basados en pocos componentes
- 4.2. Teorías de estadios y evolutivas
- 4.3. Teorías integrativas y comprensivas

Capítulo 5. Evaluación y aplicabilidad de cinco teorías y modelos

- 5.1. El modelo evolutivo de Kandel
- 5.2. Teoría de la socialización primaria de Oetting y sus colaboradores
- 5.3. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura
- 5.4. Modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins
- 5.5. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor y teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor
- 5.6. Modelos, teorías y base empírica: un buen camino para el futuro
- 5.7. Resumen

Capítulo 6. Caso práctico: “Un programa de prevención comunitaria de drogodependencias en el ámbito municipal”

- 6.1. Definición del problema y actuaciones que se pueden poner en marcha para solucionarlo
 - 6.1.1. ¿Cuál es el problema?
 - 6.1.2. ¿Qué podemos hacer?
- 6.2. La explicación del fenómeno: ¿Por qué se consumen drogas?
 - 6.2.1. Explicación del consumo de drogas
 - 6.2.2. Factores responsables de seguir consumiendo drogas
- 6.3. La necesidad de una intervención preventiva
- 6.4. La delimitación del grupo o grupos objetivo
- 6.5. Objetivos de la intervención
- 6.6. Métodos y técnicas específicas de intervención
- 6.7. Recursos disponibles
- 6.8. Evaluación

6.9. Difusión de los resultados

6.10. Análisis de todo el proceso, detección de puntos fuertes y puntos débiles del programa y nuevas propuestas de actuación

Bibliografía

1

Contextualización

Introducción

La expansión del consumo de drogas durante las últimas décadas en España ha tenido un impacto negativo no sólo sobre los propios afectados por este problema, sino también sobre la salud y el bienestar colectivos de nuestro país. Esto ha provocado que las drogas se hayan convertido en uno de los temas que causan más preocupación entre los españoles y que la forma en la que debe ser abordado resulte siempre una cuestión polémica. Sobre este fenómeno se vierten a menudo opiniones escasamente fundamentadas y se acostumbra a realizar muchos análisis parciales y sesgados que en poco contribuyen a generar un cuerpo de conocimientos objetivo e integrado.

Para abordar el fenómeno de las drogas en toda su perspectiva es preciso partir de algunas consideraciones generales. En primer lugar, se ha de tener en cuenta que cuando se habla del consumo de drogas se están barajando tres elementos interactuantes: la sustancia o sustancias que se consumen, la persona que las consume y el contexto en el que se produce este consumo. Obviar este hecho, concediendo un peso desproporcionado o exclusivo a cualquiera de estos tres elementos, supone alterar a priori cualquier análisis riguroso que se realice del problema y cualquier solución que se le pretenda aplicar. Porque existen muchos tipos de sustancias capaces de generar adicción y múltiples combinaciones simultáneas de uso –lo que se denomina policonsumo–; por otra parte, cada individuo tiene un grado de vulnerabilidad, unas motivaciones, una historia personal y unas expectativas propias ante las drogas, que hacen de su relación con ellas una experiencia única, y, finalmente, los contextos en los que se producen estos consumos condicionan enormemente tanto los patrones de uso de cada sustancia como los efectos y las consecuencias que se deriven de su consumo. Los recientes estudios sobre factores de riesgo y protección, que han representado una auténtica revolución en las estrategias de prevención de drogodependencias, aportan mucha información al

respecto de estas cuestiones.

En segundo lugar, y coherentemente con todo lo anterior, hay que tener en cuenta que el consumo de drogas responde a una multiplicidad de factores etiológicos y produce una gran diversidad de manifestaciones. Es lo que se ha venido en denominar el carácter poliédrico del fenómeno de las drogas, que permite visualizar tantas caras y tan diversas como aproximaciones quieran hacerse.

Esto se traduce en que existen diferentes percepciones y sensibilidades y, en consecuencia, diferentes abordajes. Convencionalmente se habla de modelos jurídicos, medicalizados, psicologizados, sociologizados..., en función del énfasis que se ponga en cada una de las manifestaciones del problema. Incluso estas expresiones se han utilizado y se utilizan a menudo como armas arrojadizas que pretenden poner en evidencia el sesgo o el reduccionismo de determinadas posturas.

Durante muchos años se recurrió a la clasificación de Nowlis (1982) que definía cuatro modelos de análisis e intervención: el ético-jurídico, el médico-sanitario, el psicosocial y el socio-cultural. Actualmente existe un consenso muy extendido que propone que no se puede tomar un modelo como exclusivo sino que ha de buscarse una fórmula de integración y suele hablarse de un abordaje biológico, psicológico y social. En efecto, si se parte de que el uso de drogas es una forma de comportamiento humano, hay que partir del individuo y su conducta y esforzarse por comprender la relación entre ambos y su entorno interpersonal, social y cultural. Por otro lado, existen un conjunto de factores biológicos de carácter predisponente que elevan el riesgo de consumo y unas claras consecuencias orgánicas relacionadas con las adicciones. Estos factores además irán adquiriendo cada vez más peso a medida que se conozcan mejor los mecanismos cerebrales, se profundice en los avances genéticos, farmacológicos... De hecho, los factores de riesgo y protección, que se mencionaron anteriormente, se organizan en categorías y se centran tanto en los factores sociales y culturales (normas legales, disponibilidad, percepción social...) como en los aspectos relativos a los individuos (orgánicos y psicológicos) y en sus entornos interpersonales (familia, escuela y grupo de iguales).

1.1. El marco normativo

Desde una perspectiva integral de las drogas, una de las primeras cuestiones que es necesario conocer es precisamente su marco normativo. Por otro lado, como cualquier problema importante que afecte a la sociedad, las drogas tienen un reflejo normativo y legal. El Derecho es, en definitiva, un instrumento para afrontar los conflictos que surgen en las relaciones sociales.

La intervención de los poderes públicos sobre el fenómeno de las drogas se enmarca en la transición de los Estados contemporáneos desde una concepción abstencionista, como Estados de Derecho, a una concepción intervencionista como Estados Sociales de

Derecho, con el consiguiente reconocimiento de un conjunto de derechos sociales –entre ellos el reconocimiento del derecho a la salud– en los propios textos constitucionales.

Esta intervención se fundamenta básicamente en la protección de la salud pública y en la protección de la libertad individual. Incluso el ordenamiento legal de muchos países, como es el caso español, no sólo reconoce el derecho de los españoles a la protección de la salud sino que atribuye a los poderes públicos la obligación de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, así como garantizar la protección de la salud de los consumidores y usuarios mediante procedimientos eficaces. En cuanto a la protección de la libertad individual, se considera que el Estado debe necesariamente poner los medios para hacer posible la libertad de la persona sometiendo a control los productos cuyo uso no intervenido la contradicen.

Antes de entrar a describir el marco normativo nacional e internacional en materia de drogas, conviene precisar el modo en que trata el Derecho este fenómeno. Su abordaje se realiza tanto en sentido horizontal como vertical. En sentido horizontal porque, como se observará más adelante, de las drogas se ocupan de uno u otro modo varias ramas del Derecho. Así, el Derecho Administrativo incide en numerosos aspectos (sanitario, laboral, protección social, etc.) y, por supuesto, posee una especial dimensión el Derecho Penal. En sentido vertical porque sobre esta temática legislan desde las organizaciones internacionales, pasando por los organismos supranacionales, hasta los nacionales y, en el caso español, también tienen competencias las Comunidades Autónomas.

Por lo tanto, su principal característica es la gran dispersión de normas y fuentes. De aquí que no se disponga de un único texto legal que reúna las normas sobre esta materia sino que, en función de los aspectos que se deseen conocer, hay que acudir a unas u otras.

1.1.1. La normativa internacional sobre drogas

A) Los tratados internacionales

Existen una serie de tratados internacionales en materia de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. De hecho, el tratamiento jurídico español del tema de las drogas está en sintonía con la mayoría de los ordenamientos de otros países, ya que ha ratificado los principales Convenios Internacionales. El control internacional de drogas está basado en tres convenios auspiciados por Naciones Unidas (Sequeiros, 2000):

1. *La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*, enmendada por el Protocolo de 25 de mayo de 1972, la cual vino a derogar numerosos convenios internacionales anteriores.

Esta Convención establece diferentes medidas preventivas, represivas y de limitación del consumo, pero una de las iniciativas más interesantes es sin duda la clasificación que hace de las drogas en cuatro categorías:

- Sustancias con capacidad adictiva que representan un serio riesgo de abuso (cannabis y sus derivados, cocaína, metadona, morfina, opio, heroína, etc.). El control de estas sustancias debe ser muy estricto.
- Sustancias normalmente usadas bajo criterio médico y que presentan un escaso riesgo de abuso (codeína, propiram...). Su control debe ser poco estricto.
- Preparación de sustancias incluidas en la Lista II, así como preparaciones de cocaína, morfina u opio. Según la Organización Mundial de la Salud, no presentan riesgos de abuso y no deben ser sometidas al control internacional.
- Las sustancias más peligrosas que poseen un mayor potencial de daño y de extremada limitación en uso médico y mínimo valor terapéutico (heroína, cannabis y resina de cannabis, acetorfina, etc.). La convención da la posibilidad de imponer un control absoluto de la producción, manufactura, uso, posesión, etc., de estas sustancias.

2. *El Convenio sobre sustancias psicotrópicas, suscrito en Viena el 21 de febrero de 1971.*

Se establece un control sobre estas sustancias psicotrópicas. El objetivo de este control es asegurar que sólo sean utilizadas para fines médicos y científicos. Estas sustancias pueden tener un valor terapéutico, pero al mismo tiempo presentan un peligroso riesgo de abuso.

Se establecen cuatro categorías:

- I. Alucinógenos (LSD, DMT, Psilocibina, THC, MDMA (éxtasis), mescalina). Tienen alto riesgo de abuso, serias repercusiones para la salud pública y un valor terapéutico muy pequeño o incluso nulo.
- II. Anfetaminas de tipo estimulante. Riesgo de abuso. Bajo o moderado valor terapéutico.
- III. Barbitúricos. Riesgo de abuso. Moderado o alto valor terapéutico.
- IV. Tranquilizantes, analgésicos, narcóticos. Riesgo de abuso. Alto valor terapéutico.

En cuanto a las medidas penales y de control, son muy similares a las adoptadas en el Convenio de Nueva York.

3. *La Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, aprobada en Viena el 20 de diciembre de 1988*, que ha influido en las reformas de la legislación penal y procesal españolas en materia de drogas operadas en los últimos años, incluyendo el Código Penal vigente.

Entre las numerosas aportaciones de esta Convención podemos citar las siguientes:

1. Refuerza los poderes de los órganos de Naciones Unidas de cara a la represión del tráfico de drogas.
2. Amplía la noción de tráfico ilícito incluyendo el blanqueo de capitales, el control de los precursores químicos, así como el cultivo, la adquisición y la presión para el consumo personal.
3. Invita a los Estados a agravar las penas en función de ciertas circunstancias (reincidencia, participación en asociaciones de traficantes, etc.).
4. Una importante innovación es el sistema de control de los precursores utilizados en la fabricación de drogas.

B) Los organismos internacionales

Los principales organismos internacionales competentes en materia de drogas y de los que España forma parte son los que recoge el [cuadro 1.1](#) y que se detallan a continuación (Comisión Europea, 2002):

Cuadro 1.1. *Organismos internacionales*

NACIONES UNIDAS

- Oficina contra la Droga y el Delito: www.odccp.org
- JIFE, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes: www.incb.org
- OMS, Organización Mundial de la Salud: www.who.int

UNIÓN EUROPEA: www.europa.eu.int

- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías: www.emcdda.org
- Información general políticas UE, SCAD plus: www.europa.eu.int/sacdplus

COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS, CICAD-OEA:
www.cicad.oas.org

GRUPO POMPIDOU: www.pompidou.int

OTROS

- National Institute on Drug Abuse (NIDA): www.nida.nih.gov
 - National Institute on Alcohol Abuse and alcoholism: www.niaaa.nih.gov
 - Institute for the Study on Drug Dependence (ISDD): www.isdd.co.uk
-

- En el seno de la Organización de las Naciones Unidas:
 - Comisión de Estupefacientes. Creada en 1946 como una de las seis comisiones del Consejo Económico y Social, es el órgano normativo central del sistema de Naciones Unidas para tratar a fondo todas las cuestiones relacionadas con la fiscalización del uso indebido de drogas.
 - Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID). Establecido en 1991 y con sede en Viena, se trata de un programa único que coordina y dota de dirección efectiva a todas las actividades de las Naciones Unidas en la esfera de la fiscalización de drogas. Analiza todos los aspectos relacionados con las mismas, incluyendo actividades como el desarrollo rural integrado y la sustitución de cultivos, la aplicación de las leyes de fiscalización, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de drogodependientes, así como las reformas de índole legislativa destinadas a ampliar la capacidad de los gobiernos para combatir el uso indebido de las drogas.
 - Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Organismo especializado de la ONU, creado en 1968, conforme a lo dispuesto en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Sus funciones son: tratar de limitar el cultivo, la producción, la fabricación y el uso de estupefacientes a la cantidad adecuada necesaria para fines médicos y científicos; asegurar su disponibilidad para tales fines, e impedir el cultivo, la producción y la fabricación, el tráfico y el uso ilícito de estupefacientes.
 - Organización Mundial de la Salud (OMS). Con sede en Ginebra (Suiza), cumple una misión esencial en la determinación de las sustancias que deben someterse a la fiscalización internacional. La OMS debe evaluar el nivel de dependencia y la utilidad terapéutica de las diferentes sustancias y la gravedad de los problemas sociales y de salud pública que se derivan de su uso indebido.
- En el seno de la Unión Europea:
 - Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Creado en 1994 y con sede en Lisboa, es un órgano informativo de la Comunidad Europea cuya misión es proporcionar información objetiva, fiable y comparable en Europa sobre el fenómeno de las drogas y las

toxicomanías, así como sobre sus consecuencias.

- Otros organismos internacionales:
 - Grupo Pompidou. Creado en 1971 e integrado en el seno del Consejo de Europa en 1980, actualmente tiene su sede en Estrasburgo (Francia). Se define como un grupo de cooperación internacional que aborda los temas de la reducción de la oferta y la demanda de drogas ilegales. En cada país hay un corresponsal permanente que difunde los trabajos del Grupo y coordina a los expertos nacionales.
 - Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI). Fue creado en la Cumbre de París de 1989 por los siete países más industrializados del mundo (Canadá, Francia, Alemania, Italia, Japón, Reino Unido y Estados Unidos). Tiene su sede en la capital francesa. Su principal objetivo es el estudio y la búsqueda de medidas destinadas a combatir el blanqueo de capitales, agrupando a los principales centros financieros mundiales: 26 Estados –entre ellos, España–, la Comisión Europea y el Consejo de Cooperación del Golfo así como otras organizaciones internacionales con competencias en la materia –Fondo Monetario Internacional, Consejo de Europa, etc.
 - Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Integrada en la actualidad por 32 miembros, fue creada por la Organización de Estados Americanos (OEA) en 1986, con el fin de fomentar la cooperación multilateral entre los países miembros en el control del tráfico, la producción y el consumo de drogas. España participa como país observador en la CICAD.

1.1.2. La legislación sobre drogas en Europa

Uno de los hechos más determinantes sobre el desarrollo legislativo en esta materia ha sido la integración de España en la Unión Europea. A partir del Tratado de la Unión Europea de 1992, conocido como Tratado de Maastricht, se inició un proceso tendente a definir una política europea específica en materia de drogas. Entre los objetivos que se recogen en el mencionado tratado, está el desarrollo de una estrecha colaboración entre los Estados miembros en el ámbito de la justicia y en los asuntos de interior en temas de interés común como la lucha contra las drogas.

De aquí que nos encontremos en disposición de llevar a cabo un breve estudio comparativo de la legislación sobre drogas en todos los países de la Unión Europea a partir de algunas de sus principales características (Consejo de Europa, 1996):

1. Clasificación de drogas en Europa

Las distinciones entre las diferentes drogas y las clasificaciones que llevan a cabo los Estados miembros evidencian de algún modo los planteamientos que subyacen a las políticas nacionales. Así, algunos Estados hacen una distinción entre el cannabis y otras sustancias que causan graves daños a la salud; otros países diferencian entre drogas altamente adictivas y de baja capacidad adictiva; en otros la diferenciación se establece en función de la magnitud de los riesgos que envuelve el uso de cada droga; por último, algunos Estados suplen el vacío de clasificación y legislación con la ordenación que realizan las autoridades judiciales.

En cuanto a la forma de agrupar las distintas sustancias, existen diversas clasificaciones de las drogas según los diferentes Estados miembros. Sólo Finlandia y España se ajustan a las clasificaciones de Naciones Unidas de forma casi literal; Austria parcialmente a las de las convenciones de 1961 y 1971. El resto de los países poseen sus propias listas en las que, por regla general, en el apartado I aparecen la heroína, el cannabis y la cocaína. En la misma línea, como tónica general, las anfetaminas y los alucinógenos aparecen en los órdenes II-III, seguidos por barbitúricos, tranquilizantes y benzodiazepinas, que aparecen en el orden III-IV.

Algunos países incluyen en último lugar de la lista los precursores. Con las variaciones mencionadas, el ajuste a criterios de ordenación basados en la capacidad de generar adicción y daño potencial para la salud pública, guarda correspondencia con las recomendaciones de Naciones Unidas en todos los listados de los diferentes Estados.

Otra variable que se debe analizar es el grado de correlación existente entre las clasificaciones de las diferentes drogas y su relación con los grados de sanción y penalización jurídico-legal aplicados en cada país. En este sentido, 6 de los 15 Estados miembros establecen correspondencias entre la clasificación y la aplicación del total o parte de las medidas sancionadoras establecidas en las diferentes legislaciones (Austria, Italia, Holanda, Portugal, España y Reino Unido), el resto no utilizan estas clasificaciones como referente de los diferentes grados de penas que se pueden aplicar en la sanción de uso, posesión y tráfico de drogas.

2. Uso de drogas

El resumen de la situación entre los Estados miembros sería el siguiente: en algunos el uso de drogas está prohibido plenamente o de acuerdo con ciertas circunstancias; en otros Estados el uso de drogas está indirectamente controlado o sólo se aplican sanciones administrativas para su uso. Finalmente, en un Estado (Italia), tras el referéndum de 1993, el término “uso de drogas” desaparece de la legislación.

Sin embargo, en términos generales, puede afirmarse que en los países de la Unión Europea la legislación sobre el uso de drogas es bastante más homogénea de lo que el

análisis de cada legislación por separado podría dar a entender. Igualmente presentan alto grado de homogeneidad las resoluciones judiciales: en la mayoría de los Estados los primeros consumos o los consumos ocasionales dan lugar a amonestaciones y, en el caso del uso de drogas por adictos, abundan más las resoluciones de tratamientos alternativos con suspensión de sentencia (si éstos se llevan a cabo), que la persecución y orden de prisión.

3. Posesión de drogas

La posesión de drogas está prohibida en todos los Estados miembros. En España e Italia, la posesión para uso personal está sujeta a sanciones administrativas. La mayoría de los Estados establecen una diferenciación entre posesión para uso personal y posesión para tráfico. La cantidad de sustancia ilícita, el tipo de droga y la cualidad de drogodependiente o no de quien la posee, son los principales aspectos que influyen en la naturaleza de las sanciones aplicadas.

En muchas ocasiones, las resoluciones judiciales matizan la aplicación de la legislación punitiva con medidas alternativas (procedimientos de *probation* –un tipo de libertad vigilada– durante dos años en el caso de Austria por posesión de pequeñas cantidades para uso personal, cumplimientos alternativos en tratamiento, etc.). En otros casos, aunque la legislación plantee explícitamente que las sanciones no tendrán en cuenta el tipo de droga de la que se trate, en la práctica, éstas se aplican teniendo en cuenta la sustancia incautada.

En donde sí aparecen criterios de sanción homogéneos y de elevada punibilidad es en los casos en los que la posesión de drogas se considere destinada a ofertarla a menores de edad (en el caso de Bélgica esta circunstancia se considera agravante máximo y puede dar lugar a penas de hasta 20 años de prisión).

4. Tráfico de drogas

En materia de tráfico, aunque existe una línea general que comparte la concepción de esta actividad como delito y propone básicamente medidas sancionadoras de ingreso en prisión, cabe destacar las diferencias existentes entre la dureza de las penas según cada Estado miembro (algunos contemplan cadena perpetua por delitos graves como Grecia, Francia, Irlanda, Luxemburgo y Reino Unido) y las diferencias existentes entre las aplicaciones judiciales que han introducido atenuantes para el caso en el que los traficantes sean adictos que ejercen esta actividad para financiarse el propio consumo y las que no contemplan esta circunstancia (en el primer supuesto se encuentran las legislaciones de Austria, Francia, Italia, Luxemburgo y en correspondencia con el tipo de droga en el caso de Portugal; los restantes 11 Estados no contemplan la atenuante de ser

consumidor de drogas para la imposición de penas en delitos de tráfico).

La mayoría de las legislaciones establecen explícitamente las siguientes categorías punitivas: sanción básica o mínima, tráfico con circunstancias agravantes, miembro perteneciente a red de tráfico organizado, líder de organización de narcotráfico y reincidencia.

En los casos particulares se determinan categorías específicas según el tipo de droga con la que se trafica (Reino Unido), o como en el caso de Holanda, según el tráfico sea nacional o internacional, aparece recogida explícitamente la categoría de tráfico menor o a pequeña escala (Italia, Portugal).

5. Medidas alternativas

Muchos Estados miembros poseen en su legislación referencias y articulación específica de alternativas de tratamiento para adictos a drogas de carácter voluntario y/u obligatorio. Otros no poseen en su legislación criminal una provisión particular de estas medidas, lo que anula la posibilidad de los tratamientos como alternativas a las sentencias de prisión. Esto no supone que no exista la posibilidad, y de hecho se aplique, de otras medidas como la suspensión de la ejecución de penas, la derogación de la sentencia o la aplicación de las medidas de *probation* cuando la legislación no contemple explícitamente las medidas alternativas.

El conjunto de medidas alternativas existentes en cada Estado se aplican de diferente forma según el marco legal de cada uno de ellos y presentan diferencias en cuanto al significado que se otorga en términos de sustitución o deducción de pena al cumplimiento de esas medidas.

En términos generales, se puede afirmar que la mayor parte de los Estados poseen medidas alternativas a la prisión para drogodependientes que cometen delitos, presentándose variaciones en la forma de aplicación judicial, en que la realización del tratamiento con éxito sea una condición necesaria para que posteriormente se produzca la anulación de la pena (en Reino Unido el fracaso de tratamiento supone la aplicación de la pena) y en la potestad que asumen el Estado y la instancia judicial para proponer como medida de gracia la sustitución o, por el contrario, obligar al seguimiento de un proceso de rehabilitación.

1.1.3. La legislación española en materia de drogas

Como se anticipaba al comienzo de este capítulo, el Estado, en su función constitucional de velar por la salud pública, pone en marcha distintos instrumentos jurídicos. Este complejo sistema legal está constituido básicamente por el Código Penal (1995), la Ley de Estupefacientes (1967) y la Ley del Medicamento (1990). Si bien es

cierto que las medidas penales son las más identificadas socialmente, sería un error considerar que con la sola aplicación de medidas represivas se podría afrontar el problema de las drogas. Muy al contrario, los poderes públicos deben articular normas administrativas con carácter prioritario y reservar al Derecho Penal exclusivamente las infracciones más graves a tales disposiciones. Precisamente, desde una aproximación psicosocial, los temas que vertebran la intervención –prevención, tratamiento de los drogodependientes, inserción social, etc.– se relacionan más directamente con estas normativas sanitarias, de fomento o administrativas. En este sentido, es preciso destacar la importancia de las leyes específicas sobre prevención y asistencia que en los últimos años han aprobado las diferentes Comunidades Autónomas y de las que disponen la mayoría de ellas. De aquí que, aunque resulte imprescindible elaborar una relación de las cuestiones más básicas de carácter penal, se realizará una revisión más detenida de los ámbitos de aplicación normativa de carácter administrativo que se ocupan de la problemática de las drogas ([cuadro 1.2](#)).

En primer lugar, hay que precisar que esta profusión de normativa administrativa sigue teniendo hoy como referente fundamental la Ley de Estupefacientes del 8 de abril de 1967 que, pese a su antigüedad y a su aprobación con anterioridad a la Constitución de 1978, sigue en vigor al no haber sido derogada expresa o tácitamente. En su exposición de motivos, el legislador manifiesta cuáles son los dos pilares clave de un sistema legislativo sobre estupefacientes: la administración por parte del sector público de los mismos, dotándolo para ello de un sistema sancionador, y una “política humana y progresiva de curación y rehabilitación social de toxicómanos”.

Como medios para alcanzar los referidos objetivos se señalan cuatro en esta ley: la especial actuación del Estado sobre los estupefacientes, caracterizada por un grado singular de intervención y vigilancia en todos los campos posibles, desde su producción a su consumo; la configuración de la cooperación internacional, estrecha y directa, como único medio para orientar debidamente y obtener un satisfactorio rendimiento de la acción interna; la articulación de una organización especializada, aunque integrada en los cuadros administrativos ordinarios, capaz de responder con sensibilidad y agilidad a las peculiares necesidades administrativas y policiales inherentes a la materia, y la creación y puesta en funcionamiento de centros asistenciales especializados para toxicómanos.

Cuadro 1.2. *Legislación española más relevante*

-
-
- Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas, para el período 2000-2008.
 - Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
 - Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, de Protección de la Seguridad Ciudadana [Artículos 23 h); 25; 26 d) y 28].
 - Ley 5/1998, de 22 de marzo, por la que se crea la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas.
 - Ley 61/1997, de 19 de diciembre, de modificación de la Ley 36/1995, de 11 de diciembre, sobre la creación de un Fondo procedente de los bienes decomisados por el tráfico de drogas y otros delitos relacionados.

- Ley 19/1993, de 28 de diciembre, sobre determinadas medidas de prevención del blanqueo de capitales.
 - Ley 3/1996, de 10 de enero, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas como susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas.
 - Ley 36/1999, de 18 de octubre, de concesión del subsidio por desempleo y de garantías de integración sociolaboral para los delincuentes toxicómanos que hayan visto suspendida la ejecución de su pena, de conformidad con lo previsto en la legislación penal.
 - Real Decreto 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas.
 - Real Decreto 5/1996, de 15 de enero, sobre modificación del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y de ampliación de su anexo.
 - Real Decreto 783/1998, de 30 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, estableciendo en el Ministerio del Interior el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.
 - Orden INT/2437/2002, de 4 de octubre, por la que se regula la composición y el régimen de funcionamiento del Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas.
-

Con posterioridad a ésta, se han aprobado otras dos normas de gran importancia en el ámbito administrativo: la Ley 25/1990, de 20 de diciembre de 1990, del Medicamento, y la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, de Protección de la Seguridad Ciudadana. La primera reconoce los estupefacientes y las sustancias psicotrópicas como medicamentos y somete su intervención a lo establecido en ella. La segunda ha incidido significativamente en el régimen legal español sobre drogas y particularmente en el tratamiento del consumo tal y como se mostrará a continuación.

Para finalizar este rápido repaso de las normas administrativas en materia de drogas no se pueden omitir las siguientes:

1. *La Ley 19/1993, de 28 de diciembre, sobre determinadas medidas de prevención del blanqueo de capitales.* Como es sabido, una de las consecuencias más importantes del tráfico ilícito de drogas radica en el extraordinario volumen de recursos económicos que genera. Estos recursos normalmente pasan a incorporarse, mediante distintos métodos y vías, al circuito económico-financiero legal, produciéndose lo que se conoce como “blanqueo de capitales”, “lavado de dinero” o “blanqueo de dinero”.

En esta ley se regulan diversas obligaciones y actuaciones tendentes a impedir la utilización del sistema financiero con estos fines. Así, están sometidos a las obligaciones impuestas por la ley un conjunto de entidades y actividades tales como: las entidades de crédito, las entidades aseguradoras autorizadas para operar en el ramo de vida, las sociedades y agencias de valores, los casinos de juego, las actividades de promoción o compraventa inmobiliaria, etc. Entre las obligaciones que se les exigen se encuentran las siguientes: la identificación de clientes, el examen con especial atención de aquellas operaciones que por su naturaleza puedan estar vinculadas al “blanqueo de capitales”, la conservación de documentos acreditativos de las operaciones y la identidad de sujetos durante cinco años, la comunicación al

Servicio Ejecutivo de la Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias de operaciones sospechosas y la abstención de ejecución de esas operaciones sin haber efectuado previamente la citada comunicación.

Se trata de una norma no sólo dirigida a impedir el blanqueo de capitales procedente de actividades delictivas relacionadas con el tráfico de drogas, sino también con las actividades ilícitas cometidas por bandas armadas, grupos terroristas y, en general, por bandas y grupos organizados.

2. *Ley 36/1995, por la que se crea el Fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas.* Con esta ley se trata de posibilitar que, de una forma inmediata, los directamente perjudicados por el fenómeno del tráfico de drogas puedan beneficiarse –con al menos el cincuenta por ciento de los recursos– de los bienes decomisados por sentencia firme a los responsables de ese tráfico ilícito. Los recursos existentes en el Fondo serán destinados, por lo tanto, a los fines siguientes: programas de prevención, asistencia a drogodependientes e inserción social y laboral de los mismos; actividades relacionadas con la persecución y la represión del tráfico de drogas; y cooperación internacional en estas materias.
3. *Ley 3/1996, de 10 de enero, de control de sustancias químicas catalogadas como susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas.* Mediante esta ley se establece por primera vez en nuestro país el control administrativo general sobre toda clase de operaciones que tengan por objeto las sustancias químicas catalogadas como susceptibles de ser desviadas para la fabricación ilícita de drogas –los denominados “precursores”–. A este efecto se ha creado un Registro General de Operadores que se gestiona en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
4. *Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986.* Aunque no contiene referencias o disposiciones concretas referidas al consumo de drogas, tiene la condición de norma básica y regula cuestiones tan fundamentales como: los derechos de los ciudadanos con respecto a las distintas Administraciones Públicas sanitarias –intimidad, confidencialidad...–; la autorización administrativa previa para la instalación y el funcionamiento de establecimientos sanitarios; la realización de programas sobre grupos de población de mayor riesgo, etc.
5. *Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, sobre tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y R.D. 5/1996, de 15 de enero, de reforma de aquél.* Sintéticamente, estas normas regulan los siguientes aspectos: que el régimen jurídico es aplicable sólo cuando los tratamientos de la dependencia de opiáceos sean prescritos en pautas cuya duración sea superior a veintidós días; que en los tratamientos pueden ser utilizados distintos principios activos, no sólo la metadona sino también otros como el LAAM, la buprenorfina, etc.; que los tratamientos sólo pueden ser realizados por centros

o servicios sanitarios públicos o privados, sin ánimo de lucro, acreditados por la Comunidad Autónoma correspondiente, si bien de manera excepcional también podrán ser autorizados facultativos no integrados en aquellos centros o servicios que lo soliciten, y que basta únicamente con tener un diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos para poder acceder a estos tratamientos.

Tras este sucinto repaso sobre las principales normas administrativas, es preciso hacer una mención especial al tratamiento del fenómeno de las drogas en sus distintas manifestaciones a través del Código Penal vigente, aprobado por L.O. de 8 de noviembre de 1995 (González, 2000). En una primera aproximación se resaltarán dos aspectos de indudable importancia que representan mejoras sustanciales respecto al Código Penal anterior: el tratamiento que se otorga al consumidor de drogas o drogodependiente, al tener en cuenta su situación entre las causas de exención y atenuación de la responsabilidad criminal y a través de la aplicación de las medidas de seguridad. No obstante, sigue adoleciendo de algunas carencias como la ausencia de un tratamiento específico del consumidor-trafficante o de una declaración expresa sobre la exención de responsabilidad penal en los supuestos de posesión de drogas para el propio consumo.

A continuación se definen un conjunto de conceptos de uso más frecuente para los profesionales de la intervención psicosocial y que, sin ninguna duda, condicionan su trabajo cotidiano. Conocer exactamente su alcance, a la luz de la normativa citada, puede significar un instrumento de gran utilidad en la práctica profesional, tanto más en una temática como la que nos ocupa, que se encuentra sometida a una constante adulteración de los conceptos.

A) La clasificación de drogas en España

Desde el punto de vista jurídico, sólo son drogas aquellas sustancias que la ley considera como tales. El ordenamiento jurídico estatal español no dispone de una definición concreta sobre lo que debe entenderse por “drogas”. En la práctica sólo se distingue entre drogas legales e ilegales, aunque existen otros muchos tipos de clasificaciones, entre las que destacan las de carácter farmacológico ([cuadro 1.3](#)).

Cuadro 1.3. Clasificación de las drogas

II. Drogas ilegales

1. Estupefacientes

- Cannabis: hojas, resina –hachís–, aceite, derivados
 - Coca: cocaína, estovaína, novocaína, butelina, pantocaína, crack
 - Opio: morfina, heroína, codeína
2. Alucinógenos: LSD 25, mescalina, psilocibina
 3. Estimulantes: khat, anfetaminas y derivados, drogas de síntesis - D.M.A., M.D.M.A., M.D.E.A./MDE-
 4. Psicótopos –susceptibles de tráfico ilegal–: barbitúricos, depresores, sedativos, somníferos, otros fármacos

II. Drogas legales

- Tabaco (nicotina)
- Alcohol
- Café (cafeína)
- Te (teína)
- Disolventes orgánicos
- Poppers
- G.H.B.
- Alcaloides de la belladona y otras solanáceas
- Psicótopos no fiscalizados

F. Sequeros Sazatornil (2000)

Depresores del Sistema Nervioso Central

1. Opioides (morfina, heroína)
2. Alcohol
3. Hipno-sedantes (benzodiazepinas, barbitúricos y otros depresores)
4. Inhalantes

Psicoestimulantes

1. Anfetaminas y cocaína
2. Metilendioxi-anfetaminas o drogas de síntesis (MDMA, MDA, MDEA...)
3. Catinona
4. Cafeína

Psicomiméticos

1. L.S.D.
2. Cannabis (hachís y marihuana)
3. Fenciclidina

Tabaco y nicotina

La jurisprudencia española considera drogas ilegales a todas las sustancias estupefacientes incluidas dentro de las Listas I, II y IV anexas al Convenio Único de las Naciones Unidas de 30 de marzo de 1961, así como a las sustancias psicotrópicas contenidas en las Listas I, II III y IV de la Convención de las Naciones Unidas de 21 de febrero de 1971.

Como ocurre con las drogas ilegales, no existe en el derecho español una definición de lo que deba entenderse por drogas legales. Sin embargo, se tiende a identificar como tales a aquellas sustancias no incluidas en las citadas listas de la ONU, pero que, desde un punto de vista científico, responden a los criterios que se utilizan para definir una droga. Esto es, la capacidad de influir en el organismo modificando su funcionamiento natural, y la capacidad para generar adicción o dependencia, ya sea física o psíquica. Entre éstas, las que quizá han atraído la atención con mayor frecuencia en el ámbito jurídico han sido el alcohol y, en menor medida, el tabaco. Sobre ambas se incidirá más adelante.

B) Las cuestiones del uso, la posesión y el tráfico de drogas

Es preciso comenzar clarificando las cuestiones del consumo y la tenencia de drogas ilegales, que suelen aparecer de forma muy confusa en numerosos textos y debates sobre esta temática. Se trata, por lo tanto, de definir exactamente el alcance de algunos cambios recientes introducidos en nuestro ordenamiento jurídico en materia de drogas. Así, se debe partir del hecho de considerar que el consumo –y la posesión para el propio consumo– de drogas ilegales, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, no constituye una infracción punible como delito, ni como falta, salvo en ámbitos muy concretos tales como la circulación vial, la navegación aérea y la vida militar. Y ésta no es una posición novedosa porque en España nunca ha estado penalizado el consumo de ningún tipo de drogas.

Sin embargo, a partir de 1992, con la aparición de la Ley de Protección de Seguridad Ciudadana, el consumo de drogas ilegales se convierte en una conducta “sancionable administrativamente”. Esta Ley tipifica como infracción grave el consumo de drogas ilegales siempre que se produzca en lugares o establecimientos públicos, así como el abandono en estos sitios de útiles o instrumentos utilizados para su consumo. La sanción administrativa prevista para dicha infracción consiste en una multa que oscila entre los 300 y los 30.000 euros. Aunque se contempla la posibilidad de suspender estas sanciones si el infractor se somete a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado.

Un asunto diferente es el de la posesión de drogas. Hasta la ley de 25 de junio de

1983, que modificaba determinados preceptos del Código Penal, se penalizaba la tenencia de drogas resultando posible, por lo tanto, la punición tanto del supuesto de posesión para traficar como para el propio consumo. Con la citada ley de 1983, se castiga la posesión de drogas tóxicas estupefacientes o sustancias psicoactivas sólo en el caso de que éstas se destinen al tráfico y no al consumo personal. Este criterio se mantuvo tanto en la reforma del Código Penal de 1988 como en el actual de 1995 (arts. 368 y ss.). Pero, al igual que ocurre en el caso del consumo, la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana sí contempla como infracción administrativa la tenencia ilícita no destinada al tráfico, incluso cuando la misma tenga por finalidad el autoconsumo del poseedor. Las sanciones son también las mismas que en el caso del consumo.

Ahora bien, sí son constitutivas de delito las conductas que tiendan a promover, favorecer o facilitar de cualquier modo (incluyendo entre ellas el cultivo, la elaboración y el tráfico) el consumo ilegal, o la posesión con tales fines, configurando lo que se denomina delito de tráfico de drogas, técnicamente un delito contra la salud pública, tipificado en el artículo 368 del Código Penal vigente. Una de las peculiaridades de las leyes españolas es que las penas aplicables dependen de la nocividad para la salud de las sustancias, de tal modo que pueden darse las siguientes situaciones:

- Penas de privación de libertad desde 1 a 3 años de duración, y multa que puede variar entre el importe del valor final de la droga y el doble del mismo, si se trata de drogas que no causan graves daños a la salud, es decir, todos los derivados del cannabis –el hachís, el aceite de hachís, etc.
- Penas desde 3 años y 1 día a 9 años, y multa que puede variar entre el importe del valor final de la droga y el doble del mismo, si se trata de drogas que causan graves daños a la salud: heroína, cocaína, LSD o éxtasis. Las penas de prisión se incrementan notablemente si concurren cualquiera de las circunstancias agravantes previstas en la Ley ([cuadro 1.4](#)).

Cuadro 1.4. Penas por delitos de tráfico, cultivo o elaboración de drogas

| | DROGAS QUE CAUSAN GRAVE DAÑO A LA SALUD | OTRAS DROGAS |
|-----------------------------|---|---|
| Tipo básico | 3 a 9 años Multa del tanto al triple | 1 a 3 años Multa del tanto al duplo |
| Tipo agravado | 9 años a 13 años y 6 meses Multa del tanto al cuádruplo | 4 años y 6 meses a 6 años y 9 meses Multa del tanto al cuádruplo |
| Tipo especialmente agravado | 3 años y 6 meses a 20 años y 3 meses Multa del tanto al séxtuplo | 4 años y 6 meses a 6 años y 9 meses Multa del tanto al séxtuplo |

Nota: En las multas se impondrán las cantidades correspondientes atendiendo al valor final de la droga.

Sin embargo, al tratar la cuestión de las consecuencias penales hay que poner el énfasis en un aspecto fundamental como es el elemento intencional. Para que la producción, posesión y tráfico constituyan un delito, además de la concurrencia en el supuesto de las conductas objetivas que se describen en la Ley –cultivo, elaboración, tráfico, posesión...–, deben existir también dos elementos subjetivos: la voluntad de promover, favorecer o facilitar el consumo de esas sustancias a través de las citadas conductas, así como la conciencia del carácter nocivo de tales sustancias. Si no concurren estos elementos intencionales, no existe delito. Esto no es óbice para que se puedan imponer sanciones administrativas cuando se han omitido o incumplido los requisitos que las leyes y los reglamentos aplicables exigen para su realización. En estos casos, tanto la Ley 17/1967 sobre Estupefacientes como la Ley 25/1990 del Medicamento, establecen una serie de normas de obligado cumplimiento. Las sanciones administrativas pueden conllevar, en el primer caso, la imposición de multas de hasta 3.000 euros o la suspensión o revocación de autorizaciones y licencias, así como la clausura o suspensión de establecimientos y, en el segundo, la imposición de multas pecuniarias diversas, el decomiso de los beneficios ilícitos obtenidos y otras medidas sancionadoras.

C) Regulación de las circunstancias eximentes y atenuantes

La regulación de las circunstancias eximentes y atenuantes es sin duda la novedad más importante del Código Penal actual. En concreto, la consideración específica de la “intoxicación plena” por consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos y el síndrome de

abstinencia provocado por la dependencia de dichas sustancias, ambas como circunstancias de exención de la responsabilidad penal (art. 20.2 del Código Penal), así como la consideración de la adicción, cuando sea grave, a las referidas sustancias como circunstancia atenuante de dicha responsabilidad (art. 21.2 del Código Penal).

En cuanto a la regulación de la atenuante, es interesante destacar que no se refiere sólo a la adicción provocada por el consumo de drogas ilegales sino también por el consumo de bebidas alcohólicas. Su aplicación encuentra algunas limitaciones como que no puede aplicarse en los casos en los que el sujeto haya actuado bajo el influjo de tales sustancias sin ser adicto ni tampoco cuando la adicción haya desembocado en una psicosis tóxica, pues en este caso lo adecuado será la eximente completa del número 1 del artículo 20.

D) Remisión o suspensión condicional de penas

Sin duda, junto a la regulación de las circunstancias eximentes y atenuantes, el otro aspecto más importante que regula el Código Penal, por los avances que representa, es el relativo a la remisión o suspensión condicional de penas impuestas a toxicómanos delincuentes.

Esta regulación se contiene en el artículo 87 y su mayor trascendencia radica en la ampliación hasta tres años de duración de las penas de prisión que pueden ser objeto de suspensión condicional. A ello hay que añadir nuevas posibilidades de aplicación de atenuantes y que los Jueces y Tribunales deben individualizar la pena en función de las circunstancias personales y del hecho en sí.

El artículo 87 fija un plazo, que va desde los 3 hasta los 5 años, para la suspensión, con la posibilidad de llegar hasta los 7 años; condiciona la suspensión no sólo al sometimiento a tratamiento sino también a que en el plazo que se establezca el penado no cometa un nuevo delito y, a los que se encuentren en tratamiento, que no lo abandonen. En este sentido, exige que los centros o servicios responsables del tratamiento faciliten al órgano jurisdiccional sentenciador la información precisa sobre el comienzo, la evolución y la finalización del mismo. Y, para efectuar la remisión definitiva de la pena, se exige la acreditación de la deshabituación o de la continuidad del tratamiento.

E) Las medidas de seguridad

En referencia al tratamiento asistencial que el Código Penal otorga al drogodependiente, éste se basa en la aplicación de medidas de seguridad. Éstas se imponen, como señala el artículo 6 y ratifica el 95, una vez que se haya cometido un hecho delictivo, esto es, con carácter posdelictual. Las medidas de seguridad son de dos tipos: privativas y no privativas de libertad.

Las medidas privativas de libertad son las siguientes:

1. Internamiento en centro psiquiátrico, para la exención de responsabilidad criminal conforme al número 11 del artículo 20 (cualquier anomalía o alteración psíquica).
2. Internamiento en centro de deshabitación, para la exención de responsabilidad criminal conforme al número 21 del artículo 20 (drogadicción).
3. Internamiento en centro educativo especial, para la exención de responsabilidad criminal conforme al número 3 del artículo 20 (alteraciones en la percepción).

La redacción de las medidas de seguridad no privativas de libertad es confusa, por cuanto que aparece en dos preceptos diferentes, que no son sucesivos (art. 96.3 y art. 105). De ellas nos interesan fundamentalmente estos aspectos:

1. Sumisión a tratamiento externo en centros médicos o instituciones de carácter socio-sanitario.
2. Prohibición de acudir a determinados lugares o visitar establecimientos de bebidas alcohólicas.
3. Custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y la vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.
4. Sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares.

F) La legislación penitenciaria

En lo que a la legislación penitenciaria se refiere, hay que resaltar el peculiar interés que se concede (singularmente en el Reglamento Penitenciario vigente) a la atención de los reclusos drogodependientes, teniendo en cuenta el elevado número de internos afectados por esta problemática.

A este respecto, hay que recordar que ya en la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria se obliga a la Administración Penitenciaria (art. 3.4) a velar por la salud de los internos, se prevé la existencia (art. 11.c) de centros de rehabilitación social para la ejecución de medidas penales, se prevé también (art. 37.6) que todos los establecimientos estén dotados de una dependencia destinada a la atención de toxicómanos, y se prevé asimismo (art. 66.1) la organización de programas basados en el principio de comunidad terapéutica.

Estas y otras previsiones han sido desarrolladas a través del R.D. 190/1996, de 9 de

febrero, por el que se aprueba el vigente Reglamento Penitenciario. Son numerosas las referencias en el mismo a la posesión y el consumo de drogas y, en su propia exposición de motivos, se hace mención expresa a la necesidad de proceder a la reforma reglamentaria de la prestación de asistencia sanitaria en ese ámbito como consecuencia de la especial incidencia de nuevas patologías, como la drogadicción y el sida, así como por la universalización de dicha prestación.

Como disposiciones más destacadas cabe citar el hecho de que la posesión de estupefacientes en cantidad importante, que haga presumir su destino al tráfico, es considerado un factor relevante para clasificar en el primer grado (supuestos de máxima peligrosidad) a los internos (art. 102.5 R.P.); el hecho de que se garantice (art. 116 R.P.) a todo interno drogodependiente la posibilidad de seguir dentro del propio establecimiento penitenciario un programa de tratamiento y deshabituación, con independencia de su situación procesal y de sus vicisitudes penales y penitenciarias, así como la obligación que tiene la Administración Penitenciaria, en el marco establecido en el Plan Nacional sobre Drogas, de realizar en dichos centros los programas de atención especializada en drogodependencias que puedan precisar los internos y que éstos soliciten voluntariamente; la necesidad de garantizar en los departamentos para jóvenes un programa de intervención en drogodependencias (art. 174.2 e R.P.), y la disposición (art. 182 R.P.) que permite al Centro Directivo (Dirección General de Instituciones Penitenciarias) autorizar la asistencia en instituciones extrapenitenciarias, públicas o privadas, de los penados clasificados en tercer grado que necesiten un tratamiento específico para la deshabituación de drogodependencias, dando cuenta al Juez de Vigilancia, y en determinadas condiciones (art. 182 R.P.).

G) La publicidad de las drogas

Hay que indicar que, hasta la promulgación de la Ley 34/1998, de 11 de noviembre, General de Publicidad, no se aborda de forma general en una norma de tal rango el fenómeno de la publicidad de las drogas, ya que las existentes hasta entonces se referían a aspectos o a medios publicitarios concretos.

La referida Ley vino a considerar de forma genérica como “ilícita”, en su artículo 3.e), la publicidad que *infrinja lo dispuesto en la normativa que regule la publicidad de determinados productos, bienes, actividades o servicios*. En el artículo 8 se contempla la posibilidad de someter a autorización administrativa previa la publicidad de *productos, bienes, actividades y servicios susceptibles de generar riesgos para la salud de las personas* (apartado 1) y de forma específica se establece que *los productos estupefacientes, psicotrópicos y medicamentos, destinados al consumo de personas y animales, solamente podrán ser objeto de publicidad en los casos, formas y condiciones establecidos en las normas especiales que los regulen* (apartado 4).

En relación con el tabaco (cigarros, puros, tabaco de pipa, etc.) y las bebidas

alcohólicas se establece (apartado 5) la prohibición absoluta de emisión a través de la televisión de la referente a los primeros, a la publicidad referente a las bebidas alcohólicas con graduación superior a 20 grados centesimales, así como también en todos aquellos lugares donde la venta o el consumo de bebidas alcohólicas (sin límites) estén prohibidos. Del mismo modo la Ley señala que *la forma, contenido y condiciones de la publicidad de bebidas alcohólicas serán limitadas reglamentariamente en orden a la protección de la salud y seguridad de las personas, teniendo en cuenta los sujetos destinatarios, la no inducción directa o indirecta a su consumo indiscriminado y en atención a los ámbitos educativos, sanitarios y deportivos*. Y añade que *con estos mismos fines el Gobierno podrá reglamentariamente, extender la prohibición prevista en el presente número a bebidas con graduación alcohólica inferior a 20 grados centesimales*. Los incumplimientos de estas disposiciones tienen la consideración de infracción a los efectos previstos en la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios y en la Ley General de Sanidad.

H) Venta y consumo de tabaco y alcohol

En cuanto a la normativa administrativa relativa a la venta y el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas (excepción hecha de la existente sobre éstas en otros ámbitos, como, por ejemplo, el de la circulación), se ha de significar que, hasta la fecha, ha tenido más desarrollo en el primer caso que en el segundo.

Respecto a la venta y el consumo de tabaco, el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre las limitaciones en la venta y el uso del tabaco para protección de la salud de la población, reconoce expresamente el carácter nocivo del mismo y declara en consecuencia (art. 1) que *en caso de conflicto prevalecerá siempre el derecho a la salud de los no fumadores sobre el derecho de los fumadores*. Se establece de la misma manera la prohibición de la venta o entrega a menores de dieciséis años de labores de tabaco u otros productos que limiten o induzcan al hábito de fumar y sean nocivos para la salud (art. 5). Por último, el referido R.D. establece la prohibición absoluta de fumar en vehículos o medios de transporte público, en lugares de trabajo donde existan contaminantes industriales o donde trabajen mujeres embarazadas, en centros sanitarios, docentes, etc.

Con respecto a las limitaciones en la venta y el consumo de bebidas alcohólicas, hay que resaltar la falta de una normativa general y específica sobre la materia. Por lo tanto, las limitaciones a la venta y el consumo de bebidas alcohólicas están establecidas actualmente en normas orientadas a la protección de la “seguridad ciudadana” y no a velar por la salud, aunque, a la postre, se esté también por esta vía indirecta alcanzando esta finalidad, si bien con las limitaciones que se expondrán más adelante.

En efecto, la norma administrativa aplicable con carácter estatal en la materia es el artículo 26.d de la Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana, que después

de considerar “falta leve a la seguridad ciudadana” la admisión de menores en establecimientos públicos, o en locales de espectáculos públicos, cuando esté prohibida, considera igualmente infracción leve *la venta o servicio de bebidas alcohólicas a los mismos*. Esta norma se encuentra desarrollada, a su vez, en el Reglamento General de Policía de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas, de 27 de agosto de 1982, en cuyo artículo 60.2 se establece que *a los menores de dieciséis años que accedan a los establecimientos, espectáculos o recreos no incluibles en la prohibición del apartado anterior, no se les podrá despachar ni se les permitirá consumir ningún tipo de bebida alcohólica*.

También hemos de mencionar la prohibición de la venta de bebidas alcohólicas en los centros escolares públicos, por razones de protección a la infancia y a la juventud (Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 7 de noviembre de 1989).

Sin embargo, como se verá a continuación, un total de catorce Comunidades Autónomas han aprobado ya sus Leyes Autonómicas sobre Drogas, que completan en su ámbito territorial este régimen de venta y consumo de alcohol a menores con otras disposiciones limitadoras y sancionadoras que afectan a otros tipos de establecimientos suministradores distintos a los que se refiere la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana.

1) El sistema educativo

En cuanto al ordenamiento relativo al sistema educativo, hay que significar que sólo de forma tardía se presta atención por parte de este sector del Derecho Administrativo a la problemática del consumo de drogas, pese a la importancia que para la prevención del mismo tienen las actuaciones en dicho ámbito. Hay que resaltar que no se trata de una atención individualizada, sino incluida dentro del tratamiento de los contenidos de la educación para la salud de la Enseñanza Primaria y Secundaria Obligatoria.

En efecto, en desarrollo de las previsiones contenidas en la LOGSE, los Reales Decretos 1344/1991 y 1345/1991, ambos de 6 de septiembre, establecieron los currículos de la Enseñanza Primaria y Secundaria Obligatoria, respectivamente. En ellos se incorporaba, como elemento educativo básico que había de integrarse en las diferentes áreas, la educación para la salud. Como consecuencia de ello, los alumnos deberían alcanzar a lo largo de ambas etapas, entre otros objetivos, los del conocimiento y la apreciación del propio cuerpo, contribuyendo a su desarrollo mediante la adopción de hábitos de vida saludables y de bienestar, *valorando las repercusiones de determinadas conductas sobre la salud y la calidad de vida, y el conocimiento y comprensión de las consecuencias para la salud individual y colectiva de los actos y decisiones personales*.

Para ello, en los propios RR.DD. citados, se estableció que la educación para la salud –dentro de la cual se habían incluido los aspectos relacionados con el consumo de

drogas– estaría presente a través de las diferentes áreas tanto a lo largo de toda la Educación Primaria como de la Secundaria Obligatoria.

La más recientemente aprobada Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación, contempla también entre sus objetivos, tanto de la Educación Primaria como de la Secundaria, el afianzamiento de hábitos de cuidado y salud corporales; este enunciado de carácter general hace una referencia particular a las sustancias tóxicas en el desarrollo del currículo de Bachillerato.

J) Los menores en situación de conflicto social

La problemática de los menores en situación de conflicto social es abordada por la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los mismos. El ámbito de aplicación de esta ley –que entró en vigor el 13 de enero de 2001– son las personas mayores de 14 y menores de 18 años que hayan cometido delitos y faltas –aunque, en determinados supuestos, también se aplicará a los mayores de 18 años y menores de 21–. Se puede delimitar el siguiente ámbito competencial:

- Las entidades públicas responsables de los Servicios Sociales son las encargadas de atender aquellas situaciones de desprotección que afecten a menores. También de aquellos infractores cuya edad no rebase los 14 años.
- Los Juzgados de Menores asumen la responsabilidad de enjuiciar y establecer medidas con respecto a los menores infractores entre 14-18 años.

Los menores entre 14-18 años serán responsables cuando hayan cometido los hechos tipificados como faltas o delitos en el Código Penal y, naturalmente, no concurra en ellos ninguna de las causas de exención de la responsabilidad previstas en la legislación penal. Por lo tanto, a los menores infractores en quienes concurran las circunstancias previstas en los números 11, 21 y 31 del artículo 20 del Código Penal les serán aplicadas las medidas terapéuticas establecidas en la ley del menor. Así, tomando como referencia el tema de las drogodependencias, en los supuestos de intoxicación plena y síndrome de abstinencia como eximentes de responsabilidad penal –que vienen recogidos en el apartado 21 de dicho artículo– serán de aplicación el internamiento terapéutico o un tratamiento ambulatorio.

La Ley Orgánica 5/2000 establece unas medidas sancionadoras acompañadas de medidas educativas a los menores que delincan. Las medidas educativas contemplan la posibilidad de solventar los problemas de los menores extrajudicialmente, como la compensación del delito con algún trabajo en beneficio de la comunidad. Pero también, cuando el delito sea muy grave o el menor no colabore, el fiscal podrá proponer al juez su internamiento en un centro cerrado. Sin embargo, la Ley plantea ésta como la última

de las medidas deseables, prefiriendo las medidas reparadoras y en el medio natural. El elenco de medidas de aplicación es el siguiente:

- Medidas de amonestación.
- Medidas de prestaciones en beneficio de la comunidad.
- Medidas de internamiento (en régimen cerrado, semiabierto, abierto y terapéutico).
- Asistencia a un centro de día de la comunidad.
- Libertad vigilada.
- Realización de tareas socioeducativas.
- Tratamiento ambulatorio.
- Permanencia de fin de semana en su hogar familiar.
- Convivencia con una persona, familia o grupo educativo durante un tiempo determinado.
- Privación del permiso de conducir ciclomotores o vehículos de motor.

Tanto el internamiento en régimen terapéutico como el tratamiento ambulatorio están previstos, entre otras circunstancias, para superar procesos adictivos al alcohol u otras drogas. El caso del internamiento se prevé para aquellos menores que precisan de un contexto estructurado en el que poder llevar a cabo su programa terapéutico. Esta medida puede ejecutarse en centros sociosanitarios.

Ambas medidas podrán aplicarse como únicas o como complemento de otras y, cuando el interesado rechace el tratamiento, que es voluntario, el juez podrá aplicarle otra medida adecuada a las circunstancias.

K) Prevención, asistencia y reinserción social: la Legislación Autonómica

Además de quedar recogidas en el conjunto de normas de la legislación ordinaria estatal que se han reseñado en los apartados anteriores (Ley General de Sanidad, Ley General Penitenciaria, Código Penal, Ley del Fondo, etc.), la prevención, asistencia y reinserción social están reguladas de modo muy especial en las diversas leyes que han aprobado las Comunidades Autónomas en el ámbito de sus respectivos territorios.

Del total de diecinueve Comunidades y Ciudades Autónomas, catorce disponen de leyes específicas sobre drogas ([cuadro 1.5](#)), que son las siguientes: Cataluña, País Vasco, Castilla y León, Galicia, Comunidad Valenciana, Andalucía, Cantabria, Murcia, Canarias, Extremadura, Aragón, La Rioja, Madrid y Castilla-La Mancha.

Estas Leyes Autonómicas, además de la organización de las medidas preventivas – que incluyen, como se indicaba más arriba, las limitaciones a la publicidad, promoción y venta de tabaco y alcohol –, asistenciales y de reinserción social, contemplan otros aspectos como: la participación social, las características del Plan Autonómico sobre Drogas, la coordinación institucional, la financiación y las funciones de inspección y

control de las Comunidades Autónomas.

L) Otros ámbitos

Finalmente, además de los mencionados, existen otros ámbitos del Derecho Administrativo que se recogen en normas tales como:

- El Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, por el que se aprueba el Texto Articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de vehículos a motor y Seguridad Vial. En este sentido, hay que destacar el Real Decreto 2.282/98, que rebajó la tasa de alcohol permitida en sangre a 0,5 gramos por litro o 0,25 miligramos por litro de aire aspirado, salvo supuestos especiales en los que establece tasas inferiores.
- La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 22.1, obliga al empresario a la vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores, con el consentimiento de éstos, si bien se admite que, con carácter excepcional y previo informe de los representantes de los trabajadores, se puede prescindir de ese consentimiento, con lo que queda abierta la puerta a la posibilidad de realizar controles sobre el consumo de drogas en el medio laboral.

Cuadro 1.5. Leyes Autonómicas sobre Drogas

-
-
- CATALUÑA
Ley 20/1985, de 25 de junio, modificada por la Ley 8/1998, de 10 de julio
 - PAÍS VASCO
Ley 15/1988, de 11 de noviembre, modificada por la Ley 18/1998 de 25 de junio y nuevamente modificada por la Ley 1/1999, de 18 de mayo
 - CASTILLA Y LEÓN
Ley 3/1994, de 29 de marzo
 - GALICIA
Ley 2/1996, de 8 de mayo
 - COMUNIDAD VALENCIANA
Ley 3/1997, de 16 de junio
 - ANDALUCÍA
Ley 4/1997, de 9 de julio
 - CANTABRIA
Ley 5/1997, de 6 de octubre
 - MURCIA
Ley 6/1997, de 22 de octubre
 - CANARIAS
Ley 9/1998, de 22 de julio
 - EXTREMADURA

- Ley 1/1999, de 29 de marzo
 - ARAGÓN
 - Ley 3/2001, de 4 de abril
 - LA RIOJA
 - Ley 5/2001, de 17 de octubre
 - MADRID
 - Ley 5/2002, de 27 de junio
 - CASTILLA-LA MANCHA
 - Ley 15/2002, de 11 de julio
-
-

También el artículo 54.2f del Estatuto de los Trabajadores recoge que el contrato de trabajo podrá extinguirse por decisión del empresario, mediante despido, entre otros supuestos, por “la embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo”.

- El artículo 82.41 del Código Civil, tras la redacción dada por la Ley 30/1981, de 7 de julio, considera que el alcoholismo y la toxicomanía, así como las perturbaciones mentales a que pudieran dar lugar estos estados, constituyen causas legítimas de separación conyugal.

También la toxicomanía o el alcoholismo pueden incidir en las decisiones sobre la atribución de la custodia de los hijos menores de edad en los casos de separación, nulidad y divorcio, pues tales decisiones pueden atentar al interés de los mismos (arts. 82 y 86 del Código Civil), y, eventualmente, también en la privación total o parcial de la patria potestad sobre los hijos, cuando la toxicomanía sea irrecuperable.

- Tampoco se pueden obviar las repercusiones de la toxicomanía como supuesto que puede determinar la incapacidad por enfermedad prevista en el artículo 200 del Código Civil ya que, con las debidas cautelas, puede considerarse como *enfermedad o deficiencia persistente de carácter psíquico que impida a la persona gobernarse por sí misma*, o incluso como supuesto que pueda dar lugar a la incapacitación por *prodigalidad* (art. 286.31 del C.C.) en aquellos casos en los que los recursos económicos de la familia puedan verse gravemente afectados por las necesidades del drogodependiente en orden a adquirir droga para su consumo, descuidando obligaciones familiares de más importancia.

1.2. Marco institucional: El Plan Nacional sobre Drogas

El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) es una iniciativa gubernamental destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España.

El establecimiento de esta línea de acción coordinada constituye la propia base y el fundamento del Plan Nacional sobre Drogas. Las razones que justifican este modelo español de actuación basado en la coordinación son básicamente dos: por una parte, la multiplicidad de factores que concurren en el fenómeno de las drogodependencias, tanto por las numerosas causas generadoras como por las diferentes consecuencias que produce; por otra, no resulta concebible la existencia de un centro directivo de la Administración Pública capaz de satisfacer todas y cada una de las necesidades que suscita una problemática de esta naturaleza. La ingente cantidad de actividades educativas, sanitarias, policiales, etc., que se llevan a cabo en torno a la prevención, la asistencia, el control de la oferta y la reinserción social de los drogodependientes moviliza a un número muy importante y muy variado de recursos humanos, técnicos y materiales. A todo ello hay que añadir la distribución de competencias que existe en esta materia entre la Administración del Estado, la Administración Autonómica y la Administración Local.

El Plan Nacional contempla, por todo ello, la participación de distintos departamentos de las administraciones territoriales y de la iniciativa social, lo que ha hecho imprescindible la utilización de diversos principios y técnicas de organización administrativa. En concreto, la estructura organizativa actual del PNSD se articula en tres grandes ejes:

1. En el ámbito de la *Administración Central* y dirigido a garantizar la coordinación horizontal, existe un *Grupo Interministerial*, al que le corresponde la adopción y, en su caso, la propuesta al Gobierno, de las medidas y actuaciones relativas a esta materia, cuya competencia corresponda al Estado ([cuadro 1.6](#)).

Este Grupo Interministerial está presidido por el Ministro del Interior (en cuyo Ministerio se ubica la Delegación del Gobierno para el PNSD desde el año 1993), y forman parte del mismo los Ministros de Justicia, de Educación, Cultura y Deportes, de Sanidad y Consumo, y de Trabajo y Asuntos Sociales, así como los Secretarios de Estado de Hacienda, de Economía y de Relaciones con las Cortes. La Secretaría de este Grupo Interministerial la ostenta el Delegado del Gobierno para el PNSD.

Cuadro 1.6. *Principales organismos nacionales*

-
-
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS
<http://www.mir.es/pnd/>
 - PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA
<http://www.msc.es/sida/>
 - MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTES
<http://www.mec.es/>
 - MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
<http://www.msc.es/>

- INSTITUTO DE SALUD CARLOS III
<http://www.isciii.es/>
 - INJUVE
<http://www.mtas.es/injuve/>
 - DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS
<http://www.mir.es/instpeni/>
 - SECRETARÍA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES
<http://www.mtas.es/>
-

La Delegación del Gobierno se configura como un auténtico eje vertebrador e impulsor de las políticas que se pueden realizar en el campo de las drogodependencias, y también como coordinador de las distintas estructuras organizativas que se han ido constituyendo.

En el organigrama de la propia Delegación cabe destacar la existencia de tres Subdirecciones Generales: una, de carácter técnico, dedicada a desarrollar los programas que se llevan a cabo en las distintas áreas de prevención, asistencia e investigación; otra, responsable de los temas económicos y presupuestarios, y una tercera destinada a las relaciones internacionales. Asimismo, cuenta con dos Gabinetes, denominados de Evaluación y de Coordinación, que ejercen funciones de análisis y valoración de la situación del narcotráfico y de coordinación de las investigaciones que se llevan a cabo dentro de dicho ámbito. Finalmente, funcionan adscritos al Ministerio del Interior, a través de esta Delegación del Gobierno, los Consejos Superior y Asesor de Lucha contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales, en donde se integran autoridades y funcionarios de diferentes órganos con competencias en estas materias.

2. En lo que se refiere a la *relación entre la Administración Central y las CC.AA.*, hay que tener en cuenta que éstas tienen una personalidad jurídica propia y ejercen sus competencias autónomamente a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas. La relación entre ambas administraciones se articula a través de dos órganos:

- *La Conferencia Sectorial*, órgano de decisión política, presidida por el Ministro del Interior, constituida por los miembros del Grupo Interministerial y los Consejeros responsables de la política de drogodependencias en sus respectivas Comunidades Autónomas.
- *La Comisión Interautonómica*, presidida por el Delegado del Gobierno para el PNSD, de la que forman parte los responsables directos de los Planes Autonómicos sobre Drogas existentes en las 17 Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que eleva propuestas de carácter técnico a la Conferencia Sectorial y ejecuta las

directrices emanadas de la misma.

3. La *participación de la sociedad civil*, esto es, las Organizaciones no Gubernamentales, fundaciones, etc., se articula mediante variadas fórmulas de cooperación –comisiones mixtas de coordinación, comités técnicos del Observatorio Español sobre Drogas...– para el desarrollo de diferentes programas de prevención, formación e investigación en esta materia. Esta actividad de coordinación se complementa con otra de fomento a través de órdenes de ayudas económicas.

Pero sería limitado concluir esta relación de procedimientos de coordinación sin mencionar la participación activa de nuestro país en las numerosas estructuras de coordinación existentes en el plano internacional. La coordinación de todos los países del mundo y de las organizaciones internacionales es fundamental para avanzar en el abordaje de esta problemática.

Con carácter general, pueden señalarse las siguientes líneas de actuación del PNSD:

- Promover una política de prevención que haga posible una disminución de la oferta y de la demanda de drogas.
- Impulsar y fortalecer una red de centros y servicios para la asistencia y la rehabilitación de personas con problemas relacionados con el consumo de drogas, promoviendo su incorporación a la vida social.
- Desarrollar las reformas legales necesarias para afrontar con éxito los aspectos relacionados con el consumo y el tráfico de drogas.
- Coordinar la actuación conjunta y eficaz de todos los organismos del Estado destinados al control de la oferta.
- Impulsar los programas y las actividades que las distintas instituciones autonómicas, locales y las organizaciones no gubernamentales realizan en este ámbito.
- Fomentar la responsabilidad y la participación de todos los ciudadanos.

Sin embargo, y aunque estas directrices generales se mantienen, la aprobación de la “Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008” el 17 de diciembre de 1999, además de marcar un hito indiscutible en la respuesta institucional de España ante las drogas, representa en la práctica el comienzo de un nuevo Plan Nacional. Este documento supone una redefinición de las políticas nacionales para adecuarlas a la realidad actual del fenómeno de las drogas y a las necesidades que se presenten en un futuro próximo (Plan Nacional sobre Drogas, 2000).

La “Estrategia Nacional sobre Drogas” tiene una vigencia de ocho años –del año 2000 al 2008– y recoge un conjunto de metas y objetivos que las Administraciones

Públicas se plantean alcanzar en todos los ámbitos estratégicos de intervención: prevención, reducción de daños, asistencia, reinserción social, control de la oferta, cooperación internacional, legislación, investigación, formación, evaluación y sistemas de información.

Finalmente, se describen a continuación los principales componentes del Plan Nacional sobre Drogas: la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que es el órgano de impulso y coordinación desde la Administración Central; los Planes Autonómicos sobre Drogas, que tienen la mayoría de las competencias en el ámbito de la reducción de la demanda; los Planes Municipales, que impulsan muchos grandes ayuntamientos, y las Organizaciones No Gubernamentales y la iniciativa privada, que desempeñan un imprescindible papel en este campo.

1.2.1. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

En cuanto a la Delegación del Gobierno para el PNSD, los Reales Decretos 1885/1996 y 783/1998 regulan en detalle las funciones que le corresponden y que han ido evolucionando en paralelo con las nuevas exigencias del fenómeno. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Preparar e informar los asuntos que hayan de someterse al Grupo Interministerial para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Desarrollar las acciones y propuestas derivadas de los acuerdos de este Grupo Interministerial y velar por su ejecución.
- Ejercer, cuando proceda, la coordinación en este ámbito, entre los Servicios o Unidades de los distintos Departamentos ministeriales.
- Mantener relaciones con las diferentes Administraciones Públicas y Organizaciones No Gubernamentales, así como con otras instituciones privadas y expertos, tanto nacionales como extranjeros.
- Participar en las reuniones de los organismos internacionales correspondientes e intervenir en la aplicación de los acuerdos que se deriven de las mismas.
- Llevar el Registro General de Operadores de Sustancias Químicas Catalogadas, y ejercer las demás competencias que al Ministro del Interior le atribuye la Ley 3/1996, de 10 de enero, de medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas.
- La recepción, análisis y estudio de la información sobre tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionado con dicho tráfico.
- Proponer programas de actuación para la lucha contra el tráfico y el consumo de drogas.
- Gestionar el Fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados, con el fin de que se destinen a la prevención, la

asistencia y la rehabilitación de drogadictos, así como al apoyo a la represión de la oferta de drogas.

- Servir como órgano estatal de comunicación con el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías en el ejercicio por éste de las competencias que tiene reconocidas en la normativa comunitaria, así como realizar y coordinar en el territorio español, a efectos internos, actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información sobre las drogas y las toxicomanías, definiendo, a tales efectos, indicadores y criterios, y actuando como el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.
- Dirigir y gestionar el Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas.
- Podrán corresponder al Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por delegación del Secretario de Estado de Seguridad, en cuanto a la coordinación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, las competencias en materia de:
 - Delitos de tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionados con dicho tráfico, cometidos por organizaciones criminales.
 - Delitos de tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionados con dicho tráfico, cuyo enjuiciamiento corresponda, por razón del territorio, a la Audiencia Nacional.
 - Delitos conexos con los anteriores, o relacionados con ellos, por razón de la utilización de beneficios económicos procedentes de los mismos.

1.2.2. Los Planes Autonómicos sobre Drogas

Para poder valorar adecuadamente la importancia de los Planes Autonómicos sobre Drogas (PAD), hay que tener en cuenta que actualmente la práctica totalidad de las competencias relacionadas con las estrategias de reducción de la demanda frente a las drogas (sanidad, educación, políticas sociales, empleo...) han sido ya transferidas a las Comunidades Autónomas. Por lo tanto, los PAD constituyen los instrumentos que los gobiernos autonómicos destinan a la planificación, ordenación y coordinación de los recursos, objetivos y actuaciones en materia de drogodependencias y sirven como marco conceptual de referencia para el establecimiento de una cooperación entre instituciones públicas y privadas y con la iniciativa social en el ámbito territorial de esa Comunidad o Ciudad Autónoma. Actualmente disponen de Plan Autonómico sobre Drogas las 17 Comunidades Autónomas más las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla ([cuadro 1.7](#)).

Aquellas Comunidades Autónomas que tienen leyes autonómicas sobre drogas, regulan desde ellas la naturaleza, las características y los contenidos de los PAD. En cualquier caso, los PAD son aprobados por los gobiernos autónomos correspondientes a

propuesta del departamento competente en esta materia.

El esquema organizativo de los PAD es bastante similar en todas las Comunidades Autónomas aunque, lógicamente, existen diferencias atribuibles fundamentalmente al volumen de recursos que deben ser gestionados. Pero en todos ellos existe lo siguiente:

- Un Consejero del gobierno autónomo que forma parte de la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas y representa la máxima autoridad institucional en esta materia. Las Consejerías competentes varían según la Comunidad Autónoma pero, mayoritariamente, suelen ser las de Sanidad o Bienestar Social.
- Un Comisionado Autonómico que, con un rango administrativo variable según la Comunidad Autónoma, coordina política y administrativamente las intervenciones de los diferentes departamentos de la Administración Autonómica y de otras instancias implicadas, gestiona el PAD y forma parte de la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas. Este Comisionado dispone de un equipo técnico de apoyo.
- Un documento que define y ordena las estructuras de coordinación, los objetivos y las acciones del PAD para un período más o menos largo de tiempo (hay planes anuales, trienales...).

Cuadro 1.7. *Planes Autonómicos sobre Drogas*

ANDALUCÍA

Comisionado para las Drogodependencias

ARAGÓN

Unidad de Coordinación de Drogodependencias

ASTURIAS

Servicio de Coordinación del Plan de Drogas

BALEARES

Dirección General de Sanidad

CANARIAS

Dirección General de Atención a las Drogodependencias

CANTABRIA

Dirección General de Bienestar Social

CASTILLA-LA MANCHA

Plan Regional de Drogas

CASTILLA Y LEÓN

Comisionado Regional para la Droga

CATALUÑA

Dirección General de Drogodependencias y Sida

EXTREMADURA

Plan Integral sobre Drogas

GALICIA

Comisionado del Plan Autonómico sobre Drogodependencias

MADRID

| | |
|-------------------|---|
| | Agencia Antidroga |
| MURCIA | Dirección General de Salud |
| NAVARRA | Plan Foral de Drogodependencias |
| PAÍS VASCO | Secretaría de Drogodependencias |
| LA RIOJA | Plan Riojano de Drogodependencias |
| VALENCIA | Dirección General de Drogodependencias |
| CEUTA | Centro de Atención a Drogodependientes |
| MELILLA | Dirección General de Servicios Sociales |

Los grandes apartados en los que se estructuran los contenidos de los PAD son también muy semejantes. Generalmente contemplan estos factores:

- a) Un análisis de la situación del problema y una aproximación epidemiológica al consumo de drogas en la Comunidad correspondiente.
- b) Unos objetivos generales y específicos por áreas de intervención –prevención, asistencia e inserción social, formación, evaluación y participación social.
- c) Definición de los criterios básicos de actuación.
- d) Descripción y ordenación de los programas y servicios.
- e) Mecanismos de coordinación entre las distintas Administraciones Públicas y de participación de las entidades sociales.
- f) Indicadores de seguimiento, control y evaluación.

Sin embargo, existen también indudables diferencias tanto en la disponibilidad de recursos como en su definición, ordenación y mecanismos de gestión. Una de las cuestiones que resultan más características en la identificación de los respectivos PAD es la naturaleza y la estructuración de las redes asistenciales, sin lugar a dudas la dimensión más desarrollada en todos ellos. Así, aunque existe un consenso en cuanto a la organización en red de todos los recursos asistenciales, los denominados niveles de intervención se agrupan y se aplican con notables diferencias en cada red: mientras que en la mayoría de los casos los centros de referencia de la red son centros monográficos especializados en drogodependencias, en otras se destinan a esta función los centros de salud mental; la mayor o menor coordinación con las redes generales de Atención Primaria de Salud y de Servicios Sociales marca también una característica importante en las diferentes Comunidades Autónomas; incluso en la fórmula de gestión de los recursos

utilizada se da una gran variabilidad de respuestas: desde la gestión pública, pasando por la mixta hasta la privada que, en estos dos últimos casos, es fruto también de diferentes procedimientos administrativos –contrato, convenio, subvención...

Finalmente, las competencias que la Estrategia Nacional sobre Drogas atribuye a la Administración Autonómica en esta materia son las siguientes:

1. Diseño y elaboración de Planes Autonómicos en materia de drogodependencias con el soporte legal correspondiente.
2. Planificación, coordinación y desarrollo, tomando como base sus competencias, de un sistema público de asistencia a drogodependientes, en el marco del Sistema Nacional de Salud.
3. Coordinación y, en su caso, diseño, ejecución y evaluación de los programas de prevención en el ámbito de las Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.
4. Puesta en marcha de mecanismos favorecedores de la integración social del drogodependiente, fundamentalmente en las áreas de formación profesional y ayudas al empleo.
5. Regulación normativa de autorización y acreditación de centros, servicios y programas de formación, prevención y asistencia en el campo de las drogodependencias.
6. Desarrollo y ejecución de la función inspectora y el ejercicio de la potestad sancionadora, así como la cooperación policial allí donde exista, con el resto de Fuerzas de Seguridad del Estado.
7. Coordinación, en el ámbito de las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla, de las actuaciones en materia de drogodependencias con otras Administraciones y entidades sociales, fomentando la participación social.

1.2.3. Los Planes Municipales sobre Drogas

En primer lugar, es preciso destacar la importancia de los municipios en la detección de problemas sociales y en la inmediatez en la generación de las respuestas. En efecto, los municipios, como entidades territoriales más próximas a la realidad cotidiana de los ciudadanos, constituyen el referente idóneo para recoger y analizar los problemas que éstos manifiestan y para desarrollar las soluciones más adecuadas. Además, los municipios cuentan con competencias y recursos en determinadas áreas (servicios sociales, deporte, participación ciudadana, cultura...) fundamentales en las tareas de prevención e inserción social de los drogodependientes. Podría afirmarse que los municipios poseen unas capacidades de integración y normalización que resultan imprescindibles en la articulación de estrategias adecuadas frente a las drogas.

Sin embargo, existen notables deficiencias en la extensión de la participación

municipal en este tipo de políticas. De igual modo, es aún muy escaso el desarrollo normativo e institucional que representan los Planes Municipales sobre Drogas. Según los últimos datos disponibles (Plan Nacional sobre Drogas y FEMP, 2002), son aún una minoría los municipios que disponen de Plan Municipal sobre Drogas. Es decir, que a pesar de los grandes esfuerzos desplegados por algunos ayuntamientos españoles, aún está pendiente el reto de dotar a la mayoría de los municipios de este instrumento imprescindible para ordenar y dar continuidad a las actuaciones que se aplican en materia de drogas. En este sentido, la Estrategia Nacional sobre Drogas plantea como objetivo “regular y fomentar la participación de los ayuntamientos y demás entes locales en la respuesta institucional ante las drogodependencias”. Y concreta más específicamente que, en el año 2003, el 50% de los municipios españoles de más de 20.000 habitantes contaban con un Plan Municipal sobre Drogas. Este porcentaje se elevará al 100% en el año 2008.

En cuanto a los contenidos de estos planes, aunque cada municipio ha adoptado sus propias estructuras y medidas, existe un documento de referencia que define los aspectos fundamentales que se deben tener en cuenta a la hora de elaborar un Plan Municipal sobre Drogas (Plan Nacional sobre Drogas y FEMP, 2001). Partiendo de este texto y mediante una revisión de los planes existentes, pueden destacarse las siguientes características:

- a) Son aprobados por el Pleno Municipal y atribuyen una gran importancia al consenso político tanto en su elaboración como en su seguimiento.
- b) Incluyen una definición de principios y actuaciones que contempla los diferentes niveles de intervención pero centrándose sobre todo en la prevención, la reinserción social y la promoción de la participación ciudadana.
- c) Tratan de buscar el compromiso y la coordinación entre las distintas áreas, poniendo en común las más directamente implicadas en esta materia: Sanidad, Servicios Sociales, Juventud...
- d) Disponen de una dotación presupuestaria y una asignación de recursos humanos y materiales que, en función del tamaño y las necesidades del municipio, no tienen por qué ser necesariamente específicos para el tema de las drogas.
- e) Suelen crear diferentes estructuras de coordinación. Las más frecuentes son las institucionales –con participación proporcional de las fuerzas políticas representadas en el municipio– que garantizan el seguimiento y la evaluación del plan; las técnicas, destinadas a la coordinación de los diferentes departamentos municipales; y las dirigidas a facilitar la participación del movimiento asociativo y vecinal del municipio.
- f) Tienen una instancia municipal de referencia (concejalía, oficina del plan, etcétera) y un responsable político y técnico del Plan Municipal sobre Drogas.

Es importante destacar que la Federación Española de Municipios y Provincias

(FEMP) posee un Servicio de Drogodependencias encargado de la coordinación de esta entidad en materia de drogas. Este servicio se destina a establecer e impulsar vías de colaboración entre las Administraciones Locales y con el Plan Nacional sobre Drogas en todos los aspectos de la intervención en materia de drogas. También, como se indicaba más arriba, la mayoría de los PAD disponen de mecanismos de coordinación con las Administraciones Locales en el ámbito de cada Comunidad Autónoma.

La Estrategia Nacional sobre Drogas confiere a la Administración Local las siguientes funciones básicas en el marco del Plan Nacional sobre Drogas:

1. El desarrollo de políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario.
2. Procurar la integración social de los usuarios de drogas partiendo del desarrollo de planes de formación profesional y empleo.
3. Elaboración y puesta en marcha de medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.
4. Ejecución de la función inspectora y de la potestad sancionadora, así como la cooperación de la policía local.
5. Coordinación de las intervenciones en materia de drogas a nivel local.

1.2.4. Papel de las ONG y las entidades privadas

Actualmente resulta indiscutible la necesidad de configurar cualquier política social con la participación de toda la sociedad. Esto conlleva el establecimiento de una adecuada colaboración entre el sector público y la iniciativa social basada en los principios de complementariedad y cooperación mutua. La propia Constitución Española propugna esta interacción Estado-sociedad y la interrelación de lo público y lo privado.

La concreción de este principio en las políticas sociales exige trabajar en diferentes líneas de actuación entre las que se pueden destacar las siguientes:

1. La armonización de los mecanismos de cooperación entre las Administraciones Públicas y las entidades sin ánimo de lucro estableciendo plataformas de convergencia y criterios consensuados de actuación entre los propios movimientos sociales y de éstos con la Administración basados en programas concretos de intervención social.
2. La promoción y potenciación de la organización social capaz de complementar las políticas impulsadas por la Administración desde una perspectiva de aprovechamiento y rentabilidad de los recursos.
3. La mayor implicación en las políticas sociales de miembros de la sociedad civil tradicionalmente ajenos a su desarrollo, especialmente los sectores

empresariales y financieros.

Según la “Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008”, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, las ONG han de seguir desempeñando un papel decisivo que podría articularse del siguiente modo:

1. Constituirse en elemento de cooperación con las Administraciones Públicas en los diferentes ámbitos de la intervención: preventivo, asistencial y de incorporación, evitando en todo caso constituirse en sustitutos de aquélla ni propiciar el mantenimiento artificial de redes o sistemas paralelos.
2. Para su intervención, las ONG implicadas en el ámbito de las drogodependencias habrán de lograr previamente la necesaria autorización o acreditación de la Administración.
3. Las ONG formarán parte de los órganos de participación ciudadana en la Estrategia Nacional sobre Drogas, especialmente en su desarrollo y evaluación. Asimismo, tendrán una presencia en los órganos consultivos de la Administración en el ámbito de las drogodependencias.
4. Por último, las ONG podrán tomar la iniciativa de proponer, promover y desarrollar actuaciones específicas cercanas a la comunidad.

En España existe un importante movimiento asociativo organizado en torno a la respuesta al problema de las drogodependencias. La creación de grupos de familiares afectados y la ayuda entre esos familiares ha sido en gran medida el embrión del movimiento asociativo en el campo de las drogodependencias. Entidades como la UNAD (Unión Española de Asociaciones de Asistencia al Drogodependiente) –que agrupa a casi 300 asociaciones en toda España– surgieron en los años ochenta a partir de grupos de padres que necesitaban, por una parte, compartir el problema que afectaba a su familia y, por otra, actuar unidos para proponer soluciones a los responsables públicos.

Existe también un importante movimiento asociativo que dirige sus esfuerzos desde asociaciones y fundaciones destinadas específicamente a la prevención –casos como Deporte y Vida, Acción Familiar, CEPS, FAD, Fundación Vivir sin Drogas...– y otros que han ejercido un papel pionero en cuanto agentes promotores de servicios de atención a drogodependientes sin haber abandonado en ningún momento la prevención –Proyecto Hombre, Cruz Roja, Cáritas... por citar algunos de los más representativos–. A todos ellos habría que añadir toda una serie de entidades asociativas específicas de profesionales –Socidrogalcohol, Sociedad Española de Toxicomanías...– y otras de carácter más general –colegios profesionales, sindicatos, asociaciones de usuarios...–, que dedican una parte de sus recursos a la prevención de las drogodependencias.

Otras entidades asociativas que están desempeñando y pueden desempeñar aún en mayor medida un papel relevante, especialmente en el tema de la prevención, son las Asociaciones de Padres de Alumnos (APA). Su función se orienta hacia la reflexión y el

estudio de los factores familiares y sociales de riesgo para el uso indebido de drogas, y sobre los recursos que en el ámbito familiar puede y debe poner en marcha para neutralizarlos o compensarlos (cuadro 1.8).

Muchas Comunidades Autónomas poseen plataformas de participación y coordinación con las organizaciones sociales, además de convocatorias de ayudas económicas. De igual modo, la Administración Central realiza anualmente varias convocatorias de ayuda económica a las Organizaciones no Gubernamentales que trabajan en drogodependencias:

Cuadro 1.8. *Algunas ONG relevantes en el ámbito de las drogas*

-
-
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA
<http://www.cruzroja.es/>
 - DEPORTE Y VIDA
<http://www.deporteyvida.org/>
 - FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN (FAD)
<http://www.fad.es/>
 - FUNDACIÓN VIVIR SIN DROGAS
<http://www.fvsd.org/>
 - IDEA-PREVENCIÓN
<http://www.idea-prevencion.com/>
 - PROYECTO HOMBRE
<http://www.proyecto-hombre.org/>
 - SET. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TOXICOMANÍAS
<http://www.setox.org/>
 - SOCIDROGALCOHOL
<http://www.socidrogalcohol.com/>
 - UNIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES Y ENTIDADES DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE (UNAD)
<http://www.unad.org/>
-
-
- Orden por la que se convocan ayudas económicas para el desarrollo de programas de alcance supracomunitario en el marco de prioridades del Plan Nacional sobre Drogas, llevados a cabo por entidades de ámbito estatal sin ánimo de lucro.
 - Orden por la que se establecen el procedimiento y las bases reguladoras de la convocatoria para la concesión de ayudas económicas a entidades privadas sin ánimo de lucro de ámbito estatal, con cargo al fondo de bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados. Convocada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 - Orden por la que se convocan ayudas y subvenciones para la realización de programas y cooperación del voluntariado sociales con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, referente al colectivo de drogodependientes, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
 - Orden por la que se convocan subvenciones a asociaciones, organizaciones no gubernamentales y entidades sociales, para la colaboración en la ejecución de

medidas de seguridad privativas de libertad, consistentes en el internamiento en centros de deshabitación, del Ministerio del Interior.

Estado de la cuestión

La necesidad de promover estrategias globales y equilibradas, así como la de armonizar la interdependencia de las acciones adoptadas por las distintas administraciones nacionales y, a su vez, por los diferentes Estados, hace que el intercambio de información y de experiencias se convierta en un instrumento imprescindible en el diseño de políticas eficaces frente a la problemática de las drogas. Dicho de otro modo: parece evidente que sólo partiendo de un completo conocimiento de este complejo fenómeno se estará en condiciones de formular estrategias adecuadas, ya sean locales, autonómicas, nacionales o internacionales.

Desde esta premisa adquiere pleno sentido la creación de sistemas de información objetivos, fiables y comparables que faciliten una visión integral y una evaluación periódica, sistemática y amplia del problema a escala nacional e internacional. En este contexto se sitúa la creación de observatorios nacionales e internacionales sobre drogas que permiten analizar tanto el estado del consumo y las consecuencias que genera como las medidas preventivas y rehabilitadoras que las Administraciones Públicas y la sociedad civil arbitran para hacer frente a los problemas provocados por este fenómeno. En España existe un Observatorio Español sobre Drogas que facilita información periódicamente sobre estas cuestiones. De aquí que, antes de proceder a la descripción del estado actual de las drogas en España, sea preciso describir las características, los objetivos y el funcionamiento del propio observatorio.

2.1. El Observatorio Español sobre Drogas (OED)

Precisamente para poder disponer de un barómetro permanente que permita integrar la información parcialmente dispersa y desarrollar y ampliar diferentes instrumentos de información y análisis sobre las drogas y las drogodependencias, el Gobierno de la

Nación creó en 1998 el Observatorio Español sobre Drogas que se sitúa en el Ministerio del Interior mediante el Real Decreto 783/1998, de 30 de abril. Esta disposición normativa añade una función más a las que corresponden a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en estos términos: “Servir como órgano estatal de comunicación con el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías en el ejercicio por éste de las competencias que tiene reconocidas en la normativa comunitaria, así como realizar y coordinar en el territorio español, a efectos internos, actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información sobre las drogas y las toxicomanías, definiendo, a tales efectos, indicadores y criterios, y actuando como Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, sin perjuicio de las competencias que en sus respectivos ámbitos territoriales puedan ejercer las Comunidades Autónomas sobre la materia, de acuerdo con sus estatutos de autonomía”. Asimismo, se establece que corresponde a la Subdirección General del PNSD la elaboración de los documentos y la realización de las gestiones necesarias para el ejercicio de esta nueva función.

Es importante resaltar estas dos razones complementarias que contempla el Real Decreto, como son la coordinación con el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), creada por la Unión Europea en 1993 para hacer frente a un fenómeno de dimensiones supranacionales, y con los observatorios que se vayan generando desde los Planes Autonómicos sobre Drogas –hace varios años iniciaron ya su funcionamiento los Observatorios Vasco y Gallego sobre Drogas y más recientemente otros como los de Castilla-León, Asturias y Cataluña.

El Observatorio Español sobre Drogas se concibe, pues, como una estructura cooperativa, integrada por diferentes fuentes de información, procedentes de instituciones públicas y privadas, especialistas y científicos, sobre la base del respeto a las responsabilidades y las competencias respectivas. Es, por lo tanto, el órgano permanente de recogida de información de las diferentes fuentes nacionales e internacionales. Su función básica es la evaluación de la situación de las drogas en nuestro país, basándose en la recogida, el análisis y la difusión de información que permita ponerla a disposición de las instituciones, los profesionales que gestionen y/o trabajen en el campo de las drogodependencias y el conjunto de la sociedad.

Permite también disponer de un instrumento eficaz en la toma de decisiones de los distintos órganos que componen el Plan Nacional sobre Drogas de cara a una adecuada planificación y puesta en marcha de actuaciones en la materia. Puede concluirse que, en la medida en que el OED sea capaz de integrar de modo coherente toda la información disponible sobre las drogas y de generar nuevos mecanismos de investigación y análisis del fenómeno, se estará en condiciones de anticiparse de forma más eficaz a los nuevos patrones de consumo de drogas y de articular mecanismos que permitan una intervención temprana frente a las consecuencias y los problemas que se deriven de los mismos.

Es fundamental señalar que en el cumplimiento de las funciones y los objetivos asignados al Observatorio Español sobre Drogas, que más adelante se recogen, están involucradas diversas instancias de la Administración e instituciones y entidades de carácter público y privado, cada una de ellas con diferentes niveles de responsabilidad y

protagonismo. En este sentido, debe destacarse que, además del papel que la propia Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas tiene asignado como responsable directo del OED, es determinante la colaboración de una serie de instancias y entidades de las que dependen en último término muchos de los componentes del OED. Entre estas últimas pueden mencionarse las siguientes:

- a) Órganos de la Administración Central del Estado con sistemas de información y registro generales (Fiscalía Especial Antidroga, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Plan Nacional del Sida, Instituto Nacional de Toxicología, Dirección General de Tráfico, etc.).
- b) Planes Autonómicos sobre Drogas.
- c) Planes sobre Drogas de las Administraciones Locales.
- d) Organizaciones no Gubernamentales que trabajan en el sector de las drogodependencias.
- e) Universidades y centros de investigación públicos y privados.
- f) Asociaciones profesionales y expertos en el campo de las drogodependencias.

2.1.1. Funciones del OED

Las principales funciones asignadas al Observatorio Español sobre Drogas quedarían del siguiente modo:

1. La actuación como órgano permanente de recogida y análisis de la información disponible en diferentes fuentes nacionales e internacionales.
2. La creación, el desarrollo y el mantenimiento de un nuevo Sistema de Información del OED, que permita evaluar la situación de los consumos de drogas y sus efectos asociados en un momento determinado, así como su evolución y tendencias futuras.
3. La difusión de información sobre diversos aspectos relevantes relacionados con las drogas, a través de la publicación de informes periódicos del OED, entre responsables políticos e institucionales, profesionales e investigadores, asociaciones y organizaciones que trabajan en el campo de las drogodependencias, los medios de comunicación, etc.
4. La colaboración y coordinación con el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, facilitando la información más amplia y precisa posible y mejorando la comparabilidad de la información disponible con otros Estados de la Unión Europea. El OED actúa como punto focal en España de la Red Europea de Información Sobre Droga y Toxicomanías (REITOX), facilitando a través de ella toda la información disponible en nuestro país. Asimismo, se

encarga de la difusión en España de la información relativa al conjunto de los Estados de la Unión Europea que facilita el OEDT.

5. La promoción de diversas investigaciones y estudios sobre aspectos relevantes relacionados con los consumos de drogas o sus efectos.
6. La actualización del Centro de Documentación sobre Drogas y el impulso de diferentes mecanismos de intercambio y comunicación científica y técnica entre las personas que trabajan en el campo de las drogodependencias.
7. El asesoramiento a diferentes instancias políticas e institucionales acerca de las prioridades existentes en materia de drogas y las medidas que se pueden adoptar.

2.1.2. Configuración del OED

Para desarrollar las funciones que tiene encomendadas el OED, se ha creado en su seno un Consejo Asesor. Se trata del órgano colegiado de apoyo y asesoramiento a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en la ejecución por ésta de las competencias que tiene atribuidas como Observatorio Español sobre Drogas. Está presidido por el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas e integrado por miembros de grupos sociales, instituciones públicas, profesionales, técnicos y científicos relacionados con el mundo de las drogas en nuestro país. Su composición, estructura y funciones se regulan en la Orden del Ministerio del Interior de 24 de noviembre de 1998. Entre estas últimas se contemplan las de analizar la información sobre el fenómeno de las drogas y las toxicomanías; promover la realización de investigaciones, estudios y encuestas; estudiar y proponer, en su caso, criterios para la recogida de datos, definiendo los indicadores comunes, con el objeto de conseguir una mayor eficacia y armonía de los métodos de medición utilizados; proponer criterios de coordinación para homogeneizar en el territorio español la recogida y el intercambio de información y documentación; promover y orientar la difusión de la información de carácter no confidencial, etc. (véase la [figura 2.1](#)).

En cuanto a su estructura, la Orden contempla que el Consejo Asesor del Observatorio Español sobre Drogas funcionará en Pleno y a través de los Comités Técnicos o Científicos que se constituyan. En este marco se han creado dos tipos de comité:

1. El Comité Técnico de Organizaciones no Gubernamentales, integrado por las principales ONG de carácter nacional que intervienen en drogodependencias.
2. El Comité Técnico de Profesionales, en el que están representadas las principales organizaciones de profesionales del sector y los colegios profesionales más directamente implicados en el abordaje de las drogodependencias.

2.1.3. El Sistema de Información del OED

El Sistema de Información del OED está integrado por diferentes componentes o subsistemas –esto es, fuentes, centros o medios técnicos que aportan información al Sistema–, algunos de los cuales ya se habían utilizado antes de su creación, como es el caso del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), y otros que se han ido desarrollando con posterioridad a la puesta en marcha del OED. Entre las principales novedades que ha supuesto la aparición del Observatorio en relación con la situación anterior, cabe citar la creación de nuevas fuentes como las Sondas de Información Rápida y el Teléfono de Alerta Inmediata.



Figura 2.1. Organigrama del Observatorio Español sobre Drogas.

Los principales componentes del Sistema de Información son los siguientes: Sistema de Registros del PND –indicadores de admisión a tratamiento, urgencias y mortalidad–; Sondas de Información Rápida; Teléfono de Alerta Inmediata; Programa de Encuestas Nacionales –Encuesta Domiciliaria sobre consumo de Drogas y Encuesta Escolar sobre Drogas–; estadísticas disponibles en diferentes organismos de la Administración –enfermedades de declaración obligatoria, siniestralidad por accidentes de tráfico y laborales, panel de consumo alimentario, etc.–; Sistemas de Información y Registro Generales –Sistemas de Información y Registro de Instituciones Penitenciarias, Memoria de la Fiscalía Especial Antidroga, Registro del Sida, etc.–; información sobre la oferta de drogas procedente de la Oficina Central Nacional, Europol, Interpol, etc.–; Centro de Documentación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; memorias institucionales –Planes Autonómicos y Municipales sobre Drogas–; informes del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías e informes de los Observatorios Autonómicos.

2.1.4. Indicadores del OED

Los indicadores seleccionados que forman parte del OED son los siguientes:

1. Indicadores sociológicos: Incluyen el perfil social de los consumidores de sustancias psicoactivas así como la percepción social de los efectos o riesgos asociados a este consumo.
2. Indicadores de patrones de consumo: Se contemplan, entre otras, las personas que han experimentado y/o que consumen actualmente diversas drogas, se registran la frecuencia y la cantidad de consumo, las edades de inicio, las vías de administración, las prácticas de riesgo, etc.
3. Indicadores de tratamiento: Recogen el número de personas en tratamiento así como las nuevas demandas, el tipo de drogas que justifican la demanda de atención (con carácter principal y secundario), la antigüedad en el consumo, la evolución de los procesos de tratamiento...
4. Indicadores sanitarios: Incorporan admisiones hospitalarias por patologías asociadas al consumo, urgencias hospitalarias, prevalencias de enfermedades infecto-contagiosas entre consumidores (sida, tuberculosis, hepatitis).
5. Indicadores de oferta de drogas: Se incluyen decomisos en calidad, cantidad y origen de diferentes sustancias, pureza y precio de las mismas, así como nivel de distribución y venta de tabaco y bebidas alcohólicas.
6. Indicadores policiales: Contemplan detenciones por tráfico, sanciones por consumo de drogas en la vía pública, así como a establecimientos por venta de alcohol y/o tabaco a menores y denuncias por conducción bajo efectos del consumo de drogas o alcohol...

7. Indicadores de prisiones: Informan sobre reclusos preventivos y/o penados por delitos contra la salud pública, presos consumidores de drogas y en tratamiento, y estadísticas sobre sida y otras enfermedades asociadas.
8. Indicadores judiciales: Recogen información sobre sentencias por delitos contra la salud pública, medidas alternativas a la prisión y sentencias por otros delitos relacionados con el tráfico de drogas.
9. Indicadores de mortalidad: Incluyen muertes por consumo de drogas, muertes en accidentes de tráfico en los que se ha detectado consumo de alcohol y drogas, muertes en accidentes laborales por consumo de drogas y muertes por enfermedades relacionadas con este consumo.
10. Indicadores de prevención: Se refieren a programas de prevención puestos en marcha en diferentes ámbitos de actuación, número de actividades desarrolladas en el marco de estos programas así como participantes y/o beneficiarios de los mismos.
11. Indicadores de inserción/reinserción: Contemplan el número de programas de inserción/reinserción, beneficiarios y número de recursos y actividades de apoyo a la inserción existentes (pisos de inserción, cursos de formación, talleres laborales, etc.).

2.2. Situación actual y tendencias de los consumos de drogas

Según los datos que aporta el Observatorio Español sobre Drogas, a partir fundamentalmente de las encuestas domiciliarias y escolares sobre drogas (Observatorio Español sobre Drogas, 2002), la situación actual y las tendencias del consumo de las principales sustancias en España se reflejan en los datos que recoge el [cuadro 2.1](#):

Cuadro 2.1. Prevalencia de consumo de drogas en la población general y en los escolares de 14 a 18 años ()*

| Sustancias | Alguna vez | | Últimos 12 meses | | Últimos 30 días | | Diario |
|--------------|---------------|---------------|------------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|
| | Pobl. general | Pobl. escolar | Pobl. general | Pobl. escolar | Pobl. general | Pobl. escolar | Pobl. general |
| Tabaco | 68,2 | 59,8 | 45,5 | – | 41,5 | 41,0 | 32,9 |
| Alcohol | 88,8 | 76,0 | 77,4 | 75,3 | 63,8 | 58,0 | 13,7 |
| Cannabis | 24,4 | 31,2 | 9,9 | 26,8 | 6,5 | 19,4 | 1,1 |
| Éxtasis | 4,2 | 5,7 | 1,8 | 4,6 | 0,7 | 2,5 | – |
| Cocaína | 4,9 | 5,4 | 2,6 | 4,0 | 1,4 | 2,2 | |
| Anfetaminas | 3,0 | 4,1 | 1,2 | 3,1 | 0,6 | 1,8 | |
| Alucinógenos | 2,9 | 5,2 | 0,7 | 3,7 | 0,2 | 1,9 | |
| Heroína | 0,6 | – | 0,1 | – | 0,0 | – | |

(*). Encuesta domiciliaria sobre el uso de drogas, 2001.

Encuesta sobre drogas a la población escolar, 2000.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Alcohol

Comparando la evolución de los años 1995, 1997, 1999 y 2001, para el conjunto de España (población de 15 a 64 años) se han mantenido con oscilaciones las prevalencias de consumo en el “último año”. En paralelo se ha incrementado el porcentaje de abstemios y parece haber crecido muy ligeramente el consumo en el “último mes” y a “diario”. Para 2001 los porcentajes son: 77,4% (último año), 63,8% (último mes) y 15,3% (diario).

En cuanto a la población escolar (14-18 años) y teniendo en cuenta las encuestas de los años 1994, 1996, 1998 y 2000, el alcohol es, sin lugar a dudas, la sustancia más consumida. No obstante, en 2000 parece quebrarse la expansión de los consumos de alcohol entre escolares españoles que venía produciéndose desde la década de los ochenta. Entre 1998 y 2000 descienden ocho puntos el consumo experimental y el habitual. En 2000, el 76% lo ha tomado alguna vez y un 58% bebe habitualmente. Por otra parte, los episodios de consumo abusivo son relativamente frecuentes: el 40% se ha emborrachado alguna vez y el 20% lo ha hecho en el último mes. Los chicos continúan bebiendo mayor cantidad de alcohol que las chicas, pero uno de los fenómenos más novedosos lo constituye el hecho de que éstas lo hacen con mayor frecuencia.

Tabaco

El tabaco es, junto con el alcohol, la sustancia tóxica más consumida por los españoles. Según las encuestas a la población general, su consumo ha permanecido estabilizado durante los últimos años. Un gran número de españoles lo ha probado –un 68,2% en 2001– y declaran consumirlo diariamente un 35%.

Los datos más preocupantes se sitúan en la población juvenil. Las actuales generaciones de jóvenes se inician antes en el hábito de fumar y, aunque en valores medios tienen un consumo diario inferior al del conjunto de la población, la prevalencia de consumo es muy superior entre las jóvenes de 14-18 años, que superan a los varones en más de diez puntos en el consumo en el “último mes” –35,8% las chicas y 25,2% los chicos.

Cannabis

En la población de 15 a 64 años, aunque se produjo un ligero estancamiento entre 1997 y 1999, la tendencia en su conjunto es de incremento. En 2001, un 9,9% de la población declara haberlo consumido en el “último año” y un 6,5% habitualmente.

Al igual que en la población general, en la población escolar de 14 a 18 años el cannabis es, tras el alcohol y el tabaco, la droga más consumida y, desde 1994 hasta 2000, la tendencia de consumo ha sido claramente de incremento. Así, el indicador “alguna vez” ha pasado del 20,8% en 1994 al 31,2% en 2000, y el indicador “último año” del 18,1% al 26,8% en las mismas fechas.

Cocaína

El consumo de cocaína en la población general, tras mantenerse prácticamente estable desde 1995 hasta 1999, parece haber sufrido un repunte en 2001, con unas prevalencias de consumo del 2,6% en los últimos doce meses y del 1,4% y en el último mes.

En cuanto a la población escolar, aumentó el consumo de cocaína de manera relevante entre 1994 y 1998 pasando del 1,7% al 4,1% en el indicador “último año”. Sin embargo, en el año 2000 el consumo parece estabilizarse con un porcentaje del 4% para este mismo indicador y del 2,2% en el consumo habitual.

Drogas de síntesis

En la población general, la evolución del conjunto de indicadores marca una

tendencia descendente del consumo de éxtasis desde 1995 hasta 1999 para incrementarse de nuevo en el año 2001. Para este último año, la prevalencia de consumo alcanza porcentajes del 1,8% (“último año”) y 0,7% (“último mes”).

En la población escolar, el consumo de éxtasis, que creció de forma espectacular entre 1994 y 1996, se redujo en 1998 hasta situarse por debajo de los niveles que tenía en 1994 y vuelve a subir en el año 2000. El porcentaje de consumo en el “último año” ha pasado del 3% en 1994 al 2,5% en 1998 y al 4,6% en 2000.

Heroína

Todos los indicadores disponibles apuntan a un descenso del consumo de heroína en todas sus modalidades, tanto en el consumo experimental como en el ocasional y habitual. Con el escaso valor que poseen las encuestas para valorar prevalencias tan bajas, se puede apuntar el 0,1% para el indicador “último año” en la encuesta del 2001.

Percepción del riesgo

Desde una perspectiva preventiva se atribuye una gran importancia a esta variable de riesgo percibido ya que, según numerosos estudios científicos, su descenso guarda una relación inversamente proporcional con el incremento de los consumos. Por lo tanto, una de las claves de las políticas de prevención en el futuro inmediato consistiría en neutralizar esa falsa imagen de inocuidad que poseen algunas sustancias –sobre todo las relacionadas con los denominados “consumos recreativos”– en determinadas poblaciones y específicamente en ciertos sectores juveniles.

Así, según las últimas encuestas, si bien casi la mitad de los ciudadanos españoles consideran que el consumo de drogas ilícitas es un problema importante, en los últimos años ha descendido la sensación de alarma que se asociaba a esta conducta. Esto se traduce sobre todo en una mayor dificultad percibida para conseguir las distintas drogas y en una disminución de la visibilidad de ciertos hechos relacionados con esta cuestión (jeringuillas tiradas en el suelo, personas ofreciendo drogas, consumidores tomando sustancias en lugares públicos...). Sin embargo, en la población adolescente de 14-18 años, la evolución temporal de riesgo percibido apunta a un descenso para todas las sustancias, excepto para el consumo habitual de tabaco. A continuación se repasarán algunos datos que confirmarán estas afirmaciones:

En la población general, ha aumentado genéricamente la percepción del riesgo que se atribuye a los consumos de drogas desde 1995 hasta 2001. En ocasiones este incremento ha sido muy significativo: consumir éxtasis “alguna vez” ha pasado de ser percibido como muy problemático por el 54,9% de los ciudadanos en 1995 hasta el 74% en 2001. Otro tanto ha pasado con la cocaína (del 63,1% al 78,3%) o con la heroína (del 72,3% al 84,2%) para el consumo “alguna vez”.

En 2001 la conducta considerada de mayor riesgo era el consumo habitual de heroína (90,4% de la población), seguida del consumo habitual de cocaína (87,3%), del consumo habitual de éxtasis (84,6%) y del consumo esporádico de heroína (84,2%).

Por el contrario, en la población escolar de 14 a 18 años, mientras que en 1994 el 70,1% consideraba muy problemático el consumo ocasional de cocaína, en 2000 el porcentaje era del 61,2%. Con una diferencia menor, el consumo “alguna vez” de éxtasis pasó del 57% en 1994 al 54% en 2000, pero el descenso más notable se produce sin duda en la percepción del riesgo asociado a la conducta de consumo ocasional de cannabis, que desciende dieciséis puntos, del 54,7% en 1994 al 38,8% en el año 2000. Como puede apreciarse, estos datos guardan una gran coherencia con la evolución de los consumos.

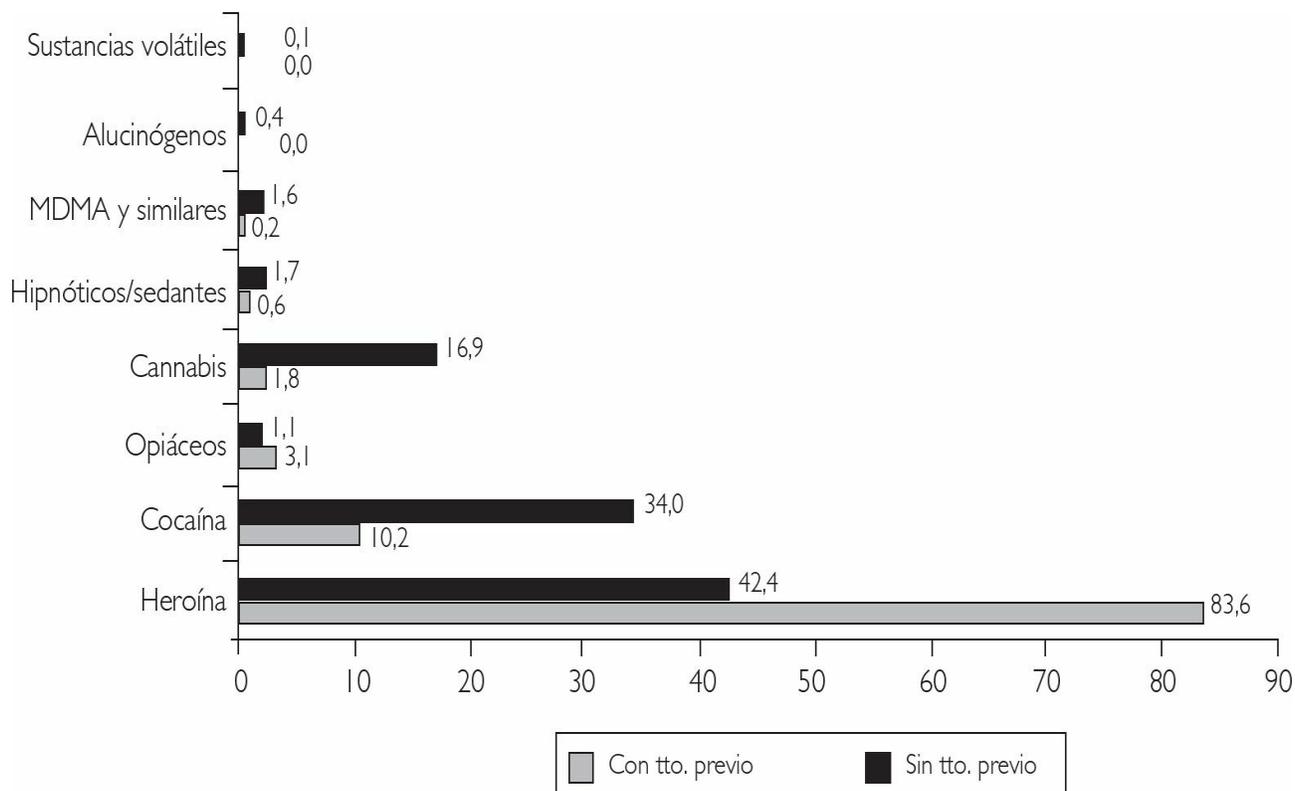
2.3. Consecuencias del consumo de drogas

El consumo de drogas genera una gran variedad de consecuencias que se podrían clasificar en dos grandes apartados: 1) las que inciden directamente sobre la salud de los propios usuarios de drogas y sobre su entorno más inmediato; 2) las de carácter social, económico y laboral, que determinan el impacto socioeconómico de las drogas.

2.3.1. Sobre la salud

- *Las demandas de tratamiento por adicción a las drogas.* El volumen de la demanda asistencial por parte de los consumidores de drogas se estima en España a través de uno de los indicadores que recoge el Observatorio Español sobre Drogas y se refiere a la población que es admitida en los centros de tratamiento por las distintas drogas, excluidos el alcohol y el tabaco. Sin lugar a dudas, este indicador muestra una de las consecuencias negativas más evidentes de los problemas que generan las drogas aunque, como es lógico, existen numerosos afectados que no acuden a las redes de apoyo. De hecho, como se verá más adelante, una de las estrategias fundamentales en las políticas asistenciales consiste precisamente en la detección y captación de afectados que no demandan atención en los centros de tratamiento.

A partir de los datos disponibles en nuestro país sobre estas demandas asistenciales ([figura 2.2](#)), se puede afirmar que, a lo largo de los últimos años, se constata un progresivo descenso en el número de admisiones a tratamiento por heroína, mientras que aumenta el de admitidos por cocaína y, en menor proporción, por cannabis. Así, el número de personas que acceden a tratamiento por heroína, que en 1996 representaba el 88,3% de la demanda total, en 2001 decrece hasta un 68,3%. Si se tienen en cuenta únicamente a los que acuden a pedir ayuda por primera vez, este porcentaje se limita al 42,4%.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Indicador Tratamiento.

Figura 2.2. Droga que motiva el tratamiento según la existencia o no de tratamiento previo (porcentajes). España, 2001.

En sentido opuesto, se confirma un fuerte incremento de las admisiones por consumo de cocaína que crecieron en los últimos años. El conjunto de los admitidos a tratamiento por esta sustancia representó en 2001 un 19%. Si consideramos sólo los admitidos por primera vez, alcanzan ya el 34 % del total de personas que solicitaron tratamiento por consumo de drogas en toda España. Cinco años antes, en 1996, este porcentaje alcanzaba tan sólo el 9%.

Aunque de modo menos intenso, también se va produciendo un incremento en la demanda de tratamiento por cannabis, que representa un 7,4% del total de admisiones frente al 3% de 1996. Si se tienen en cuenta únicamente a los que no han tenido tratamiento previo, se alcanza un 16,9%.

En síntesis, cabría hablar de una diversificación de la demanda en función de la droga principal que la suscita. Así, de una presencia hegemónica y estabilizada durante muchos años de la heroína hemos pasado a una situación más compleja y en proceso de evolución constante. Pero, lo que resulta indudable, independientemente de los porcentajes que se barajen, es que esta nueva situación está teniendo ya una clara

repercusión en la estructura y el funcionamiento de las redes asistenciales sobre drogas en nuestro país.

- *Principales enfermedades asociadas.* Las drogas generan numerosas enfermedades asociadas y no sólo por sus efectos directos sobre el organismo –a su vez determinados por la capacidad tóxica de cada sustancia, la cantidad, el grado de pureza, los aditivos o contaminantes...– sino también por la forma en la que se administran y por los propios estilos de vida de los consumidores. De hecho, algunas de las principales consecuencias sanitarias del consumo de drogas en España tienen más que ver con la vía intravenosa de administración que con los efectos que se derivan del propio consumo de drogas. Este fenómeno ha adquirido una gran relevancia a la hora de valorar el impacto de la drogadicción durante los últimos veinticinco años en nuestro país y, a su vez, representa uno de los logros más decisivos desde un punto de vista de salud pública, tal y como se verá a continuación.

Puesto que resultaría prolijo describir todas y cada una de las patologías orgánicas relacionadas con el consumo de drogas –desde infecciones cutáneas hasta infecciones generalizadas, pasando por enfermedades de transmisión sexual y trastornos relacionados con la nutrición– parece conveniente centrarse en los tres principales problemas relacionados con los Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP). Se trata, sin lugar a dudas, del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la hepatitis y la tuberculosis (De Andrés, 1999).

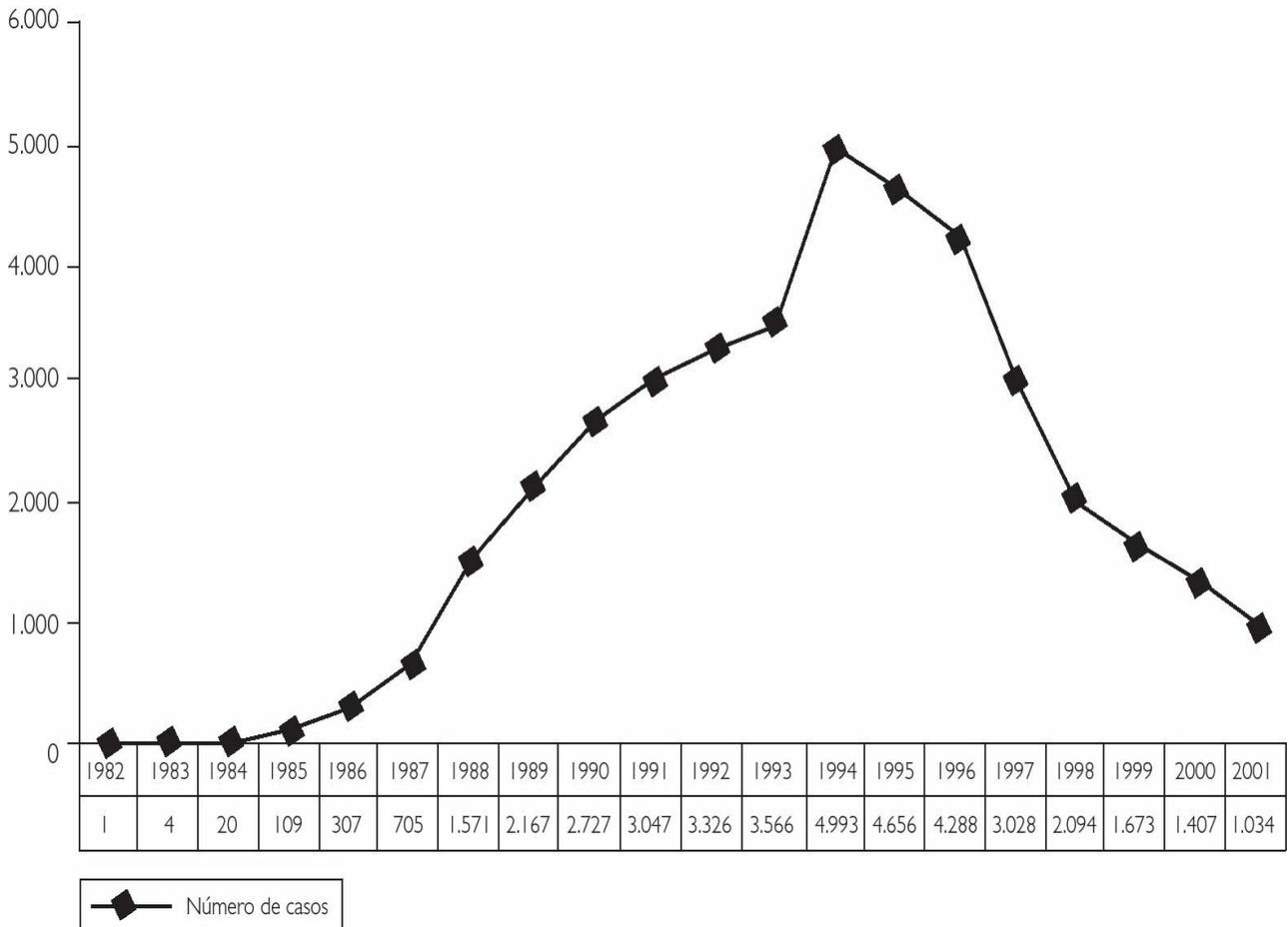
a) Sida

Consiste en un deterioro muy grave del sistema inmunitario, a consecuencia de la infección del organismo por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Esta destrucción progresiva de la inmunidad predispone a la aparición de diversas infecciones oportunistas y al desarrollo de ciertos tipos de cáncer. En la práctica existen tres formas de transmisión: sexual, sanguínea y de la madre contaminada a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

En comparación con otros países, en España la frecuencia de infección por el VIH y el sida entre los drogodependientes destacó desde el comienzo de la epidemia ([figura 2.3](#)). Desde 1981, año en el que comenzó, hasta el 31 de diciembre de 2001 se habían diagnosticado 62.219 casos de sida, de los que 38.007 (el 64,9%) estaban relacionados con la inyección de drogas. De los diagnosticados en 2001, el principal mecanismo por el que se contagia también fue la vía parenteral, aunque ya representó el 52% del total. De igual modo, la prevalencia de infección por VIH en este colectivo también se encuentra entre las más altas –entre un 30 y un 50% de las personas que se inyectan drogas se encuentran infectadas.

El mecanismo responsable de estas altas tasas de enfermedad e infección es doble: por una parte, la práctica de inyectarse con jeringuillas que en muchas ocasiones ya han

sido utilizadas por otros y, por otra, las conductas sexuales de riesgo. Hay que tener en cuenta que la vía inyectada ha sido durante años una práctica frecuente entre la población de adictos de nuestro país. En 1991 esta vía de administración era la preferida para el 50,3% de los que acudían a tratamiento por heroína por primera vez.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro Nacional de Sida. (Actualizado a 30-6-2002).

Figura 2.3. Evolución del número de casos de sida asociados al uso de drogas por vía intravenosa (número). España, 1982-2001.

Sin embargo, en la última década se han producido importantes avances tanto en el cuidado de los pacientes afectados por el sida en general como en la mejora de las prácticas de riesgo de los UDVP. Por una parte, el número de nuevos diagnósticos de casos de sida ha disminuido en más del 70% en los últimos diez años por los avances en la lucha contra esta enfermedad tanto en la prevención como en la asistencia sanitaria, pero sobre todo como consecuencia de los nuevos tratamientos antirretrovirales; por otra

parte, diversas investigaciones han demostrado que las personas que se inyectan drogas modifican sus prácticas de riesgo para el contagio del VIH y otras enfermedades de transmisión parenteral si se les proporciona educación y consejo, así como los instrumentos necesarios para poner en práctica conductas más higiénicas. Estos programas –integrados en la denominación de Programas de Reducción de Riesgos y Daños, que se describirán más adelante– han alcanzado un gran desarrollo en nuestro país durante la última década.

De aquí que los últimos datos registrados en España permitan vislumbrar un escenario más esperanzador. Así, la vía de administración de los consumidores de heroína ha observado un claro descenso del uso de la inyección. La proporción de los consumidores de heroína que usan esta vía pasó del 74,7% en 1991 al 22,9% en 2001 entre los previamente tratados, y del 50,3% al 17,5% entre los tratados por primera vez en la vida. Por lo tanto, en una década el número de tratados por heroína inyectada ha disminuido 5,6 veces. En consecuencia con todo ello, el descenso de la proporción de los casos de sida ha sido más acusado en las infecciones transmitidas por material de inyección de drogas que en las debidas a la transmisión sexual, confirmando de este modo una tendencia claramente descendente que se inició en 1995.

b) Hepatitis

La hepatitis es un síndrome de inflamación de las células hepáticas de causas variadas: agentes infecciosos, determinados medicamentos e ingesta crónica de alcohol o de tóxicos. En la mayoría de los casos la hepatitis pasa desapercibida por ausencia de síntomas. Cuando se manifiesta, los síntomas más característicos son la coloración amarillenta de la piel y los ojos, la orina de color más intenso y las deposiciones más blancas. Otros síntomas son cansancio, dolor de cabeza, pérdida de apetito, náuseas, dolores abdominales, fiebre, dolores articulares y erupción cutánea.

Muchas infecciones generalizadas pueden provocar la inflamación del hígado y, por lo tanto, la hepatitis, pero un apartado importante lo constituyen las hepatitis víricas. Éstas son infecciones producidas por virus que afectan de manera casi exclusiva al hígado, de las que hoy día se conocen seis: A, B, C, D (delta), E y G. Las hepatitis B, C y D se transmiten a través de la sangre y, por tanto, al compartir jeringuillas. El virus de la hepatitis G se ha encontrado en población UDVP con una prevalencia superior a la encontrada en la población de donantes de sangre, por lo que cabe pensar en una transmisión parenteral (De Andrés, 1999).

Para la hepatitis B se dispone de una vacuna efectiva que se utiliza de forma sistemática en niños de 11-12 años de edad y en numerosos colectivos de riesgo como los de UDVP. La hepatitis delta es provocada por un virus que se multiplica aprovechando la existencia del virus de la hepatitis B; por lo tanto, la prevención de ésta evita también la infección por hepatitis delta. Sin embargo, no existe vacuna frente al

virus de la hepatitis C, que es además muy resistente y contagioso. Diferentes estudios colocan a esta enfermedad en valores situados entre el 60 y el 90% de los UDVP, es decir, por encima de los infectados por el VIH.

c) Tuberculosis

La tuberculosis ha tenido una presencia constante en la historia de la humanidad, desde el Neolítico hasta la actualidad. La aparición del sida ha vuelto a provocar un aumento del número de casos, que iban descendiendo progresivamente. Los principales factores de riesgo son precisamente la infección por VIH, el consumo de drogas –de forma importante el alcohol– y la estancia en prisión.

Se trata de una enfermedad infecciosa producida por el bacilo de Koch. Aunque la localización más conocida es la pulmonar, puede afectar a todo el organismo, pero ésta es la más frecuente y prácticamente la única que es contagiosa. La sintomatología puede ser inespecífica, pero habitualmente cursa con tos, fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso y fatiga. La vía de transmisión es aérea y se produce a través de las gotas que se expulsan al hablar, estornudar o toser.

En España existe poca información sobre la incidencia y las características de la tuberculosis en grupos específicos y concretamente entre consumidores de drogas. Sin embargo, un estudio desarrollado por el Instituto Carlos III (1999) ha permitido obtener algunos datos significativos. Así, en 1996-1997 la incidencia anual de tuberculosis en la población general española fue de 38,5 casos por cada 100.000 habitantes. El factor de riesgo detectado con mayor frecuencia fue el consumo de drogas, presente en el 26,9% de los casos. De hecho, un 13,8% del conjunto de casos se habían inyectado drogas alguna vez en la vida, un 11,6% tenían antecedentes de alcoholismo y un 1,5% habían consumido heroína o cocaína por vías no parenterales. También un 4% de los casos habían estado al menos seis meses en prisión antes de ser diagnosticados y un 17,7% estaban infectados por el VIH.

Existe una prueba, el Mantoux, que distingue entre las personas que han estado o no en contacto con el agente de la tuberculosis. De igual modo, el tratamiento de la enfermedad tuberculosa se realiza con una combinación de tres o cuatro fármacos antituberculosos. Al cabo de diez o quince días de tratamiento adecuado, en régimen de aislamiento, el paciente deja de ser bacilífero (contagioso) pero la dificultad para la población drogodependiente estriba en que el tratamiento debe ser seguido estrictamente durante los 6-9 meses siguientes para evitar recidivas o reactivaciones del proceso. De aquí que la adhesión al tratamiento resulte decisiva en la prevención y el tratamiento de esta enfermedad. Los programas de tratamiento desempeñan en este seguimiento un papel imprescindible.

- *Trastornos Duales.* Esta categoría se utiliza para designar la comorbilidad entre

los trastornos adictivos y los psicopatológicos. Aunque en la bibliografía especializada se usan diversos términos, tales como “diagnóstico dual” y “patología dual”, todos hacen referencia a esa coexistencia en un mismo caso de trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias.

Realmente no se trata de un fenómeno nuevo, pero en los últimos años ha adquirido notoriedad entre los profesionales de la atención de las drogodependencias y de la salud mental. Entre las razones que explicarían su gran actualidad se podrían citar las siguientes: 1) en la práctica clínica de las drogodependencias, los trastornos duales son cada vez más frecuentes, entre otras razones por la aparición de nuevos perfiles de consumidores relacionados con los nuevos patrones de consumo; 2) también en la red de salud mental es cada vez más habitual encontrar pacientes que presentan trastornos relacionados con el alcohol u otras drogas; 3) a pesar del desarrollo alcanzado por las redes de atención a las drogodependencias y de salud mental en nuestro país, no se ha logrado un nivel de coordinación que garantice una adecuada respuesta asistencial conjunta a estos pacientes; y 4) parece lógico afirmar que esta mayor conciencia del problema guarda relación con el desarrollo de los sistemas nosológicos actuales –DSM IV y CIE-10– que aceptan su existencia, y con la realización de numerosos estudios epidemiológicos dirigidos a evaluar la prevalencia de estos trastornos.

Aunque no se disponga de datos específicos en nuestro país, se pueden citar a título orientativo algunos de un estudio realizado en Estados Unidos y que es, por su amplitud y naturaleza, uno de los más importantes que existen sobre esta temática. Se trata del “Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study” (Regier, 1990) que, con una muestra de 20.291 individuos, extrae conclusiones como las siguientes: 1) la prevalencia de los trastornos por consumo de sustancias en el grupo que presentaba cualquier trastorno mental (22,5% de la muestra total) era de casi un 29%, esto es, un 2,7% mayor que la prevalencia observada en sujetos sin trastorno psiquiátrico; 2) de aquellos individuos que presentaban un trastorno por consumo de alcohol (un 13,5% de la muestra total), casi un 37% presentó al menos un trastorno mental adicional, el doble de los que no tenían trastornos por consumo de alcohol; 3) de las personas con cualquier trastorno por consumo de drogas (6,1% de la muestra), un 53,1% presentó otro trastorno mental, 4,5 veces lo observado en las que no presentaban trastornos por consumo de drogas; 4) finalmente, en lo que respecta a trastornos psicopatológicos específicos, sus tasas de comorbilidad con algún trastorno por uso de sustancias fueron del 47% en la esquizofrenia, del 23,7% en los trastornos de ansiedad, del 35,8% en los trastornos de pánico, del 32,8% en los trastornos obsesivo-compulsivos, del 32% en los trastornos afectivos y de hasta un 83,6% en el trastorno antisocial de personalidad.

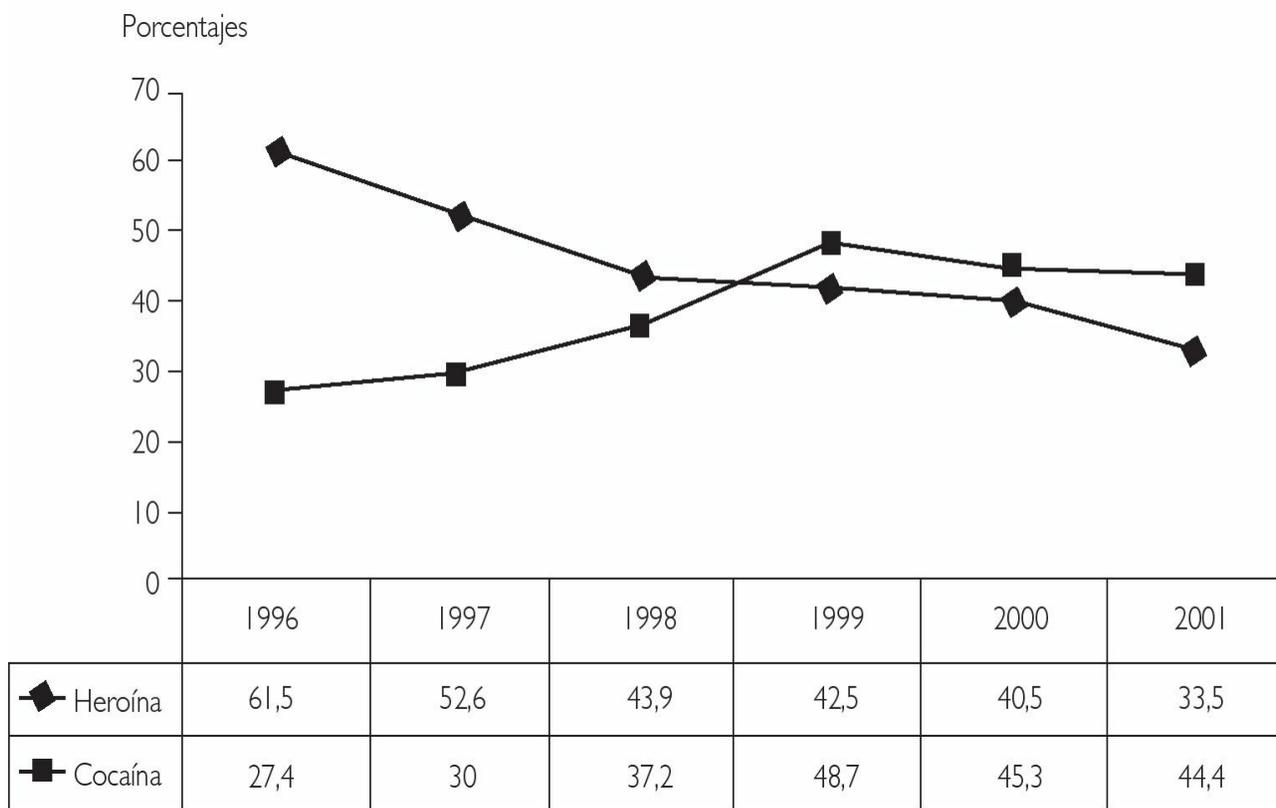
- *Urgencias hospitalarias.* Otra consecuencia sanitaria susceptible de ser evaluada es la cantidad de personas que acuden a las urgencias hospitalarias por problemas con las drogas. El Observatorio Español sobre Drogas informa anualmente de los datos recogidos a través de un “Indicador de Urgencias” que recoge el número anual de episodios de urgencia hospitalaria relacionados directamente con el consumo no

médico de drogas motivado por la búsqueda de efectos psíquicos o por la existencia de drogodependencia, en personas de 15 a 49 años.

En 2001 este indicador recogió un total de 2.145 episodios de urgencias por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, registrados en los 63 hospitales de las doce Comunidades Autónomas que cubrieron el indicador. Según la clasificación diagnóstica, la sobredosis o intoxicación aguda, con un 52,6% y la reacción orgánica aguda, con un 16,2%, fueron los dos diagnósticos más frecuentes.

En cuanto a las drogas mencionadas en las urgencias, la cocaína lo fue en primer lugar (44,4%), seguida de la heroína (33,5%), los hipnosedantes (32%), los opioides distintos de la heroína (21,9%) y el cannabis (19,1%). Es preciso destacar dos aspectos interesantes que informan de la evolución de las drogas en nuestro país: por una parte que, desde que existe el indicador, el año 1999 fue la primera vez que la cocaína era la droga mencionada con más frecuencia; por otra parte que, respecto a años anteriores, se observa una disminución importante de las menciones a la heroína (p. ej., eran de un 61,5% en 1996 y descendieron al 33,5% en 2001) (figura 2.4).

Por último, sólo añadir que la mayoría de las urgencias se resolvieron con el alta médica (79,1%), el 7,8% precisaron ingreso hospitalario, el 5,4% fueron trasladados a otro hospital para valoración y/o tratamiento y el 0,2% finalizaron con la muerte de los pacientes en el servicio de urgencias.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

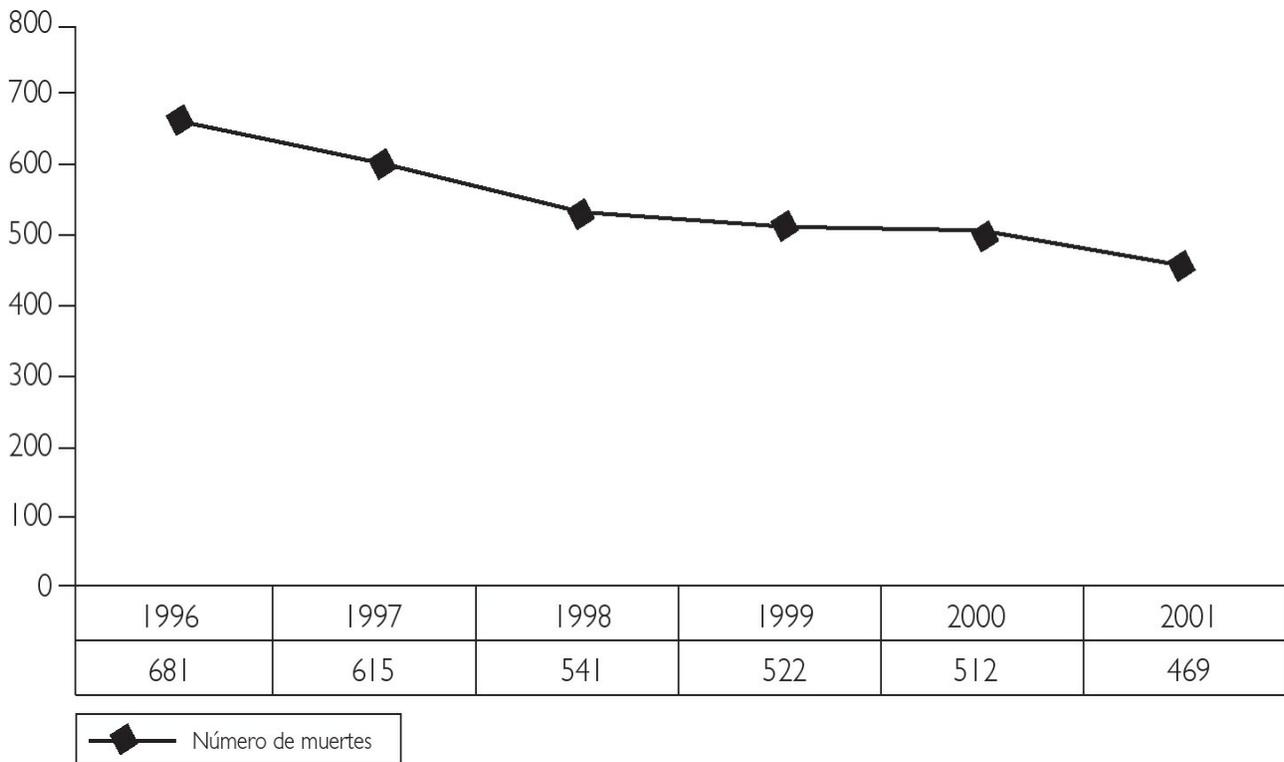
Figura 2.4. Evolución de la proporción de episodios de urgencias directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en el que se mencionó la heroína o la cocaína. España, 1996-2001

- *Mortalidad.* Aunque, como se ha podido comprobar, existe un gran número de consecuencias lo suficientemente graves como para ponderar el impacto negativo de las drogas sobre la salud, no cabe duda de que la mortalidad producida por estas sustancias tiene un valor específico en sí misma. De hecho, suele utilizarse como el indicador más habitual a la hora de estimar los efectos de las drogas en nuestra sociedad.

Existen diferentes fuentes y distintos métodos de medida para estimar la mortalidad que genera el consumo de las drogas. Sin duda, uno de los más interesantes es el “Indicador de Mortalidad” que recoge el Observatorio Español sobre Drogas y que cuantifica el número anual de muertes por “reacción adversa aguda” tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas en personas de 15 a 49 años. La principal limitación de este indicador es que su nivel de cobertura es de un 49% de la población española, si bien incluye a las principales ciudades de nuestro país.

En 2001 este indicador registró un total de 469 muertes por reacción aguda tras el consumo de drogas que, después de los análisis toxicológicos efectuados, la mayoría fueron positivos a opiáceos (86,8%), seguidos de benzodiazepinas (52,7%), cocaína (51,7%) y cannabis (18,7%). En cuanto a la tendencia seguida, la mortalidad mantiene una línea descendente, desde el año 1995, en el que se alcanzaron los niveles máximos (figura 2.5) y, al igual que ocurría en otros indicadores, va decreciendo la proporción de muertes en las que se detectan heroína o sus metabolitos a la par que va aumentando la proporción de muertes en las que se detecta cocaína.

También existen otros procedimientos de estimación de mortalidad como es el caso de la atribuible al consumo de alcohol. Numerosos estudios internacionales han puesto de manifiesto que existe una relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol, la frecuencia y la gravedad de muchas enfermedades, de tal modo que, a mayores niveles de consumo, corresponden tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas de cirrosis hepática, determinados cánceres, accidentes, síndrome alcohólico fetal y otras enfermedades. La estimación de muertes atribuibles al alcohol en España para el año 1998, realizada por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, se situó en los 11.952 fallecimientos.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Indicador de Mortalidad.

Figura 2.5. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en España, 1996-2001.

Para concluir este apartado, un dato que puede resultar esclarecedor es el de los fallecimientos por sida entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Anteriormente quedaron establecidas las estrechas relaciones entre ambos fenómenos cuando nos referíamos a los infectados por VIH y a los enfermos de sida. También en las defunciones notificadas por esta enfermedad se producen importantes solapamientos. Desde el inicio de la epidemia de VIH/SIDA hasta el 30 de junio de 2000, habían sido notificadas al Registro Nacional de Sida 31.364 defunciones de enfermos, de las que 20.474 correspondían a UDVP, lo que representa un 65,3% del total.

2.3.2. Sociales y económicas

Entre las numerosas consecuencias sociales y económicas que, de modo más o menos directo, producen las drogas, nos detendremos en aquellas más significativas por su impacto sobre amplios sectores de la sociedad, ya que sería muy prolijo enunciar todos y cada uno de los aspectos en los que tiene incidencia este fenómeno. No debe

olvidarse que las drogas, legales e ilegales, forman parte indisoluble de nuestro mundo y de nuestra forma de estar en sociedad, por lo que afectan a innumerables aspectos de nuestra vida. Así, pueden destacarse las siguientes consecuencias:

- *Familiares.* Resulta obvio deducir que las graves consecuencias de las drogas sobre el individuo tendrán una repercusión directa e inmediata sobre su entorno social más próximo, es decir, sobre el entorno familiar. Y, aunque más adelante se describirá el potencial preventivo y rehabilitador de la familia, no se puede omitir su dimensión como escenario de los diversos conflictos humanos que se generan en torno al consumo de drogas. De hecho, todos los autores que han abordado este tema coinciden en afirmar que el efecto de las drogodependencias sobre la familia es tan profundo que hace necesario un apoyo específico que le permita adquirir o recuperar las condiciones que permitan el ejercicio normal de sus funciones de socialización. Puede afirmarse con rotundidad que el problema de las drogas afecta a todo el sistema familiar y no sólo al miembro o miembros involucrados en el problema. De tal modo que el desarrollo vital familiar se detiene y, como consecuencia, la familia se desestructura alterando su jerarquía, su organización, sus roles y funciones e incidiendo seriamente en la comunicación familiar.

Pero, además, hay que tener en cuenta que la familia forma parte de sistemas más amplios de influencia que incluyen la familia extensa, el ámbito laboral o educativo, las amistades y la comunidad en general. En estos contextos comienza a recibir mensajes de incomprensión, rechazo y alienación que se combinan con el componente básico de culpabilidad presente en muchos de los miembros de la familia no afectados.

Lógicamente, el grado y la naturaleza de estas consecuencias negativas están muy condicionados por quiénes sean los consumidores y cuál sea la función que desempeñan en el sistema familiar. Así, se han abordado con mucha frecuencia las dificultades de los padres con hijos adictos y sus necesidades de ayuda debido a que son quienes más directamente sufren el impacto de la adicción y sobre quienes se centran los efectos de las drogodependencias de modo más directo. Sin embargo, se ha dedicado mucha menos atención a las consecuencias sobre los restantes miembros de la familia cuando se trata de padres adictos. Entre estos efectos destacan fenómenos como la violencia doméstica –malos tratos, abusos sexuales...– y la vulnerabilidad de los hijos. No hay que olvidar que uno de los factores de riesgo del uso de drogas es el de formar parte de un entorno familiar problemático, en especial si los padres mantienen conductas de abuso de drogas. Diversos estudios realizados en Estados Unidos indican que aproximadamente el 25% de los jóvenes menores de 18 años viven con progenitores que abusan de sustancias psicoactivas, de los que algo más del

10% son hijos de alcohólicos. Estos datos coinciden con las cifras estimadas en nuestro país donde, por otra parte, se comprueba que el 25% de los hijos de alcohólicos estudiados había necesitado algún tipo de intervención psicológica a lo largo de su vida, frente a sólo el 5% de los individuos control (Gual y Díaz, 1999). Los factores que hacen de los hijos de alcohólicos una población de riesgo son variados:

1. Los efectos del alcohol consumido por los padres en el feto.
 2. Los factores psicobiológicos de vulnerabilidad genética.
 3. Los factores psicosociales del ambiente familiar.
- *Jurídico-penales.* Posiblemente sea este conjunto de consecuencias el que se vincula socialmente con más frecuencia al consumo de drogas. Esto es así sin duda porque, durante muchos años, el fenómeno de las drogas se ha conceptualizado básicamente como un problema de seguridad ciudadana. Durante la década de los ochenta, la inseguridad emergente –sobre todo en las grandes ciudades españolas– se situó entre las principales preocupaciones ciudadanas y el problema de las drogas –específicamente el comportamiento de los consumidores de heroína– se encontraba en la base de muchos comportamientos delictivos –robos, atracos, agresiones...– que contribuyeron a crear una auténtica alarma social.

Sin embargo, y a pesar de que se trata de una creencia muy generalizada, no es posible establecer un mecanismo causal entre el consumo de drogas y la delincuencia, y mucho menos de un modo tan simplista como suele hacerse. La conexión entre los dos fenómenos es muy compleja aunque no cabe duda de que existe una relación –ambos forman parte de lo que ha venido en llamarse “síndrome de desviación”– que determina que un sector de adictos se inicien en la delincuencia y que el consumo de drogas haya contribuido a incrementar ciertos delitos, sobre todo los cometidos contra la propiedad.

Existen numerosos indicadores sociales que proporcionan tendencias sobre los cambios en los delitos relacionados con las drogas. Entre ellos se destacarán fundamentalmente los referidos a detenidos e ingresos en prisión. Así, durante todo el año 2001 un total de 17.380 personas fueron detenidas por actividades relacionadas con el tráfico de drogas. Los derivados cannábicos (48%), seguidos de los cocaínicos (31%) y los opiáceos (11%) fueron las sustancias cuyo tráfico provocaron la mayor parte de las detenciones practicadas. Ese mismo año los servicios de atención a detenidos que existen en diferentes ciudades españolas situaban en un 55,1% los atendidos que declaraban ser consumidores de drogas.

Pero, donde mejor se reflejan las consecuencias negativas del uso de drogas es en la población reclusa. En esta población –que en 2001 ascendía a

46.589 personas– se calcula en más del 50% la proporción de los que ingresan con problemas de consumo de drogas. Este dato es consistente con el obtenido en el “Estudio sobre consumidores de heroína y cocaína en tratamiento” (Plan Nacional sobre Drogas, 1997) donde el 55% de los usuarios declaraban haber estado alguna vez en prisión y el 73% haber sido detenidos alguna vez en la vida.

- *Accidentes de tráfico.* Entre las relaciones más graves que se establecen con el consumo de drogas se encuentra la conducción de vehículos a motor. En un gran número de accidentes de tráfico, que constituyen la primera causa de defunción entre los jóvenes españoles, subyacen los efectos producidos por las drogas. La falsa estimación de las distancias, la disminución de la capacidad de atención y de los reflejos, la falta de coordinación, la sobrevaloración de las propias posibilidades, el aumento de la aceptación de riesgos... son algunos de los múltiples efectos que las drogas producen sobre el conductor.

Según un estudio de la Dirección General de Tráfico, el Instituto Nacional de Toxicología y el Plan Nacional sobre Drogas realizado durante 2001 en el conjunto de las 17 Comunidades Autónomas, en un total de 1.447 muertes por accidentes de tráfico investigadas, se encontró: presencia de alcohol etílico, otras drogas de abuso y psicofármacos en el 48% de los cadáveres analizados; entre las sustancias detectadas en los análisis toxicológicos realizados destaca el alcohol (42,4%) mientras que otras drogas de abuso representaron el 7,9%; entre los conductores fallecidos el 90,5% eran varones y los tramos de edad mayoritarios son de 21 a 40 años, que alcanzan el 48%.

- *Costes económicos.* No existen en nuestro país estimaciones de costes económicos generados por el consumo de drogas ilegales. En otros países de nuestro entorno como Francia se calcula que el coste social estimado por las drogas se sitúa en 218.000 millones de francos, lo que representa el 2,7% del PIB de ese país. El alcohol es la droga que insume el coste más elevado, con el 1,42% del PIB, seguido del tabaco, con el 1,1%. Las drogas ilegales provocan un coste social del 0,16% del PIB, similar al de otros países como Canadá, Suiza, Australia y Reino Unido.

Si nos centramos específicamente en el alcohol, en el conjunto de Europa se ha estimado el coste entre un 2 y un 5% del PIB. Este coste vendría provocado por consultas médicas; hospitalización; tratamiento de la adicción en hospitales generales, centros psiquiátricos y centros especializados y, en particular, por el tratamiento de enfermedades tan relevantes como la cirrosis hepática; a ello habría que añadir los costes sanitarios debidos a accidentes de tráfico; los costes con la siniestralidad laboral; el absentismo laboral, etc. En España disponemos de un estudio realizado por Portella (1998), según el cual los costes sanitarios y sociales anuales ocasionados en España por el consumo excesivo de alcohol ascendieron en 1998 a 3.833 millones de euros, cantidad

que representaba más del 16% del presupuesto sanitario nacional para el año anterior y el equivalente al gasto sanitario público de una Comunidad Autónoma como Cataluña.

Los programas preventivos y asistenciales

3.1. Los programas de prevención de las drogodependencias

El interés por la prevención de las drogodependencias tiene sus comienzos en España a finales de la década de los setenta, coincidiendo con el surgimiento de la preocupación social por el fenómeno de las drogas en nuestra sociedad. Pero las primeras intervenciones preventivas se caracterizaron por su carácter espontáneo y simplista. Eran actuaciones puntuales y aisladas, centradas fundamentalmente en el ámbito escolar, que consistían en la mayoría de los casos en charlas informativas sobre las distintas drogas y sus efectos y que eran impartidas por profesionales o miembros de organizaciones sociales ajenas a la escuela.

Desde aquella etapa la evolución ha sido constante, más lenta durante los años ochenta –la década de los grandes esfuerzos en las políticas asistenciales– y más ágil en los noventa, dando lugar no sólo a un incremento considerable de la actividad preventiva, sino también a una mejora sustancial en la calidad de las intervenciones. Pero, entre los principales avances de los últimos años, hay que destacar sin duda dos: la gran diversificación del enfoque de los programas preventivos, tanto en las estrategias aplicadas como en los ámbitos de intervención, y el fortalecimiento de unas bases teóricas y metodológicas sobre las que soportar los programas de prevención. De tal forma que, si durante años se trabajó básicamente en la escuela con algunas actuaciones comunitarias y de sensibilización, actualmente se han abierto otros campos como la familia, el mundo laboral, los espacios de ocio nocturno... De igual modo, cualquier colectivo profesional o asociativo que se proponga poner en marcha un programa de prevención de drogodependencias dispone de un bagaje teórico, metodológico e instrumental al que puede acceder a través de diversas instituciones públicas y privadas que trabajan en este campo.

Puesto que la aproximación a los programas de prevención de drogodependencias es

una tarea harto compleja, tanto por su diversidad como por la variedad de planos en los que se desenvuelve, se llevará a cabo un repaso de las diferentes tipologías y clasificaciones más vigentes actualmente, incorporando unos principios básicos de intervención y finalizando con los principales programas que se aplican en nuestro país. La secuencia de la exposición es la siguiente:

- Tipología de los programas de prevención a partir del riesgo que soporta la población a la que van dirigidos.
- Principales metas de los programas preventivos de drogodependencias.
- Estrategias de los programas preventivos.
- Principios básicos de intervención de los programas preventivos.
- Principales programas preventivos aplicados en España ordenados por ámbitos de intervención (escolar, familiar, comunitario, laboral, medios de comunicación social e institucional).

3.1.1. Algunas consideraciones sobre la prevención y los programas preventivos

Existe en nuestro país un adecuado nivel de consenso sobre los aspectos básicos de la prevención de drogodependencias. Desde su definición general a sus principales objetivos pasando por sus aspectos metodológicos básicos. Incluso las principales instituciones competentes en la materia y agrupadas en el Plan Nacional sobre Drogas – Ministerio de Educación y Cultura, Planes Autonómicos sobre Drogas y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas– aprobaron en 1996 unos “Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de drogodependencias”. En ellos se exponen los requisitos mínimos que deben reunir, se definen su estructura y metodología básicas, las pautas para su evaluación, los criterios de catalogación y pautas para su gestión y para la valoración de los materiales preventivos. Concretamente, se plantea que “la prevención de las drogodependencias, como marco de actuación, queda justificada en sí misma como respuesta a la elevada incidencia y prevalencia del abuso de drogas en nuestro país”; por contra, los programas de prevención de drogodependencias precisan, para la justificación de su existencia, del cumplimiento de tres principios fundamentales:

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 correctamente ajustados a la valoración previa de las necesidades.
2. Deben cumplir unas exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación.

3. Deben estar basados en teorías contrastadas, debiendo estar considerados, por tanto, como “áreas de trabajo científicas” (Plan Nacional sobre Drogas, 1997).

Estas precisiones no resultan superfluas pues, como acertadamente matiza Becoña (1999) “...en muchas ocasiones se confunden o se utilizan inadecuadamente los términos de ‘prevención’ y ‘programa preventivo’. Mientras que prevención es genérico, el programa preventivo es específico y será más específico 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”.

Por lo tanto, podría definirse sintéticamente la “prevención de drogodependencias” como “un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas” (Martín, 1995). Por “programa de prevención” nos referimos a un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios, aplicados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados –impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de drogas– a partir de una población concreta. Debe, consiguientemente, responder a necesidades previamente valoradas, dirigirse a poblaciones perfectamente aquilatadas y definidas, sustentarse en modelos teóricos que estén contrastados y validados, perfilar objetivos realistas y concretos y, lógicamente, ser susceptibles de evaluación.

3.1.2. Tipología de los programas de prevención

En primer lugar, es preciso clasificar los programas de prevención. Durante años se han estado utilizando diferentes clasificaciones que han devenido obsoletas por resultar escasamente operativas. Es el caso de la clasificación clásica, proveniente del paradigma sanitario, organizada en prevención primaria, secundaria y terciaria en función de que se intervenga antes de que surja el problema, en sus momentos iniciales o una vez que se ha consolidado. Más confusa a la hora de definir e identificar los programas ha sido la clasificación en prevención específica e inespecífica. Actualmente se tiende a clasificarlos tomando como base el riesgo que soporta la población a la que van dirigidos, partiendo de la constatación de que no todas las personas se hallan sometidas al mismo nivel de riesgo en relación con las drogas y sus usos problemáticos. Teniendo en cuenta este hecho se definen tres tipos de intervención que intentan adaptarse, de la forma más eficaz posible, a las necesidades del grupo destinatario. Así, los programas preventivos pueden clasificarse en tres tipos principales:

- a) Universales: Dirigidos a la población en general o a un grupo amplio de personas que no están identificadas en partir de ningún factor de riesgo individual. Se trata de una perspectiva amplia, menos intensa y costosa que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamiento duraderos.
- b) Selectivos: Dirigidos a un segmento de población concreto que, según datos objetivos (aportados por la epidemiología u otro tipo de técnica investigadora) se halla sometido a factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas. Existe evidencia de que la efectividad de estos programas se incrementa cuanto más tempranamente se ofrecen a los grupos de población beneficiarios de los mismos.
- c) Indicados: Este tipo de programas está dirigido a personas que ya muestran consumos de drogas u otros problemas de comportamiento, dirigiéndose tanto a los consumidores como a los experimentadores. Están destinados, por lo tanto, a individuos de alto riesgo. El objetivo de estos programas no es sólo la reducción del consumo de drogas, sino también la reducción de los problemas asociados, así como el retraso del establecimiento de conductas de abuso de drogas. Se trata, lógicamente, de una intervención más intensiva y más costosa.

3.1.3. Principales metas de los programas preventivos

Aunque, como se verá más adelante, los programas de prevención precisan de una definición operativa y realista de objetivos en función del alcance del programa, su población destinataria y su metodología, la tendencia más habitual es la contraria; se acostumbra a atribuir a los programas preventivos expectativas maximalistas y escasamente viables, planteadas a menudo en términos de “todo o nada”. De aquí que deba tenerse en cuenta una mayor flexibilidad en cuanto a las posibles metas finales de los programas preventivos. Con este fin se proponen las siguientes orientaciones (Plan Nacional sobre Drogas, 1997):

- a) Los programas preventivos pueden tener como meta eliminar los patrones patológicos de consumo de drogas que generan alteraciones importantes para el individuo, su familia, sus relaciones interpersonales y el conjunto de la sociedad en general (fracaso escolar, delincuencia, depresión...).
- b) Los programas de prevención podrían también perseguir la meta de evitar el paso de la experimentación al consumo repetido de drogas.
- c) Otra forma de plantear la meta de estos programas sería intentar evitar cualquier tipo de consumo, ya sea experimental, repetitivo o acompañado de problemas de diverso tipo. Ésta es la llamada “meta de abstinencia”, que es la más frecuentemente planteada.

- d) Los programas de prevención deberían incluir la meta de demorar el inicio temprano del consumo.
- e) Podría también plantearse como meta de estos programas demorar o reducir la iniciación en el consumo de sustancias que, como el tabaco, el alcohol y el hachís, se consideran “puertas de entrada y transición” hacia otras drogas más dañinas.
- f) La evitación o el control de las circunstancias que implican un riesgo personal o de terceras personas a consecuencia del consumo de drogas es también una meta deseable (p. ej., conducir o tener experiencias sexuales bajo los efectos del alcohol).
- g) Los esfuerzos preventivos deben comenzar en la primera infancia, por lo que el fortalecimiento de vínculos sociales positivos en esta etapa puede reducir los comportamientos desadaptados, y con ellos el consumo de drogas, en una etapa posterior.

3.1.4. Estrategias de los programas preventivos

También, con carácter general, se pueden enunciar las principales estrategias que se utilizan en los programas de prevención de drogas, para ello partiremos de la revisión realizada por Botvin (1990). Pero antes conviene destacar que, aunque todas estas estrategias pueden estar aplicándose hoy de forma simultánea en diferentes ámbitos de nuestro país, realmente responden a una progresión cronológica y científica. Así, las estrategias basadas en la información son características de las primeras etapas de la prevención que en algunos países pioneros –EE UU, Canadá, etc.– significa remontarse a los años sesenta, mientras que los centrados en el desarrollo de competencias son más propios de las dos últimas décadas del siglo pasado. Las principales estrategias son:

1. Estrategias informativas: Proveen de información objetiva sobre aspectos farmacológicos y consecuencias adversas del consumo. Están basadas en un modelo racional del comportamiento humano y parten de la relación simplista e ingenua entre el incremento de la información y el fortalecimiento de las actitudes y los comportamientos contrarios al consumo. Contemplan métodos como la discusión, la presentación audiovisual, los pósters, los folletos, etc. Los diferentes estudios coinciden básicamente en que, si bien pueden producir un incremento en los conocimientos objetivos sobre las drogas, esto no se traduce en un cambio de actitudes y comportamientos.
2. Estrategias de educación afectiva: Tratan de promover el desarrollo afectivo. Se basan en un conjunto de presupuestos del enfoque cognitivo y se focalizan hacia el aumento del autoconocimiento y la aceptación de uno mismo a través de actividades de clarificación de valores y asunción de responsabilidad en las

- decisiones. Otras de sus características son la promoción de la comunicación interpersonal y la introducción de mensajes de tipo normativo referidos a la responsabilidad del uso de drogas. Los resultados de los estudios de evaluación son tan poco concluyentes como los de las estrategias informativas.
3. **Generación de alternativas:** Éste es un método aplicado tanto en programas escolares como comunitarios. Parte de que algunas actividades están asociadas al consumo de drogas y, sin embargo, otras poseen la capacidad de contraponerse o ser antagónicas al consumo. Incluyen una gran variedad de actividades –musicales, deportivas, grupos de encuentro, participación en proyectos comunitarios, etc.–. Su utilidad no parece residir en su aplicación en sí misma, sino que adquieren sentido en el contexto de un programa amplio, realizadas con un criterio selectivo y orientadas hacia los objetivos específicos que éste persiga.
 4. **Habilidades de resistencia social:** Tienen su origen en las estrategias de “inoculación psicológica” que iniciaron Evans y sus colaboradores en 1970 y están orientadas a hacer más conscientes a los jóvenes de los diferentes modos de presión social. Consisten en la enseñanza de habilidades específicas de resistencia a la presión del grupo de iguales y de los medios de comunicación social. Su efectividad está documentada en numerosos estudios que demuestran, asimismo, la persistencia de los efectos positivos de conducta tres años después de la aplicación del programa.
 5. **Aprendizaje de competencias con especial énfasis en el entrenamiento en habilidades personales y sociales:** Tratan de enseñar habilidades genéricas para enfrentarse con la vida de forma amplia –en esto se diferencian con el enfoque anterior, que trata de entrenar en habilidades específicas–, pero enfatizan la aplicación de habilidades generales a situaciones directamente relacionadas con el uso de sustancias. Incluye el aprendizaje de habilidades: de solución de problemas y toma de decisiones; cognitivas generales para la resistencia a la presión interpersonal o de los medios de comunicación; de incremento del autocontrol y la autoestima; de afrontamiento adaptativo para el manejo del estrés y la ansiedad; asertivas generales... Los estudios de evaluación han demostrado resultados efectivos sobre la conducta así como sobre las variables relacionadas con la ausencia del uso de drogas tales como el cambio de actitudes, la asertividad, la autosatisfacción, etc.
 6. **Estrategias de control/protección:** Son intervenciones dirigidas a modificar las normas comunitarias escritas o tácitas, los códigos, las actitudes y los comportamientos públicos en relación con las drogas. Incluyen la aplicación de medidas legislativas, económicas, de control de las sustancias y del control de la distribución o la comercialización. Son medidas de protección que van encaminadas a reducir sensiblemente la demanda de drogas, afectando por lo tanto a la disponibilidad y la accesibilidad de estas sustancias, así como a regular su uso público. Las actuaciones que limitan el consumo de sustancias

como el tabaco o el alcohol en lugares públicos son ejemplos claros de este tipo de intervenciones.

7. Estrategias de diseño ambiental: Su desarrollo pretende promover una atmósfera social y unos servicios comunitarios más efectivos. Estas intervenciones pretenden modificar los entornos inmediatos en los cuales los individuos viven –el centro escolar, el lugar de trabajo, el barrio, la comunidad, los espacios de uso del tiempo libre, etc.–. Su objetivo es tratar de mejorar el entorno y reducir el estrés que determinadas condiciones, situaciones y actividades cotidianas conllevan.

3.1.5. Principios básicos de los programas de prevención

De modo sintético, podemos enumerar los siguientes principios básicos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar los programas de prevención de drogodependencias (NIDA, 1997):

1. Los programas deberían diseñarse para fomentar los factores de protección e invertir o reducir los factores de riesgo.
2. También deberían abordar todas las formas de consumo de drogas, incluidos el consumo de tabaco, alcohol, cannabis e inhalantes.
3. Los programas de prevención deberían incluir estrategias para resistir la oferta de drogas, reforzar el compromiso personal contra el consumo e incrementar la competencia social (p. ej., en comunicación, relación con iguales, autoeficacia y asertividad), junto con el refuerzo de las actitudes contra el consumo de drogas.
4. Los programas de prevención dirigidos a los adolescentes deberían incluir métodos interactivos, tales como grupos de discusión entre iguales, en lugar de utilizar exclusivamente los métodos didácticos tradicionales.
5. En los programas de prevención deberían participar los padres o cuidadores con el fin de reforzar lo que los chicos están aprendiendo y ofrecer oportunidades para dialogar en la familia sobre el consumo de sustancias legales e ilegales y sobre las normas familiares al respecto.
6. Los programas de prevención deberían tener una continuidad en el tiempo a lo largo de los cursos escolares, adaptados a cada nivel del desarrollo evolutivo del niño o el adolescente, con el fin de reforzar los objetivos generales de la prevención.
7. Los esfuerzos de prevención dirigidos al conjunto de la familia tienen un mayor impacto que las estrategias que se centran únicamente en los padres o en los hijos.
8. Los programas comunitarios que incluyan campañas en los medios de

comunicación y cambios en las políticas sobre drogas –tales como nuevas regulaciones que restrinjan el acceso al alcohol, al tabaco u otras drogas– son más efectivos cuando se aplican conjuntamente con intervenciones en la escuela y en la familia.

9. Los programas comunitarios deben reforzar las normas contra el uso de drogas en todos los ámbitos de prevención como la familia, los centros escolares y la comunidad.
10. La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a todas las poblaciones y también sirve como un importante escenario para trabajar con poblaciones específicas en riesgo de consumo de drogas, tales como chicos que tengan problemas de conducta o dificultades de aprendizaje así como aquellos con probabilidades de abandonar el colegio.
11. La programación de la prevención debe adaptarse a las necesidades específicas del problema de drogas en cada comunidad.
12. A mayor nivel de riesgo de la población objetivo más intensivo debería ser el esfuerzo preventivo y antes debería comenzar.
13. Los programas de prevención deberían ser específicos para la edad de los destinatarios, apropiados a su etapa de desarrollo y sensibles a su realidad cultural.

3.1.6. Los programas de prevención en España

Para llevar a cabo esta breve revisión de los programas de prevención en España nos atendremos a los principales ámbitos de intervención preventiva, a saber:

A) Ámbito escolar

La escuela ha sido siempre el ámbito de más reconocida importancia en la prevención de las drogodependencias en nuestro país y, en consecuencia, el más activo y el más evolucionado. Las razones que explican esta preeminencia de la escuela son numerosas, entre ellas podemos destacar las siguientes:

- Porque prevenir es educar, es decir, promover el desarrollo de las habilidades y capacidades de adaptación que actúan como elementos que protegen ante situaciones de riesgo, y la escuela es el espacio formal de la educación.
- Porque nos permite llegar a toda la población infantil y adolescente con el menor esfuerzo.
- Porque el consumo experimental de drogas es una conducta de grupo y la

escuela posee unas condiciones que permiten abordar estos comportamientos grupales con una ventaja significativa sobre las demás instancias educativas.

- Porque existe evidencia científica que demuestra que los programas de prevención escolar logran retrasar el contacto con las drogas y disminuir su consumo.
- Porque el profesorado posee la capacidad y la formación necesarias para observar y detectar situaciones de especial vulnerabilidad e intervenir de forma preventiva sobre ellas.
- Porque los programas de prevención ofrecen al profesorado instrumentos y herramientas que les permiten abordar otro tipo de problemáticas que también pueden afectar al adolescente –absentismo, fracaso escolar, problemas de conducta, comportamientos sexuales de riesgo...

Sin pretender hacer un repaso histórico de las actuaciones llevadas a cabo en el ámbito de la prevención escolar, sí resulta imprescindible citar algunas líneas de trabajo que caracterizan la prevención de drogas en nuestro país y que han cosechado indudables logros:

1. *La inclusión de la Educación para la Salud en el sistema educativo.* La puesta en marcha de la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE) en 1990 supuso un punto de inflexión en la actividad preventiva escolar al adoptar la “Educación para la Salud” –que incluye la prevención sobre drogas– como asignatura transversal, por lo que los centros asumían la elaboración de un proyecto educativo que contemplara esta materia como un objetivo escolar. Esta implicación del Ministerio de Educación y Cultura en la prevención de drogodependencias se ha constatado durante años en los recursos asignados y en la creación de mecanismos de coordinación creados para impulsar esta función.
2. *La formación del profesorado.* Precisamente la Educación para la Salud y la prevención de las drogodependencias han sido consideradas como líneas prioritarias durante años en la formación permanente del profesorado que han llevado a cabo el Ministerio de Educación y Cultura y las Comunidades Autónomas que han ido incorporando esta materia entre las competencias transferidas de la Administración Central. El resultado ha sido la existencia de una oferta de formación al profesorado que, no obstante, precisa ser ampliada. La Estrategia Nacional sobre Drogas contempla que las instituciones públicas habrán ofrecido formación al 100% de los profesores de educación Primaria y Secundaria antes de 2008.
3. *Los materiales didácticos.* La elaboración de materiales didácticos es una de las acciones que más han destacado en la prevención escolar de las drogodependencias. En una revisión realizada por el Ministerio de Educación

y Cultura (1998) se encontraron más de 600 materiales de prevención y es muy posible que el número real supere con creces esta cifra. No obstante hay que precisar que no todos están validados y muchos de ellos escasamente utilizados. Con este fin, la Estrategia Nacional prevé la creación de comisiones técnicas de homologación de materiales, tanto autonómicas como a nivel central.

4. *La intervención con los alumnos.* En la actualidad existe un gran consenso en España en algunos aspectos muy precisos sobre cómo hacer la prevención escolar y uno de los más importantes es la aceptación de una premisa básica acerca de que la intervención con los alumnos debe ser realizada por los educadores –profesores, padres y madres– y debe contextualizarse en el medio habitual en el que se desenvuelven los alumnos, esto es, en su entorno comunitario; otros no menos importantes son que la prevención no debe centrarse únicamente en la información sobre drogas, sino abarcar otros factores de riesgo y protección, y que no debe limitarse a acciones puntuales.

En coherencia con estos criterios, la Educación para la Salud aplicada en la escuela requiere actuaciones y situaciones de aprendizaje continuadas en el tiempo, abordadas de una manera globalizada e interdisciplinaria, y se trata de una tarea que compete a toda la comunidad escolar, por lo que estará presente en las decisiones del Proyecto Educativo del centro, el Proyecto Curricular y las Programaciones de Aula.

En paralelo con esta línea de trabajo y perfectamente compatible con ella se desarrollan programas escolares dirigidos a poblaciones y objetivos definidos. Estos programas permiten también priorizar e incrementar la intensidad de la intervención ante grupos de riesgo, es decir, colectivos o poblaciones vulnerables con déficit específicos. Estos programas tienen la característica común de ser *multicomponentes* (es decir, que abordan un abanico de factores), estar perfectamente estructurados e incluso, en algunos casos, estar debidamente validados y disponer de procedimientos de evaluación. Casi todos ellos incluyen una serie de componentes básicos que han sido fruto de la investigación sobre factores de riesgo y protección, así como de la evidencia sobre los resultados obtenidos de la evaluación de programas preventivos. En síntesis, se trata de los siguientes:

1. **Cognitivo:** Se enmarca dentro de la educación para la salud y suele estar diseñado para presentar información a los alumnos, tanto sobre las sustancias y los riesgos asociados a su consumo como sobre las prevalencias de éste en las distintas drogas.
2. **Autoimagen y autosuperación:** Trabaja acerca de cómo se forma la imagen que el adolescente tiene de sí mismo y el desarrollo de un proyecto de autosuperación.
3. **Toma de decisiones:** Trata de potenciar el desarrollo de un pensamiento crítico

y una toma de decisiones responsable. En este componente se contemplan aspectos relativos a las diferentes formas y estrategias para la toma de decisiones y la identificación de las tácticas que otros pueden utilizar para influir en nuestras propias decisiones (p. ej., técnicas publicitarias).

4. Control emocional: Diseñado para dotar a los estudiantes de técnicas para el afrontamiento de la ansiedad y la ira. Incluye aspectos relacionados con la identificación de situaciones ansiógenas, técnicas de control emocional tales como ejercicios de relajación, ensayo mental, pensamiento positivo, etc.
5. Entrenamiento en habilidades sociales: Recoge tanto habilidades de tipo general como técnicas de asertividad que pueden ser usadas para resistir con eficacia las presiones directas de los iguales proclives al consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. Entre las más habituales se pueden destacar: habilidades de comunicación –inicio, mantenimiento y finalización de conversaciones–, de comportamiento asertivo frente al pasivo o agresivo, de resistencia a la presión del grupo...
6. Criterios de ocio: Se ofrece educación para un ocio saludable ofertando alternativas para satisfacer la necesidad de búsqueda de sensaciones así como los criterios para valorar esas alternativas.
7. Tolerancia y cooperación: Se trata de reconocer y respetar el valor de las diferencias y se discute la importancia del trabajo cooperativo dirigido a promover actitudes prosociales.
8. Intervención familiar: Se trabaja fundamentalmente el desarrollo de habilidades de comunicación familiar y estrategias para establecer normas y límites en la familia.

Los principales programas escolares que se aplican actualmente en España se recogen en el [cuadro 3.1](#) y responden básicamente a la selección llevada a cabo por los responsables de prevención de los Planes Autonómicos sobre Drogas y que ha publicado la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2002).

Cuadro 3.1. Los programas de prevención escolar más frecuentes

-
-
- La experiencia de educar para la salud en la escuela
 - Órdago
 - La aventura de la vida
 - En la huerta con mis amigos
 - Discover, aprendiendo a vivir
 - Construyendo Salud
 - Entre todos
 - Barbarcana
 - Prevenir en Colección
 - El valor de un cuento

- Cine (el cine en la enseñanza, cine y educación en valores)
 - ¿Y tú qué piensas?
 - Prevención de las drogodependencias
 - Tú y la música
 - Prevención del consumo de drogas de síntesis
 - Tú decides
 - Programa de prevención de drogodependencias
 - Clases sin humo
 - Atilano, gusano sano
 - De marcha
 - Valores en la literatura
 - Pipes
 - Desmitificate
-
-

B) Ámbito familiar

La familia es reconocida en nuestro país como uno de los ámbitos prioritarios de trabajo en prevención. De aquí que, sobre todo durante la segunda mitad de los años noventa, se haya aplicado un importante impulso a la prevención familiar mediante acciones formativas –la mayor parte de las veces a través de asociaciones de padres de alumnos– y materiales dirigidos a la sensibilización, la información y la formación de este colectivo. No obstante, su nivel de desarrollo no es ni mucho menos similar al de la prevención escolar. Durante muchos años la familia quedó relegada a un segundo plano, el resultado es una escasa implantación y una práctica carencia de programas sistematizados y evaluados.

Según Acero (1997) los programas de prevención familiar en España podrían agruparse del siguiente modo:

1. Materiales informativos cuya edición obedece a iniciativas de las instituciones públicas o de organizaciones sociales y que no especifican ni el entorno sociocomunitario ni la población destinataria de los mismos.
2. Iniciativas programadas en otros contextos, principalmente el escolar, por lo que representan una acción que, con carácter sumativo o independiente, añade por conexión otro ámbito a la intervención destinada a los alumnos. Con menor extensión e intensidad, podrían considerarse un complemento del programa escolar.
3. Algunos enfoques más recientes, importados de países con una mayor trayectoria en la prevención familiar, proponen fórmulas centradas en la familia aunque sea dentro de una actuación en el ámbito escolar. Estos programas consideran que la familia está capacitada para ejercer una labor de apoyo y refuerzo a los contenidos destinados a los escolares y tienen como objeto amplificar en el seno de la familia los aprendizajes realizados en el

marco del aula.

Precisamente por estas carencias, la Estrategia Nacional plantea la necesidad de desarrollar proyectos de investigación sobre prevención familiar de las drogodependencias que nos permitan disponer en nuestro país de modelos de intervención lo suficientemente validados.

C) Ámbito comunitario

El comunitario ha sido, junto con el escolar, uno de los ámbitos en los que más se ha centrado la actuación preventiva en España. Los objetivos perseguidos por las actuaciones en este ámbito han sido tradicionalmente la detección precoz y el trabajo preventivo, muchos de ellos dirigidos a menores en situaciones de vulnerabilidad al consumo, tales como niños con problemas escolares y familiares, los pertenecientes a barrios y zonas de alta deprivación social y económica, los hijos de drogodependientes y los menores en situación de abandono familiar.

Actualmente, debido a la reciente preocupación social por los nuevos patrones de consumo recreativo, se están potenciando las estrategias de generación de alternativas de ocio y tiempo libre al consumo de drogas, en muchos casos a través de la apertura de centros educativos fuera del horario escolar para el desarrollo de este tipo de actividades o la utilización de equipamientos públicos en horarios no habituales, como es el caso de los polideportivos y centros culturales municipales durante las noches de los fines de semana (entre los numerosos ejemplos de este tipo, podemos citar el programa “Abierto hasta el Amanecer”, de la Juventud Obrera Católica de Gijón y “La Noche Joven”, impulsado por el Ayuntamiento de Madrid y la asociación Deporte y Vida). En esta misma línea, se han implementado en los últimos años programas dirigidos a la reducción del daño asociado al consumo en lugares de ocio enfocados a mejorar la información de los jóvenes sobre los riesgos derivados de sus pautas de consumo.

Todas estas actuaciones suelen ponerse en marcha desde los planes sobre drogas, muchas de ellas desde planes municipales, y desde algunas ONG. Esto explica la insistencia de los promotores de estos programas en mejorar la coordinación de las acciones, pues se trata de movilizar un conjunto de recursos y profesionales que desarrollen su trabajo en el ámbito local. Salvo escasas excepciones, la mayor parte de estos programas no realizan evaluación o sólo hacen una valoración de los procesos para determinar el grado de participación en el programa.

D) Ámbito laboral

En España, como en casi todos los países europeos, la prevención laboral de drogodependencias ha alcanzado un escaso desarrollo. Precisamente para promover este tipo de prevención, se creó en 1997 la “Comisión Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral” que reúne al Plan Nacional sobre Drogas, a los principales sindicatos –CC OO y UGT– y a las principales organizaciones empresariales –CEOE– y está destinada a promover la prevención en el mundo del trabajo.

Los contenidos más frecuentes en los programas preventivos del ámbito laboral son los siguientes:

- Actividades informativas o de sensibilización dirigidas al conjunto de los agentes sociales presentes en las empresas (trabajadores, directivos, cuadros intermedios, servicios de salud laboral y representantes sindicales).
- Formación de mediadores (técnicos de salud laboral, representantes sindicales y cuadros intermedios).
- Actividades para la detección precoz, la motivación y la derivación a tratamiento dirigidas a trabajadores con consumos abusivos de drogas (sólo en empresas con programas amplios que integran prevención y atención a las drogodependencias).

En síntesis, puede afirmarse que los objetivos y contenidos son aún muy limitados, que no suelen partir de la determinación de factores de riesgo y que los programas suelen tener una escasa continuidad en el tiempo. Tan sólo unas pocas experiencias superan estas dificultades.

La Estrategia Nacional propone la promoción de estos programas mediante el establecimiento de acuerdos entre los Planes Autonómicos sobre Drogas, las organizaciones sindicales y empresariales. Además plantea la identificación de los sectores de población más vulnerables y el diseño de instrumentos de prevención adecuados a esos grupos destinatarios.

E) Ámbito de los medios de comunicación

Los medios de comunicación social son considerados como elementos clave en la generación de valores, actitudes y estereotipos sociales hacia las drogas. Desde esta perspectiva, se desarrollan dos líneas fundamentales de intervención:

1. Las acciones de sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación para potenciar los mensajes preventivos desde los respectivos medios.

2. Las campañas de información y sensibilización social. España tiene una sólida tradición en la realización de campañas dirigidas a la población general – aunque se dé prioridad a unos u otros grupos específicos– e insertas en una estrategia de concienciación social. En esta tarea se han involucrado todas las organizaciones que se relacionan con esta temática: la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la mayoría de los Planes Autonómicos sobre Drogas y algunos municipios y ONG.

Sin embargo, las campañas han sufrido una evolución constante durante los últimos veinte años. Los comienzos se caracterizaron por la emisión de mensajes negativos o disuasorios frente al consumo de drogas. En una etapa posterior se optó por una línea más informativa e institucional que ofrecía información sobre recursos y alternativas de vida. Actualmente existe un cierto consenso sobre los elementos que debe contener una campaña que se difunda por los medios generales de comunicación y que son básicamente los que siguen:

- Estas campañas no deben plantearse de forma aislada y descontextualizada – como ocurría en etapas anteriores– sino incorporadas dentro de una estrategia general de prevención. Es decir, cabe atribuirles un papel de soporte, impulso o refuerzo a otras medidas preventivas –con base en la familia, en la escuela, en la comunidad...– que son planteadas en el medio/largo plazo.
- Deben ofrecer imágenes y situaciones formuladas en positivo que propicien la identificación del mayor número posible de destinatarios y se evite de esta manera el rechazo de la población, muy especialmente de los adolescentes.
- Deben adecuarse las campañas a las necesidades que detectan los sistemas de información, concretamente en nuestro país el Observatorio Español de Drogas. Se valoran específicamente los temas emergentes que afectan a amplios colectivos sociales, como es el caso de los actuales consumos recreativos de drogas.
- Deben hacer hincapié en la incidencia de los mensajes en estos fenómenos y los estilos de vida que conllevan, más que en la relevancia coyuntural de una u otra sustancia.
- Deben buscar una mayor concienciación social fomentando el diálogo y ofreciendo información cualificada y asesoramiento en lugar de tratar de convencer o persuadir mediante la advertencia o la amenaza.

3.2. Los programas de atención a las drogodependencias

Prácticamente desde su creación, entre las líneas básicas de actuación del Plan

Nacional sobre Drogas se encuentra la de fortalecer una red de centros para la asistencia y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas, impulsando su incorporación a la vida social. Las Comunidades Autónomas, a través de sus Planes Autonómicos sobre Drogas, articulan programas de atención a drogodependientes y de apoyo a la incorporación social en función de las características propias de cada Comunidad Autónoma y de las necesidades y prioridades establecidas. El conjunto de todas ellas, a través de las estructuras de coordinación del Plan Nacional sobre Drogas, consensúan y unifican criterios que permiten la homologación de los programas mencionados.

El fin último de estos programas de atención para drogodependientes es el de posibilitar la rehabilitación y la incorporación social plena de los afectados. Sin embargo, esta aseveración debe ser inmediatamente matizada para evitar caer tanto en posturas inflexibles, que sitúan al tratamiento en un esquema dicotómico de “todo o nada”, como en propuestas reduccionistas, que confunden “una parte con el todo”. Unas y otras concepciones han resultado y siguen resultando inoperantes. Entre las más frecuentes en ambos sentidos podríamos citar: el tratamiento que plantea la búsqueda de la abstinencia como objetivo único y excluyente; el tratamiento limitado a determinadas estrategias parciales (p. ej., la asimilación de rehabilitación con desintoxicación física del usuario); el tratamiento orientado al cumplimiento de secuencias rígidas y estandarizadas (desintoxicación-deshabitación-reinserción social...); el tratamiento constreñido a las virtualidades terapéuticas de ciertos recursos únicos y autosuficientes (es el caso de las comunidades terapéuticas no insertadas en redes asistenciales) o de determinadas estrategias de intervención (como los programas de metadona reducidos a la mera dispensación); el tratamiento que prescinde de perspectivas fundamentales del individuo tales como el abordaje del entorno familiar o comunitario, etc.

Lo cierto es que la rehabilitación de drogodependientes constituye un proceso complejo que debe reunir un conjunto de actuaciones, recursos y exigencias mínimas para garantizar su efectividad. De igual modo, se puede afirmar que admite una gran variedad de objetivos y estrategias que han de ser dotados de la suficiente versatilidad. Numerosos organismos internacionales (NIDA, 2001) y programas y especialistas nacionales comparten algunos principios que han llegado a ser aceptados con una relativa unanimidad en la comunidad científica y profesional. De forma sintética, se podría afirmar que un tratamiento dirigido a una persona con problemas de drogodependencia debería ser:

1. Individualizado. Es decir, no existe un único tratamiento apropiado para todos los individuos, por lo que no se deben adoptar estrategias uniformadoras de la población drogodependiente –ni por la sustancia consumida ni por las condiciones psicológicas, sanitarias o sociales de los afectados–.
2. Amplio. Las drogodependencias conllevan un número importante de trastornos y deficiencias de salud, de maduración personal, familiares, de inadaptación laboral y social, etc., por lo que los tratamientos deben atender a múltiples

- necesidades y problemáticas asociadas, no exclusivamente al uso de drogas.
3. Flexible. La recuperación de cualquier tipo de adicción implica el paso por diversas etapas o fases de cambio, pero este proceso no es uniforme ni siempre es progresivo, sino que incluye la posibilidad de recaídas como partes inherentes al mismo. En consecuencia, los tratamientos deben poseer la suficiente flexibilidad como para adaptarse a las necesidades y los cambios que vayan produciéndose a lo largo de su curso.
 4. Dilatado en el tiempo. La deshabituación a las drogas suele ser un proceso a largo plazo, por lo que la retención en el tratamiento y la permanencia en el mismo durante un período mínimo de tiempo es fundamental para que aquél sea efectivo.
 5. Diversificado. Frente a ciertas concepciones simplistas, hay que tener en cuenta que la desintoxicación es tan sólo una opción terapéutica que, de ser adoptada, constituye únicamente una fase del tratamiento de la adicción y por sí sola no asegura el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. Un tratamiento suele recoger un conjunto de intervenciones como la terapia individual y/o grupal; el *counseling*; la medicación y los cuidados de salud; el trabajo con la familia y el entorno más próximo del usuario; las actividades de reeducación social; las medidas de educación sanitaria en VIH y sida, hepatitis, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como las intervenciones que contribuyan al cambio de hábitos de riesgo para la transmisión de las mencionadas enfermedades.
 6. Interdisciplinar. En consecuencia con todo lo anterior, la interdisciplinariedad aparece como una condición inexcusable para garantizar la atención en los diferentes planos que se mencionan: sanitario, psicológico, educativo y social.

3.2.1. Las redes de atención a las drogodependencias

Precisamente para poder responder adecuadamente a las exigencias que requiere la atención a la población drogodependiente, en nuestro país, ya desde la puesta en marcha de los planes autonómicos sobre drogas y los municipales de Madrid y Barcelona, se comenzaron a crear redes asistenciales. Tal vez ésta sea la característica más notable de la respuesta asistencial española al problema de las drogas: su articulación en red.

Una red de atención a las drogodependencias está formada por un conjunto de programas, servicios y recursos con una ordenación y una organización funcional capaces de dar respuesta a la totalidad de los supuestos y las necesidades de las personas con problemas relacionados con la adicción a las drogas.

Por definición, estas redes deben permitir alcanzar los principios de tratamiento planteados anteriormente ofreciendo lo siguiente:

- Una filosofía de funcionamiento orientada a responder al diagnóstico individual contemplando una secuencia de intervenciones interactuantes y simultáneas en el tiempo y en un orden, intensidad y duración específicos en cada caso.
- Programas, servicios y recursos suficientes para abordar el fenómeno de las drogas en su globalidad bio-psico-social.
- La máxima flexibilidad en las ofertas terapéuticas adaptándose permanentemente a los procesos de los propios usuarios. Como se apuntaba anteriormente, esta versatilidad de la red debe tener en cuenta la reversibilidad de estos procesos.
- Una diversificación de modalidades terapéuticas y prestaciones que responda a los distintos objetivos de intervención y a las necesidades específicas de los diferentes perfiles de drogodependientes.
- Equipos interdisciplinarios adecuados a la misión de cada programa o dispositivo.

Pero, además, existen otras exigencias que tienen que ver con su estructura y sus pautas de funcionamiento:

- Las redes deben incluir criterios de ordenamiento que permitan jerarquizar los distintos recursos en niveles de intervención. Es habitual elegir un tipo de dispositivo como elemento de referencia del conjunto de la red.
- Dos características fundamentales de la red son la accesibilidad que ofrece a los usuarios y la permeabilidad entre sus distintos componentes. Puede afirmarse que una red es tanto más eficaz cuanto mayor fluidez existe en sus derivaciones internas.
- La estructura de red más frecuente es la mixta, es decir, aquella que congrega recursos generales y especializados. Esta estructura ha de responder a un principio de subsidiariedad, esto es, que las respuestas que pueden ser arbitradas en niveles generalistas inferiores no tengan por qué ser derivadas a niveles superiores más especializados, intentando garantizar así la máxima normalización de la respuesta asistencial a la población drogodependiente.
- De igual modo, las redes suelen combinar recursos públicos con recursos gestionados por la iniciativa social.
- Finalmente, han de disponer de suficientes mecanismos de actualización que posibiliten la permanente adecuación a las constantes evoluciones del fenómeno.

3.2.2. El circuito terapéutico de atención a drogodependencias

En respuesta a la exigencia de disponer de una estructura jerarquizada y bien definida de los recursos, servicios y programas que componen estas redes, la “Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008” establece un sistema que incorpore todos los dispositivos terapéuticos y delimita las funciones de cada uno de ellos, garantizando de este modo la equidad de las prestaciones en el conjunto del Estado. Esto se concreta en la estructuración de circuitos terapéuticos que contemplan la participación de la red de Salud Mental, de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de los Servicios Sociales en los programas de atención a las drogodependencias, además de los recursos especializados que se describirán a continuación. Por lo tanto, en el sistema se integran de forma coordinada centros y servicios generales, especializados y específicos, que prestan asistencia ambulatoria y en régimen residencial y que ofertan una asistencia diversificada que se ajuste a las características, necesidades y demandas de cada paciente. La propia estrategia insiste en esta idea: “En la mayoría de los casos, el abordaje terapéutico de un drogodependiente requiere una combinación coordinada de diferentes recursos asistenciales, unas veces secuencialmente y otras simultáneamente. Es decir, cada recurso es un elemento necesario, pero no suficiente, de un proceso terapéutico complejo del que forma parte y que obliga a trabajar en red...”

La estrategia exige también que el sistema se estructure en niveles de intervención, correspondiendo a los Planes Autonómicos determinar el circuito terapéutico, las condiciones de acceso y la derivación en el mismo, así como la inclusión de niveles complementarios de intervención. Se recomienda que en todas las Áreas de Salud exista un circuito estructurado en tres niveles básicos de intervención ([cuadro 3.2](#)):

- Primer nivel: principal puerta de entrada al sistema y que debe estar constituido al menos por los Equipos de Atención Primaria de Salud, los Servicios Sociales y los recursos que ejecuten los programas de reducción de los riesgos y los daños así como aquellos otros recursos que desarrollen la atención a las necesidades sociales y sanitarias básicas.

Cuadro 3.2. Circuito terapéutico de asistencia e integración social de drogodependientes (). Estrategia Nacional sobre Drogas. 2000-2008*

| NIVELES | FUNCIONES | RECURSOS |
|---|--|---|
| <i>Primer nivel</i> (Principal puerta de entrada al sistema) | <ul style="list-style-type: none"> – Detección, captación, motivación y derivación. – Atención de necesidades sanitarias y sociales básicas. – Coordinación con los recursos del 2.º nivel. | <ul style="list-style-type: none"> – Equipos de Atención Primaria de Salud. – Servicios Sociales Generales. – Recursos que ejecuten programas de Reducción de Daños. – Otros recursos sanitarios y sociales de atención básica. |
| <i>Segundo nivel</i> (Centros ambulatorios de referencia) | <ul style="list-style-type: none"> – Diseñar y desarrollar los planes terapéuticos individualizados. – Garantizar la atención especializada, el seguimiento y la derivación al tercer nivel. | <ul style="list-style-type: none"> – Recursos especializados de carácter general (atención primaria, especializada o salud mental). – Recursos específicos. |
| <i>Tercer nivel</i> | <ul style="list-style-type: none"> – Alto grado de especialización. – De ámbito supra-Área de Salud. – Acceso por derivación desde el 2.º nivel. | <ul style="list-style-type: none"> – Unidades Desintoxicación Hospitalaria. – Centros Residenciales... |

(*) En sus diferentes niveles deberá contar con recursos y programas de integración social y laboral.

- Segundo nivel: Compuesto por equipos ambulatorios interdisciplinarios que se responsabilizan de diseñar y desarrollar los planes terapéuticos individualizados. Los recursos que forman parte del segundo nivel se pueden clasificar en recursos especializados de carácter general (atención primaria, especializada o salud mental) y recursos específicos.
- Tercer nivel: Está constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización. Los diferentes dispositivos de este nivel pueden ser de ámbito supra-Área de Salud y su acceso debe ser por derivación desde los recursos del segundo nivel. En este tercer nivel se incluyen recursos tales como las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Comunidades Terapéuticas, etc.

Finalmente, la estrategia plantea que el circuito terapéutico, en sus diferentes niveles, deberá contar con recursos y programas que tengan como objetivo principal la integración social y laboral de los drogodependientes.

3.2.3. Los programas de tratamiento a drogodependientes

Clasificar los programas de tratamiento resulta una tarea compleja por diferentes razones. En primer lugar, porque la definición de los programas está condicionada por la concepción teórica y los modelos terapéuticos de los que parten los correspondientes planificadores; en segundo lugar, porque su naturaleza tiene que ver con la propia historia del fenómeno y de la respuesta terapéutica adoptada en cada país, y, en tercer lugar, y muy ligado a lo anterior, porque tanto la estructuración como la diversidad de los programas están estrechamente ligadas al grado de desarrollo de cada red. Este último aspecto es muy determinante pues la madurez de una red y la aportación de datos provenientes de la evaluación facilitan la adopción de medidas cada vez más ajustadas a la realidad y a las necesidades específicas de los usuarios, a la vez que generan nuevas estrategias más imaginativas y eficaces.

Así, en España, aunque se comparte una concepción genérica de lo que significa la rehabilitación de los drogodependientes, existe un alto grado de homogeneidad en los recursos que componen las redes asistenciales, y en el perfil y estilo de intervención de los equipos técnicos, cada Comunidad Autónoma hace hincapié en unos u otros programas, desarrolla en ocasiones programas diferentes y aplica metodologías y estrategias diversas. De tal modo que hay programas y dispositivos que son exclusivos sólo de determinadas Comunidades Autónomas –es el caso de los programas de menores, los programas *outreach* o las salas de venopunción higiénica que se exponen a continuación–; de igual modo, unas Comunidades Autónomas ponen más énfasis en ciertas estrategias que otras –la implicación mayor o menor de las oficinas de farmacia, la existencia de unidades móviles, etc.–, y todavía se podría ir más lejos en el análisis del diferente desarrollo y grado de exigencias de los programas que se enuncian de modo similar.

Por otra parte, la evolución del fenómeno en nuestro país está provocando una auténtica transformación de las respuestas asistenciales. Como se recoge en el apartado 3.3.1, en pocos años la demanda asistencial se ha modificado sustancialmente, sometida a una profunda diversificación. De estar casi plenamente centrada en la heroína con un perfil de consumidores cada vez más envejecido y caracterizado por una clara marginación social (desempleo, problemas judiciales...), se ha pasado a una demanda muy fragmentada donde crece paulatinamente la cocaína como sustancia que motiva el tratamiento –en 2001 estaba tan sólo a ocho puntos de la heroína– y adquieren cada vez más importancia otras sustancias como el alcohol y el cannabis. Estos consumos han sacado a la luz perfiles de consumidores muy diferentes de los ya tradicionales ligados al consumo de heroína: usuarios más jóvenes, con mayor nivel educativo, más elevadas tasas de empleo, etc.

Esta realidad ha exigido la constante evolución de los programas y la exigencia de diseñar nuevas y más específicas respuestas adecuadas a las necesidades de estos usuarios. Por esta razón cada vez aparecen con más frecuencia programas destinados a adolescentes o jóvenes consumidores de drogas de síntesis, cocaína, alcohol, etcétera.

Finalmente, no se podría entender la realidad de la respuesta asistencial a las drogodependencias en nuestro país si no se conoce su breve pero intensa historia. Es un proceso que comenzó a principios de los años ochenta con unos recursos procedentes de la iniciativa social –ligada en muchos casos a las asociaciones de familiares– y que consistían básicamente en las denominadas “granjas”, que eran comunidades concebidas como dispositivos terapéuticos únicos, autosuficientes y situados en el medio rural, es decir, aislados de la realidad cotidiana de los drogodependientes. Posteriormente surgieron los primeros programas locales, promovidos por algunos grandes ayuntamientos, diputaciones y las propias Comunidades Autónomas, que eran de carácter ambulatorio. De hecho, en aquellos momentos se suscita un gran debate de los programas urbanos frente a los residenciales. A finales de los ochenta y principios de los noventa se desarrollaron los pilares de las actuales redes asistenciales, que integran ambos tipos de recursos y crean otros nuevos como los centros de día, las unidades de desintoxicación hospitalaria, las aulas de actividades, los talleres de reinserción, etc.

Sin embargo, si tuviéramos que elegir el fenómeno más relevante que ha marcado la evolución de las políticas asistenciales en España, sin ninguna duda habría que mencionar la aparición, a principios de los años noventa, de los programas de Reducción de Daños y Riesgos. Éstos han tenido un crecimiento espectacular en la última década y han pasado a ocupar un lugar propio en un panorama que estaba prácticamente dominado por los denominados Programas Libres de Drogas. Existen numerosas explicaciones para comprender este cambio revolucionario en los planteamientos asistenciales, que provocó un gran debate entre los profesionales y responsables institucionales de las redes de atención. La más determinante sin ninguna duda fue la gran epidemia de sida entre los usuarios de drogas inyectadas en los países occidentales que, en el nuestro, tuvo y sigue teniendo una significación especial. No en vano España ha sido durante todos estos años el país europeo con mayor tasa de sida y la vía intravenosa la principal causa de transmisión. Pero también hay que tener en cuenta la dificultad de las medidas anteriores para captar a una gran parte de la población drogodependiente, mantenerla en tratamiento y conseguir que abandone el consumo. Se puede afirmar que los programas de Reducción de Daños han conllevado, además de una estrategia de salud pública de indudables resultados, una aportación de realismo ante una situación caracterizada por los planteamientos estrechos y claramente maximalistas. Afortunadamente, y tras varios años de debates y esfuerzos de adaptación, hoy coexisten ambos tipos de programas en la práctica totalidad de las redes y es precisamente esta coexistencia la que permite ordenar de la forma más sencilla la tipología de los programas de tratamiento actuales en nuestro país.

Por todo ello, se podrían clasificar los tratamientos a drogodependientes en:

1.º Programas Libres de Drogas

Se trata de programas basados en la abstinencia a las drogas y la rehabilitación de los afectados y están orientados a su plena inserción social. Aunque de forma muy simplista se tiende a considerar que la rehabilitación de

un problema de adicción a las drogas es el paso de un período de consumo crónico a un estado en el que la abstinencia es el criterio fundamental que indica que se ha logrado la recuperación, este esquema dicotómico hoy día no es aceptado prácticamente por nadie. Los clínicos e investigadores que trabajan desde esta perspectiva han adoptado nuevos enfoques que permiten abordar mejor la realidad y la complejidad del problema de las adicciones. La recuperación de cualquier tipo de drogodependencia implica el paso por distintas etapas, independientemente del procedimiento, la técnica o el programa terapéutico seguido para conseguirla. La sucesión entre las fases no siempre es progresiva e incluye entre sus posibilidades la recaída como parte inherente a la recuperación. El modelo de etapas más conocido es el de “fases de cambio” de Prochaska y DiClemente (1992), que plantea siete fases en el proceso de abandono de la adicción: 1) fase de precontemplación, 2) fase de contemplación, 3) fase de preparación, 4) fase de acción, 5) fase de mantenimiento, 6) fase de recaída y 7) fase de finalización.

Como se apuntaba anteriormente, los Programas Libres de Drogas persiguen, además de la deshabituación del sujeto, una serie de cambios personales y en los estilos de vida de la población drogodependiente que posibiliten un proyecto de vida no conflictivo con su entorno social a través de su desarrollo personal, ocupacional y social, además de cuidar su salud física y potenciar hábitos saludables. Estos programas utilizan estrategias variadas que van desde la prescripción de fármacos (desintoxicación, tratamientos con antagonistas como la naltrexona, etc.) hasta la terapia individual, los grupos terapéuticos y de familiares, el tratamiento residencial y la utilización de grupos de autoayuda.

2.º Programas de Reducción de Daños y Riesgos

Estos programas podrían ser definidos como el conjunto de estrategias individuales y grupales que se desarrollan en el ámbito terapéutico, sanitario y social, encaminados a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas mediante los siguientes objetivos primordiales (Insúa, 2000):

- a) Disminuir la morbimortalidad.
- b) Disminuir la transmisión de la infección por VIH, VHB y VHC desde, entre y hacia los usuarios de drogas.
- c) Incrementar la toma de conciencia de los usuarios de drogas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo (sobredosis, accidentes, comorbilidad psiquiátrica, etc.).
- d) Disminuir los riesgos y daños asociados al uso de drogas, así como las conductas sexuales de riesgo entre los consumidores.

- e) Aumentar la calidad de vida de los usuarios de drogas.
- f) Favorecer la accesibilidad de los consumidores de drogas a la red asistencial y a la comunidad de servicios.
- g) Incrementar la retención en los tratamientos.

Existen diversos tipos de Programas de Reducción de Daños, aunque, como se explicitaba en el caso anterior, estos programas no deben concebirse como compartimentos estancos, excluyentes unos de otros, sino que el sujeto puede utilizar –y en la práctica así ocurre– varios de ellos de modo complementario. Entre los más habituales se pueden destacar los siguientes:

- Programas con sustitutivos opiáceos, entre los que destacan los Programas de Tratamiento con Metadona. Poseen una gran diversidad: pueden ser de bajo o alto umbral, fijos o móviles, integrados en centros sanitarios, en centros de atención a drogodependientes o en dispositivos específicos... Consisten en reemplazar los opiáceos ilegales por un derivado sintético que, en las dosis adecuadas, no induce euforia ni alteración marcada del estado de consciencia, tiene una vida media que permite una toma diaria, la vía de administración es oral y posibilita al sujeto una vida normalizada alejada de la búsqueda de droga. Se ha demostrado su eficacia en la disminución del consumo de opiáceos, en la reducción de la conflictividad legal, en la mejora de la situación social y laboral y, de forma muy notable, en la prevención de la infección por el VIH en los pacientes consumidores de opiáceos por vía parenteral. Sin embargo, no todos los Programas de Tratamiento con Metadona son iguales y oscilan entre los que se limitan a la mera dispensación de esta sustancia hasta los que ofrecen una variedad de servicios: asistencia familiar, laboral y social; atención médica y psicológica; educación sanitaria... (Giner y Cervera, 2001; Díaz González, 1999).
- Programas de Consumo de Menos Riesgo, entre los que se encuentran:
 - a) Los “Programas de Intercambio y Distribución de Jeringuillas” (PIJ) que ofrecen dos ventajas fundamentales: aumentan el número de jeringuillas disponibles, facilitan su acceso a los usuarios y favorecen la recogida de jeringuillas contaminadas. Se realizan en diferentes lugares tales como farmacias, equipos móviles con educadores y “agentes de salud” en la calle, centros de atención primaria, servicios de urgencia de hospitales y centros específicos, entre otros.

- b) Los “Talleres de Consumo de Menos Riesgo” dirigidos a proporcionar educación sanitaria, y que se llevan a cabo tanto en los centros de atención a usuarios de drogas como en los locales de las ONG que trabajan con estas poblaciones.
 - c) Los “Programas de Acercamiento”, también llamados *Outreach*, que suelen actuar en los entornos próximos a los lugares de consumo: zonas de venta de drogas, discotecas, etc., y que acostumbran a ofertar materiales preventivos como jeringuillas, agua destilada, alcohol para desinfección, preservativos, etc.
 - d) Los programas de “Venopunción higiénica” (conocidos como *narcosalas*), de más reciente aparición, dirigidos a realizar los consumos de drogas por vía intravenosa de forma segura para la salud, que además ofertan información y asistencia socio-sanitaria.
- “Programas de Sexo Más Seguro” que proporcionan educación sanitaria sobre sexualidad y prevención, así como las acciones que favorezcan el acceso a los preservativos.

3.º Programas de atención a drogodependientes con problemas jurídico-penales

Aunque los programas de tratamiento aplicados a la población drogodependiente relacionada con los sistemas judicial y penitenciario no difieren sustancialmente del resto, se considera necesario destinarles un apartado concreto para definir los aspectos específicos de su intervención. El circuito asistencial dirigido a esta población puede sistematizarse en tres grandes niveles:

- Primer nivel: Programas de Comisarías y Juzgados

Varios Planes Autonómicos sobre Drogas disponen de Servicios de Atención al Detenido en juzgados y comisarías que responden a la necesidad de identificar en una etapa precoz a los drogodependientes que cometen delitos para facilitar su inclusión adecuada en el sistema de ayuda y evitar el recidivismo, ya que una edad joven y una historia de delincuencia corta son predictores de mejores resultados a largo plazo.
- Segundo nivel: Programas alternativos a la privación de libertad

Están basados en la coordinación entre los Servicios Sociales Penitenciarios, los Servicios de Atención al Detenido y las redes asistenciales de drogas, y ofrecen un tratamiento en el ámbito comunitario alternativo a la estancia en prisión. Actualmente estos programas siguen una línea ascendente en nuestro país.

- Tercer nivel: Programas en Instituciones Penitenciarias

Los programas con drogodependientes internados en prisión han sufrido un notable incremento durante los últimos años en España, como reconocen diferentes informes de la Unión Europea. Entre los más relevantes se pueden citar los siguientes:

 - a) Desintoxicación. Se ofertan a todos los internos a su entrada en prisión.
 - b) Deshabitación. Programas orientados a la abstinencia. Esta modalidad terapéutica comprende la asistencia ambulatoria, en centros de día y en módulos terapéuticos.
 - c) Reducción de Daños. Incluyen fundamentalmente los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) y los de Intercambio de Jeringuillas (PIJ). Una de las características más destacadas del sistema penitenciario español es que todas las prisiones disponen de PMM y se está procediendo también a la generalización de los PIJ.
 - d) Tratamiento en dispositivos comunitarios. Mediante la aplicación del Reglamento Penitenciario, que permite el acceso periódico o definitivo de los internos drogodependientes a los recursos comunitarios, y se posibilita su tratamiento en los centros de las redes de atención.
 - e) Incorporación sociolaboral. Para que las intervenciones terapéuticas no queden aisladas del proceso de inserción laboral y social, existe una formación académica, prelaboral y laboral penitenciaria a través de la impartición de cursos ocupacionales del INEM, cursos del Organismo Autónomo de Trabajos Penitenciarios y talleres productivos en las propias cárceles.

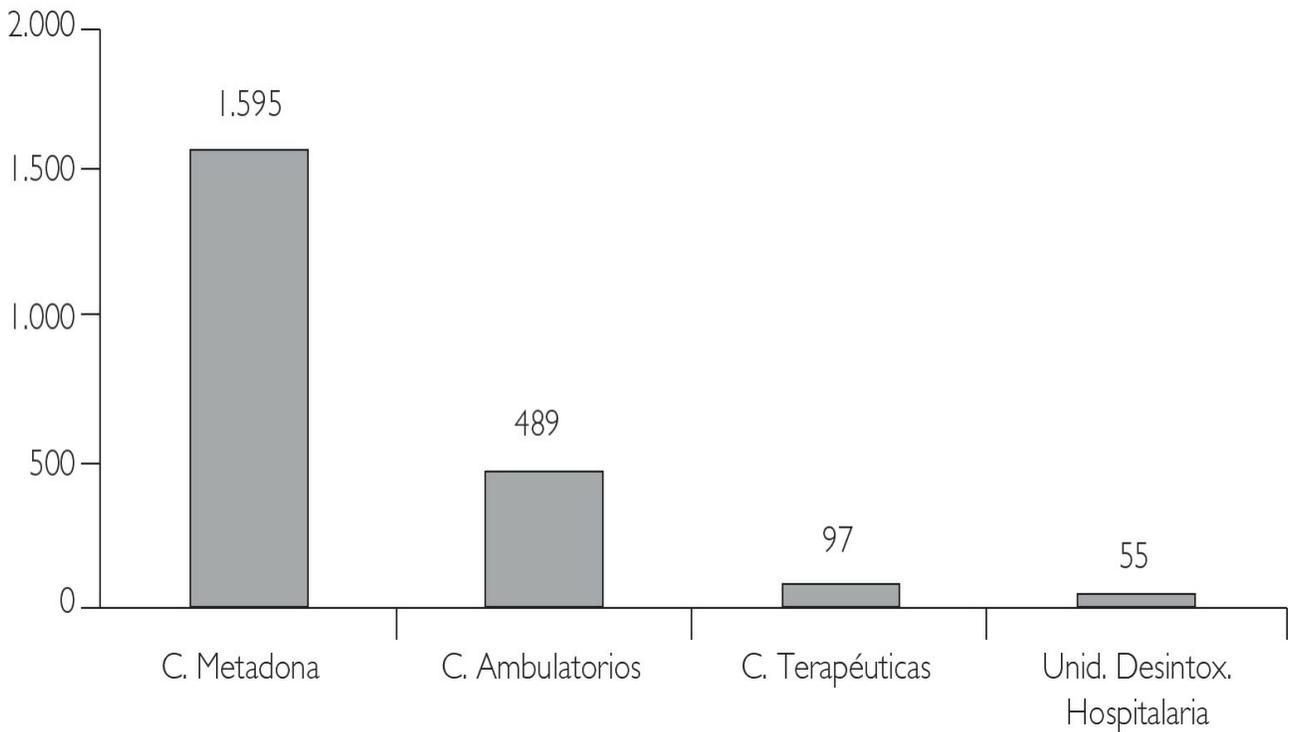
3.2.4. Los recursos especializados de atención a las drogodependencias

Aunque sin ánimo de agotar la gran variedad de recursos especializados que conforman las actuales redes de atención a las drogodependencias en nuestro país se podrían enumerar los más significativos (figura 3.1):

- Centros ambulatorios

Integrados por equipos interdisciplinares, desempeñan ambulatoriamente y, por lo tanto, de modo no residencial, una función especializada de atención a las drogodependencias mediante tareas entre las que se encuentran la

evaluación, desintoxicación y deshabitación de los enfermos, así como otras actividades encaminadas a posibilitar la normalización e integración social. Estos recursos pueden mantener objetivos orientados a la abstinencia u otros de carácter intermedio y dotarse de diferentes estrategias y modalidades de intervención. Además suelen constituirse en centros de referencia territorial de la red. Es el tipo de dispositivo más frecuente y característico en nuestro país y su denominación es muy variada, aunque la más frecuente es la de Centros de Atención a las Drogodependencias.



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de datos facilitados por las CC AA.

Figura 3.1. Recursos específicos de atención para drogodependientes (públicos o privados con financiación pública). España, 2001.

- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)
 Son recursos de carácter hospitalario destinados a la desintoxicación física, en régimen de ingreso, de la droga o drogas de las que las personas presenten adicción. Suelen ofrecer estancias cortas y requerir un perfil que no permita, o no haga recomendable, la desintoxicación física en un contexto ambulatorio; tal es el caso de mujeres embarazadas o personas con alguna

patología orgánica asociada al consumo de drogas. Tras la finalización de la desintoxicación es imprescindible continuar las siguientes etapas del proceso de recuperación en algún otro recurso, bien de carácter ambulatorio o bien en régimen de ingreso, como las Comunidades Terapéuticas.

- Centros de Día

El Centro de Día es un recurso de atención de régimen intermedio, en el sentido de que la persona, aún continuando en su entorno social y durmiendo en su casa, permanece en el centro varias horas al día, siendo por tanto la atención al usuario intensa (media jornada) y frecuente (asistencia diaria).

- Comunidades Terapéuticas

Se trata de centros residenciales que trabajan en régimen de internamiento y están ubicados mayoritariamente en zonas rurales. Por medio de un contexto estructurado, unas reglas nítidas y la puesta en marcha de intervenciones de tipo psicosocial y educativo, propician la rehabilitación del drogodependiente, que debe participar en la vida de la comunidad durante varios meses. Aunque existen Comunidades Terapéuticas gestionadas en su totalidad por las Administraciones Públicas, lo más frecuente es que sean de gestión privada y que establezcan convenios o conciertos con las administraciones a través de los cuales se financian cierto número de plazas. Aunque siguen existiendo Comunidades Terapéuticas de muy diversa naturaleza con planteamientos y equipos humanos sin cualificación específica, las integradas en las redes públicas poseen equipos interdisciplinarios, un programa terapéutico avalado y una garantía tanto de las instalaciones como de los derechos de los usuarios.

- Centros que realizan Programas de Tratamiento con Metadona

Son aquellos que tienen como objetivo la realización de tratamientos de sustitución a opiáceos a través de la utilización terapéutica del clorhidrato de metadona. Esta sustancia sustitutiva se utiliza de acuerdo con las prescripciones realizadas individualmente a cada persona que participa del programa, la cual, en función de una evaluación y un diagnóstico multidisciplinar preestablecido, es incluida en la modalidad terapéutica y, por tanto, en el centro que la administra.

Como se constataba anteriormente, los programas de tratamiento con metadona han sufrido un importantísimo desarrollo en la última década, lo que ha conllevado un aumento muy rápido en el número y la variedad de centros y dispositivos que realizan estos tratamientos. Esta diversidad de dispositivos permite también distribuir las intervenciones de prescripción y/o dispensación.

- Otros centros y dispositivos que desarrollan programas de Reducción de Daños
Aunque los centros de metadona suponen el recurso más representativo de los Programas de Reducción de Daños, existen otros muchos recursos destinados a desarrollar este tipo de programas. Éstos, que van desde unidades móviles dotadas de educadores y agentes de salud, centros de emergencia social, salas de venopunción higiénica, máquinas de jeringuillas..., hasta la utilización de servicios de atención primaria, oficinas de farmacia, servicios de urgencias de los hospitales, etc.
- Centros que desarrollan programas de atención a drogodependientes con problemas jurídico-penales
Generalmente se trata de servicios que se ubican en los juzgados, prisiones, comisarías u otros puntos de la estructura jurídico-penal de cada Comunidad Autónoma. Prácticamente, todas las Comunidades Autónomas realizan intervenciones preventivas y asistenciales con diferentes tipos de estrategias, merced a la colaboración entre la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, los Planes Autonómicos de Drogodependencias y diversas ONG, ayuntamientos y otras instituciones que se han implicado en la respuesta a los drogodependientes en situación jurídico-penal. Suelen consistir en pequeños espacios (despachos, salas de reunión...) cedidos por la institución correspondiente para la utilización de los equipos de profesionales que habitualmente son mixtos (una parte suele pertenecer a la propia institución y otra parte externa está financiada mayoritariamente por el Plan Autonómico sobre Drogas). Sin embargo, en ocasiones llegan a la cesión de módulos enteros en algunos macrocentros penitenciarios o a la utilización de talleres u otras instalaciones deportivas, educativas, culturales...

3.3. La inserción social de los drogodependientes

Entre las grandes metas que recoge la Estrategia Nacional sobre Drogas 20002008 se incluye una específicamente dirigida a la inserción de los drogodependientes con el siguiente enunciado: “Impulsar programas que faciliten a las personas con problemas por el uso de drogas (en proceso terapéutico o no) su incorporación a la sociedad en calidad de miembros activos de la misma. En este sentido, aunque la abstinencia a las drogas constituye únicamente una de las metas posibles del proceso asistencial, continúa siendo un objetivo deseable y, por lo tanto, a potenciar”. Resulta difícil expresar con menos palabras la importancia y el alcance de la inserción social en el momento actual: se conocen las dificultades, pero no por ello se renuncia a este objetivo que, de hecho, se pormenoriza a lo largo de todo el documento citado.

Partiendo de un análisis conceptual de la inserción social de los drogodependientes,

se puede considerar que se trata de un proceso doble: por una parte, posee un componente individual de socialización o resocialización de naturaleza claramente educativa, y por otra, tiene una dimensión social orientada a la normalización del comportamiento del sujeto que se define en función de las normas dominantes en el grupo social al que se incorpora (Sánchez, 1991). Pero, para entender de modo más operativo estos procesos, se podrían establecer las siguientes prioridades:

- a) Alcanzar unas condiciones de vida básicas que permitan un desarrollo vital estable (alimentación, cuidados personales, disponibilidad de ocio, actividad laboral, etc.).
- b) Poseer una autosuficiencia económica para el mantenimiento de estas actividades.
- c) Disponer de espacios diversos relacionales (personales, familiares, sociales...)
- d) Tener autoconciencia de que se está desempeñando un rol social, ajeno a los circuitos culturales de la exclusión.

Por tanto, para lograr estos objetivos, se deben trabajar unas áreas básicas de actuación y deben respetarse unos criterios básicos que, de uno u otro modo, se comparten en el conjunto de las redes asistenciales. Entre las primeras se podrían destacar el área relacional, formativa, de salud, laboral y lúdico-recreativa. En cuanto a los criterios cabe mencionar los siguientes:

- a) El proceso de inserción social no tiene una entidad independiente del proceso de rehabilitación, sino que constituye un proceso simultáneo en el que se yuxtaponen un conjunto de actuaciones tendentes tanto a conseguir la rehabilitación del sujeto como su propia inserción social.
- b) Los recursos generales (educación, empleo, servicios sociales, etc.) deben ser utilizados con carácter prioritario en orden a la plena normalización del drogodependiente, aunque esto no excluye la creación de recursos específicos o la adaptación de los generales a las necesidades de la población drogodependiente.
- c) El carácter personalizado de la intervención representa una premisa indispensable para ordenar todo el proceso que debe decidirse en función de la especificidad de cada individuo.
- d) También resulta imprescindible la sensibilización y participación de la comunidad en orden a facilitar las condiciones de integración de sus miembros más desfavorecidos.
- e) Por último, es preciso incidir en que la inserción no debe perseguir objetivos ideales e inaprensibles, sino que ha de partir de planteamientos operativos y concretos, estrechamente relacionados con los recursos reales y la disponibilidad de la comunidad en la que se quiere aplicar el proceso integrador.

Programas y recursos de inserción social

Se podría establecer una tipología de los recursos de reinserción social, a partir de los ya existentes en la mayoría de los Planes Autonómicos para la incorporación social de los drogodependientes. Para ello, se describen los programas y dispositivos de reinserción social, divididos en tres bloques: *a)* dispositivos para la incorporación social; *b)* programas de formación; y *c)* programas de incorporación laboral o de empleo (cuadro 3.3).

De forma más pormenorizada se pueden encontrar:

- a)* Dispositivos de incorporación social, entendiendo como tales los espacios físicos en los que se desarrollan las actividades tipificadas como de incorporación social. Pueden ser residenciales o no residenciales. Entre estos últimos destacan los siguientes:
- Centros terapéuticos con actividades y/o programas de reinserción. Incluyen tratamiento.
 - Centros de actividades y/o programas de reinserción, en los que no se proporciona tratamiento.

Cuadro 3.3. *Tipología de programas de incorporación social*

Dispositivos para la incorporación social

Centros de actividades, Comunidades Terapéuticas, pisos, residencias y familias de acogida.

Programas de formación

Cursos reglados, acciones IOBE, cursos del Plan FIP...

Programas de incorporación laboral o de empleo

Talleres de aprendizaje laboral, escuelas taller, casas de oficio, talleres de empleo, programas de empleo de Corporaciones Locales, ayudas a empleadores para el fomento de la contratación, empresas de inserción y promoción del autoempleo.

Por residenciales se entienden aquellos que proporcionan una vivienda a los drogodependientes que están siguiendo un tratamiento, o que lo han finalizado, pero necesitan de este recurso antes de iniciar una vida completamente autónoma. Las modalidades más utilizadas son cuatro:

- Comunidades Terapéuticas: centros residenciales con tratamiento terapéutico y programas o actividades de reinserción.
 - Pisos: tutelados o no, acogen a un número reducido de drogodependientes y el trabajo del educador, sobre todo en los tutelados, suele ser bastante intenso.
 - Residencias: se distinguen de los pisos fundamentalmente por el tamaño. Son un tipo de recurso específico que, según los datos disponibles, sólo utiliza la asociación Proyecto Hombre.
 - Las familias de acogida: existen en muy escaso número y están localizadas en algunas CC.AA. concretas.
- b) Programas de formación. Bajo esta denominación se pretenden unificar todos los programas y actividades cuyo objetivo es dar formación, sea ésta del tipo que sea: académica, ocupacional, profesional, habilidades sociales... Entre éstos se incluyen los siguientes:
- Cursos Reglados. Son aquellos cursos que están homologados por el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes dentro del sistema educativo vigente: Graduado Escolar, Bachillerato, Acceso a la Universidad, Título Universitario...
 - Otras acciones formativas. Son cursos que no dan acceso a un título académico, pero que sí tienen un componente formativo: idiomas, informática, carné de conducir...
 - Acciones de información, orientación y búsqueda de empleo. Se han separado de las anteriores para diferenciar en este apartado aquellos programas que se estructuran específicamente para este fin, con contenidos similares a los IOBE del INEM. Incluyen también los programas desarrollados por los nuevos servicios existentes en algunas CC. AA. que se ocupan de mediar entre el drogodependiente y sus posibles empleos.
 - Por último, forman parte de este tipo de programas los cursos en los que se proporciona una formación profesional que, en ningún caso, implica un contrato laboral de tipo alguno. En dichos cursos conviene distinguir los organizados dentro del Plan de Formación e Inserción Profesional (Plan FIP) y regulados por el INEM, o la correspondiente Agencia Autónoma de Empleo.
 - Cursos del Plan FIP, organizados por la red de drogodependencias

- o aquellos a los que han tenido acceso los drogodependientes.
 - Otros cursos de capacitación profesional, no pertenecientes a la programación del INEM o a la Agencia Autonómica correspondiente (en caso de haber sido transferidos el INEM).
- c) Programas de incorporación laboral. Se agrupan en este apartado los programas que suponen una ocupación remunerada mediante un contrato laboral de cualquier tipo (aprendizaje, temporal, etc.), o son una fórmula de autoempleo individual o cooperativo. Entre ellos destacan:
- Talleres de aprendizaje laboral. Fórmula de empleo remunerado mediante un contrato, normalmente de aprendizaje. El empleador puede ser un trabajador autónomo, una pequeña empresa o una organización social (ONG, Fundación, etc.). Generalmente se refieren a trabajos manuales.
 - Escuelas Taller, Casas de Oficios y Talleres de Empleo (INEM). Sus contenidos y su funcionamiento están regulados por el INEM. Su utilización presenta dos modalidades distintas: pueden estar organizados y gestionados por una entidad especializada en drogodependencias (aunque no todos los alumnos sean drogodependientes) o pueden estarlo por otro tipo de institución (ayuntamiento, diputación...) y acoger en el recurso un número de drogodependientes que están en proceso de rehabilitación y han sido derivados desde la red autonómica de atención específica.
 - Programas de empleo de las Corporaciones Locales. Suelen ser la bolsa de empleo más utilizada a la hora de proporcionar plazas para drogodependientes que están en proceso de rehabilitación y han sido derivados desde la red autonómica de atención a las drogodependencias.
 - Ayudas a empleadores para el fomento de la contratación. Actividad destinada a gestionar plazas para emplear a drogodependientes en empresas o entidades y, normalmente, incentivada con subvención económica. Aunque el término ayuda sugiere subvención, puede tratarse también de una actividad regular y constante de mediación y contacto con los empleadores, realizada por un servicio o equipo estable, con el objetivo de emplear a los drogodependientes.
 - Incentivos para la creación de “empresas de inserción”. Aunque legalmente no está reconocido, este tipo de empresas se basan en una cuota de empleo para excluidos sociales. Suelen ser puestos en marcha por ONG y cuentan con apoyo económico por parte de las Administraciones.
 - Promoción de autoempleo (individual o cooperativo). Programas de ayudas para el establecimiento como trabajadores autónomos de los drogodependientes o para la formación de cooperativas.

4

Las teorías y los modelos explicativos del consumo de drogas

En cualquier campo del saber es preciso tener un marco teórico que nos permita enmarcar el trabajo cotidiano. Éste suele basarse en la información disponible sobre el fenómeno con el que trabajamos y tener suficiente validez en función de la evidencia empírica disponible. En el campo del consumo de drogas existe un buen número de teorías y modelos explicativos, lo que muestra, por una parte, el interés por el tema y, por otra, la dificultad para apresar en toda su extensión este complejo fenómeno. Habitualmente una teoría resume un conjunto de evidencias empíricas, que puede ser derivada de las hipótesis, explicar leyes o construir modelos. Por su parte, un modelo es una teoría o un grupo de teorías aplicada a un área específica o situación (Mitchell y Jolley, 1992). 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 disponer de una teoría no implica que sea cierta. Para ello se precisa investigar que sus postulados se cumplen y con ello comprobar si hay evidencia o no para sostenerla.

De las teorías y los modelos explicativos del consumo de drogas, la mayoría se han orientado a explicar por qué las personas consumen este tipo de sustancias. Esto es de una gran relevancia ya que si sabemos por qué lo hacen nos resultará más fácil aplicar los programas preventivos para que no consuman. A continuación se indican las teorías y los modelos explicativos más importantes con respecto al consumo de drogas, a partir de la extensa revisión de Becoña (1999), quien los ha clasificado en tres grandes grupos: 1) teorías y modelos parciales o basados en pocos componentes, 2) teorías y modelos de estadios evolutivos y 3) teorías y modelos integrativos y comprensivos (véase el [cuadro 4.1](#)).

4.1. Teorías y modelos parciales o basados en pocos componentes

Dentro de las teorías y los modelos denominados parciales, se incluyen una serie de ellos que se caracterizan por explicar el consumo de drogas con muy pocos elementos. Esto no significa que las complejas tengan que ser mejores, pero esta distinción nos sirve para diferenciar unas de otras desde el punto de vista didáctico y clasificatorio.

Cuadro 4.1. *Clasificación de las teorías y los modelos explicativos*

I. 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.* a la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan
 - 5.2. Modelo basado en la afectividad de Pandina *et al.*
6. Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico
7. El modelo social de Peele
8. Otros modelos teóricos
 - 8.1. Modelo de Becker
 - 8.2. Modelo de Burgess
 - 8.3. El modelo de afrontamiento del estrés de Wills

II. Teorías de estadios y evolutivas

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

III. Teorías integrativas y comprensivas

1. Modelo de promoción de la salud
2. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura
3. Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins *et al.*
4. Teoría interaccional de Thornberry

5. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor
 6. Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor
 7. Modelo integrativo general de la conducta de consumo de drogas de Botvin
 8. Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat *et al.*
 9. Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis
 10. Modelo de autocontrol de Santacreu *et al.*
-

Fuente: Adaptado y ampliado a partir de Becoña (1999).

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

Otro modelo de gran relevancia es el de salud pública, creencias de salud y competencia, estos dos últimos como evolución del primero. El modelo de creencias de salud fue elaborado originariamente por un grupo de investigadores de la sección de estudios del comportamiento del Servicio de Salud Pública de 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. Sus elementos fundamentales son la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas.

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

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

La teoría del aprendizaje explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, el operante y el aprendizaje social. Sin embargo, se han propuesto explicaciones a partir de cada uno de los distintos paradigmas

de aprendizaje, aunque en el momento actual el que permite explicar de modo comprensivo la conducta de consumo de drogas es la del aprendizaje social, especialmente para su inicio. Las teorías del aprendizaje tienen un gran apoyo empírico, fundamentan la psicología científica y en ellos se utilizan los principios, las técnicas y los procedimientos derivados del mismo. Con él se puede descubrir cómo se aprende o adquiere una conducta y cómo se pueden aprender conductas nuevas o desaprender o debilitar otras conductas que ya están en el repertorio personal del individuo.

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

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, en el modelo de Fishbein y Ajzen, y en el de este último, junto a las anteriores, también por el control conductual percibido. El nivel alcanzado de predicción es adecuado por lo que atañe a la conducta desde la intención conductual, pero lo que consiguen 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 setenta y los ochenta ha decaído en los últimos años, especialmente en el campo de las drogodependencias. Aún así, esta teoría resulta útil cuando nos interesa predecir la conducta desde las intenciones, creencias o actitudes (p. ej., Becoña, 1993), bien sola o combinada con otros componentes. Igualmente hay que reconocer que muchos programas preventivos se basan en la misma para evaluar los elementos actitudinales, la intención conductual y la conducta. De ahí que se vaya a seguir utilizando en los próximos años. En este caso un adecuado uso de la misma es imprescindible para obtener buenos resultados.

En el caso de Ajzen (1988), con su teoría de la conducta planificada, ésta predice mejor que la anterior en aquellos casos en los que no es posible ejercer siempre un control voluntario o éste está fuera de la persona. En cambio, para las conductas donde la persona puede ejercer un claro control sobre las mismas, esta teoría no mejora la predicción que presenta la de la acción razonada.

Otro grupo de teorías simples son las agrupadas como teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales, en donde se incluye el modelo de mejora de la estima de Kaplan *et al.* (1986) y su versión más actualizada, la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996). En la primera, el modelo de mejora de la estima de Kaplan *et al.* (1986) parte de la premisa de que los adolescentes buscan la aceptación y la aprobación para su conducta. Cuando éste se desvía de las expectativas de conducta de sus padres, profesores y otras personas a las cuales consideran importantes, 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 requieren una respuesta correctiva o compensatoria.

Su versión actualizada, la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996) sintetiza teorías o elementos previos de la teoría del *self*, teoría del estrés, teoría del control, teoría de la asociación diferencial, teoría del aprendizaje social y teoría del rotulado. La diferencia de su formulación con 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 que ella considere como tal, o de las expectativas del grupo concreto que lo definen como adaptativo. Es necesario que la persona encuentre el modo de poder valorarse positivamente a sí misma a través de la valoración positiva de las personas que la rodean. Cuando no encuentra aceptación de las mismas, aun implicándose en conductas convencionales, entonces estará más motivada para hacerlo 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, que en ese momento no le preocupará, ya que rechaza las normas convencionales y se aleja de sus adultos de referencia. La explicación que da Kaplan (1996) para que la persona, una vez que ha realizado actos desviados, se mantenga en su actualidad, es que es debido tanto al reforzamiento positivo como al debilitamiento de la disuasión de realizar este tipo de acciones que tenía previamente y también a disponer de continuas oportunidades para realizar la conducta desviada. Además, su entorno social 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 incrementarán las expectativas para adecuarse a las conductas desviadas de ellos y así satisfacer sus propias necesidades.

Otro modelo propuesto para la explicación del consumo de drogas es el de la afectividad de Pandina *et al.* (1992), el cual considera como un mecanismo clave el afecto 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. Asumiendo que la naturaleza de la acción de las drogas es la postulada, cabría esperar que, aquellos sujetos en los que es más probable que encuentren atractiva y deseable la intoxicación con este tipo de sustancias, son los que crónicamente necesitan de niveles más elevados de activación (o, dicho de otra manera, que tienen una sensibilidad especial a la estimulación resultante de la activación) y quienes se pueden caracterizar como deprivados crónicamente de reforzamiento positivo. Es más, se hipotetiza que aquellos que están deprivados crónicamente de reforzamiento positivo estén dominados por persistentes y generalizados estados de ánimo negativo. En los individuos en los cuales el repertorio del reforzamiento está dominado por el reforzamiento negativo o castigo son vistos como deprivados de

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

Otro grupo de modelos y teorías se basan en el enfoque sistémico y en los modelos de familia derivados de ellos. Se parte del 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).

Sin embargo, a pesar de que estos modelos han tenido una gran relevancia en el tratamiento, y tienen una teoría explicativa sobre el posible inicio de la dependencia, no se han desarrollado adecuadamente para ser aplicados al campo de la prevención de las drogodependencias, en el que han recibido escasa atención.

El modelo social de Peele (1985) se basa en el papel que tienen las adicciones en nuestro estilo de vida, sosteniendo que no es la sustancia o la conducta la que produce la adicción, sino el modo como la persona interpreta esa experiencia y cómo responde a nivel fisiológico, emocional y conductual, a la misma. El modo de enfrentarse al mundo y la forma 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 a 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, o 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 en la mayoría de los casos que no intente superarla o encararse a ella.

Para Peele nuestra cultura favorece las adicciones por tener como valores centrales el logro y el éxito individual. Al ser difícil conseguirlos, el refugiarse en la adicción es un modo de ver la vida desde el lado opuesto. Al mismo 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 complicado afrontar la complejidad de nuestro mundo, especialmente para los jóvenes, el incremento de las adicciones se hace evidente.

Otros modelos que se han propuesto han sido los de Becker, Burgess y Wills (véase Becoña, 1999). El de Becker, partiendo de los factores de riesgo y protección, considera que el uso y abuso de drogas dependen de las leyes, de las normas y de la disponibilidad de esas sustancias. Dentro de cada uno de estos componentes se incluyen los factores contextuales (p. ej., las leyes), los individuales e interpersonales (p. ej., los

valores individuales, de los padres e iguales) y los resultados (el consumo o no de drogas). El de Burgess considera tres grandes tipos de influencias, las personales y psicosociales, las culturales y externas, y las del individuo (actitudes, valores, conducta), todas las cuales llevarían a la decisión de consumir o no drogas. Y el modelo de Wills es un modelo de afrontamiento del estrés que sostiene que las personas que usan las drogas lo hacen debido al estrés de su vida y su consumo es un recurso de afrontamiento.

4.2. Teorías de estadios y evolutivas

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

La primera de ellas, y la más conocida, es el modelo evolutivo de Kandel. Básicamente, se basa en que el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales, donde se comienza por unas primeras sustancias de iniciación (drogas legales) que sirven de elemento facilitador para el posterior consumo de otras sustancias (especialmente la marihuana) en un segundo paso, y luego las drogas ilegales, en los que llegan a consumir finalmente éstas. Kandel partió de la teoría de la socialización, centrándose especialmente en la influencia 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 produce de modo secuencial o evolutivo, partiendo del consumo de las drogas legales, el alcohol y el tabaco (Kandel, 1975). Los estudios realizados por Kandel, tanto de tipo longitudinal como transversal, indican la existencia de cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales: 1) cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana y 4) otras drogas ilegales. El consumo de drogas legales es el elemento intermedio que está entre la ausencia de consumo y el consumo de marihuana antes de pasar a hacer lo mismo con otras drogas ilegales. Es también importante resaltar que en la década de los años setenta el modelo de Kandel aportó un elemento nuevo hasta ese momento inexistente en el campo de la prevención.

El modelo indica que no es necesario que la secuencia anterior se dé en todos los sujetos por igual. El consumo de una sustancia en una fase incrementa de modo importante y significativo la probabilidad de pasar a la siguiente fase de consumo. Hay varias influencias básicas que se relacionan con el consumo o no de drogas ilegales. Las dos principales son la familia y los iguales, y a estos dos ha dedicado la mayor atención en sus estudios. A su lado estarían los factores del individuo y otras conductas desviadas. Junto al contacto con las distintas sustancias también se tendrían dos tipos de influencias: la interpersonal y la intrapersonal o características personales (por ejemplo, la relación entre la depresión y el abuso de sustancias). La utilidad del modelo fue comprobada en

varios estudios de seguimiento (p. ej., 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, lo que muestra un gran nivel de generalización.

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

Este modelo combina los estadios de adquisición de hábitos previos con los de cambio de hábitos. 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 entre esto y la prevención secundaria está en que en ésta lo que se intenta es que se produzca un cambio que lleve a que dejen de usar drogas o a que continúen sin usarlas. Estos autores consideran al mismo tiempo los dos niveles de prevención, primario y secundario, dado que según ellos esto se adecua más a la situación real y permite llevar a cabo de un modo mejor las intervenciones preventivas.

El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim *et al.* (1998) se basa en un amplio conjunto de teorías o componentes de ellas, como la teoría del control social, el modelo del desarrollo social, la teoría de la conducta problema, la teoría del aprendizaje social y la teoría de los estados-expectativas. Los componentes que incluye este modelo son: adecuado apoyo familiar, pertinente apoyo social, cuidado y ayuda de los adultos en la vida del joven, altas expectativas sobre éste 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, la comunidad y el gobierno, grandes 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 demás adultos en su lugar social.

En este modelo se da gran importancia a la familia como elemento básico de socialización de los valores dominantes de la sociedad. También se incluyen otros elementos sobre la vinculación del individuo al orden social, basada en la teoría del control social, aunque estos autores explican esta vinculación a través de la teoría del aprendizaje social y de los estados-expectativas. La primera para explicar que la conducta social es adquirida a través del condicionamiento vicario (imitación) con los procesos de reforzamiento y castigo. La de estados-expectativas se basa en la idea de que el modo en el que pensamos y creemos es en gran parte una función de cómo 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 de nosotros. Esta teoría también se conoce como el “efecto Pigmalión” o modelo de comunicación de expectativas.

El modelo de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996) está basado en la autorregulación, donde algunos de los elementos clave son el control personal y la eficacia. Cuando éstos fallan, el individuo responderá a sus necesidades inmediatas y a las presiones situacionales también inmediatas. Además, es probable que no tenga metas personales o que éstas sean poco importantes, difíciles, costosas o improbables de conseguir. Esto le puede llevar a la alienación y al estado depresivo. Sus estudios confirman que, conforme transcurre el tiempo, se produce un descenso en el consumo de sustancias, disminuye el uso de las mismas entre los amigos y se incrementa el número de parejas que se casan tanto entre ellos como entre sus amigos. Todo ello indica, en palabras del autor, un incremento en la dirección de una mayor convencionalidad tanto en hombres como en mujeres.

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

Dentro de esta teoría se considera 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 acontecimientos críticos en la vida que permiten la transición de unas etapas a otras y que, según dicha transición, el resultado será el adecuado o no. Uno de los aspectos a los que esta teoría ha dado más relevancia es la pubertad, por el gran número de cambios que se producen en la misma. Junto al peso dado a la pubertad, que sería un claro factor biológico, también otorga una gran importancia a los factores personales y sociales, en la línea de lo que se conoce sobre los mismos en los adolescentes y en lo que otras teorías han encontrado empíricamente sobre los ellos.

Glantz (1992) propone un modelo para explicar el abuso de sustancias, al que denomina “modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas”. El modelo de este autor está basado en los factores de riesgo que se ha encontrado que están asociados con la etiología del abuso de sustancias (p. 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 de 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) una 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 entre las características temperamentales del niño con las personas y las experiencias de su ambiente. Por lo tanto, el hecho de que el niño tenga sólo un temperamento difícil no es una condición suficiente para el posterior abuso de drogas. A partir de aquí propone cuáles serían los niños que tienen un alto riesgo desde el nacimiento (3-10 meses) hasta la adolescencia.

El modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos (1996) es un modelo de etapas que parte del concepto de la enfermedad del alcoholismo y del modelo biopsicosocial. Se basa en lo que se conoce sobre la investigación (de los antecedentes, los factores concomitantes y el mantenimiento) del consumo de drogas, de lo que se conoce sobre el tratamiento y cómo los distintos tipos de prevención (primaria, secundaria y terciaria) tendrían su papel para las distintas fases donde se realiza el tratamiento, o en la etapa en la que se encuentra el individuo (iniciación, progresión al consumo, consumo consolidado, dependencia). Da un gran peso a los trastornos psicopatológicos y a la patología asociada al consumo de drogas, como es la de tipo dual.

La denominada teoría de la socialización primaria para explicar el inicio del consumo de drogas, ha sido propuesta recientemente por Oetting y sus 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 (p. ej., las 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 problema, donde el consumo de drogas es una de ellas.

La premisa fundamental de la teoría de la socialización primaria es que “aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales que son aprendidos. Las conductas sociales desviadas, tales como el uso de drogas, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. La desviación no es simplemente una situación defectuosa que se produce cuando hay una ruptura en los vínculos y las normas prosociales; tanto estas normas como las desviadas son activamente aprendidas en el proceso de la socialización primaria” (Oetting y Donnermeyer, 1998, p. 998). Para ellos hay unas fuentes de socialización primaria que influyen sobre el individuo: la familia, la escuela y el grupo de iguales; influencias

indirectas en la socialización primaria: rasgos de personalidad; y, fuentes de socialización secundaria, como son las características de la comunidad: vecindario, ciudad, área; urbanización; tamaño; tipo de ocupación; movilidad de la población; distribución de la población por edades; oportunidades sociales para participar en distintos grupos; pobreza; la familia extensa; los grupos que forman asociaciones: profesionales, sociales, deportivas, políticas, etc.; la religión e instituciones religiosas; y el ambiente de los iguales en general.

Respecto al 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 se produce 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 su grado de aceptación. Piénsese, por ejemplo, en la distinta valoración si el consumo es de drogas legales, como 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 con 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 entorno es intolerante con las drogas, al tener problemas físicos, etc.

4.3. Teorías integrativas y comprensivas

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

Uno de los modelos más importantes es el de la promoción de la salud, también a veces conocido como de la salud pública, el cual se aplica a un gran número de ámbitos de tipo sanitario. El modelo de promoción de la salud, auspiciado por la Organización Mundial de la Salud en 1986, tiene como antecedente la declaración de Alma Ata de 1978. Es un modelo de salud pública donde se otorga una gran relevancia a la asistencia sanitaria, a la forma de mejorarla y a los factores culturales, económicos, sociales, políticos y organizativos que inciden en dicha asistencia. Tiene una comprensión holística de la salud, la cual se considera un derecho humano fundamental. Parte de la “salud para todos” como un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico, como se concluyó en la Declaración de Yakarta (World Health Organization,

1997) y pretende ser un modelo universal para la mejora de la salud de toda la humanidad. Los conceptos fundamentales de la promoción de la salud son (World Health Organization, 1998): salud, prerequisites de la salud, promoción de la salud, salud para todos, salud pública, atención primaria de salud, prevención de la enfermedad y educación para la salud. Las estrategias básicas que utiliza son el establecer una política pública saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer una acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los recursos sanitarios (Green y Kreuter, 1991). Viene a ser un modelo general e integrador que sirve de paraguas para muchas intervenciones a partir del mismo, siendo la educación para la salud el elemento operativo para llevar sus acciones a la práctica. De ahí que, partiendo del mismo, y utilizando las estrategias de educación para la salud, en muchos casos se realizan intervenciones preventivas, como las hay también en drogodependencias, en distintos países europeos (Burkhart, 2001) y de otros continentes.

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

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

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969), red denominada más actualmente teoría cognitiva social (Bandura, 1986), insiste hoy en el concepto de autoeficacia como un componente central de la misma y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, el mantenimiento y los cambios de la conducta. Es una teoría comprensiva de la conducta humana que considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), como los procesos cognitivos y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona.

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

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

La asunción principal de este modelo es que los seres humanos son buscadores de satisfacción y que su conducta 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 afirmación está derivada de la teoría del aprendizaje social. Además, las experiencias proporcionan información empírica que sirve 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 asume una serie de pasos o desarrollos que van a llevar a una conducta prosocial o antisocial. Éstos son, para la vía prosocial, las oportunidades percibidas para la interacción e implicación prosocial, la integración en actividades e interacciones prosociales, las habilidades para la interacción y la implicación, los refuerzos percibidos de las actividades e interacciones prosociales, el apoyo y el compromiso hacia otros prosociales y actividades prosociales, la creencia en el orden moral y la oportunidad percibida para la interacción prosocial y la implicación en el siguiente período. Para la conducta antisocial aparecen los mismos componentes en su aspecto, junto a la conducta antisocial antes del último elemento del modelo. La teoría hipotetiza que la conducta del individuo será prosocial o antisocial dependiendo de las conductas, normas y valores predominantes que tengan aquellos a los que el individuo está vinculado. Esto se basa en gran parte en la teoría del control social.

La ventaja que tiene el modelo del desarrollo social, como otros, es que, partiendo de los componentes del mismo, se pueden diseñar programas preventivos de drogas. Interviniendo en aquellos puntos que causan el consumo de drogas se puede interrumpir, con dichas medidas preventivas, lo que se consideran procesos causales que van a llevar al consumo. Los autores del modelo (p. ej., Catalano *et al.*, 1996) llegan a afirmar que es posible intervenir en todos los pasos del mismo, aunque ello exija intervenciones

múltiples al incluir multitud de factores, algunos de ellos de gran relevancia, pero que se basan en elementos complejos.

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 esta teoría, la conducta desviada es el resultado tanto de la débil vinculación de la persona con la sociedad convencional como de un pobre ambiente social donde la conducta adecuada puede ser aprendida y reforzada. Las conductas delictivas se desarrollan de modo dinámico a lo largo del curso de la vida, donde interactúan múltiples procesos a lo largo del tiempo.

La conducta desviada no es vista meramente como 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. Por ello, el primer elemento relevante para que se produzca una conducta delictiva es tener unos escasos 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 regladas tengan pocas probabilidades de implicarse en conductas delictivas. Además, suelen estar dentro de redes sociales convencionales, con lo que a su vez disminuye más sus probabilidades de delinquir. En el otro lado, si los lazos convencionales son débiles o no existen y existen 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 el que se pueda aprender la conducta delictiva 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 ellas y modulada por el período evolutivo de la persona a lo largo del tiempo.

Una teoría bien conocida es la de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977). Desde su formulación, ha sido un punto de referencia, y recientemente ha sufrido algunas reformulaciones (p. ej., Jessor, 1992, 1993), a partir de las cuales se ha elaborado una nueva teoría, la denominada teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes. En ésta se tienen en cuenta unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados de riesgo. Da un gran peso, para la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes, a la pobreza organizada socialmente, a la desigualdad y la discriminación, las cuales son un elemento fundamental para mantener a una parte de la población adolescente en lo que se ha denominado “en riesgo” (Jessor, 1991).

La implicación que tiene esta teoría tanto para la prevención como para la intervención (Jessor, 1991) es que un abordaje comprensivo es más eficaz que uno parcial. Además, un abordaje comprensivo es más probable que sea exitoso y que los efectos se mantengan a largo plazo. En ellos, tal y 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 quizá 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 entorno, especialmente en algunos fenómenos que para él están en la base de muchas de estas conductas problema, como son la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación.

Recientemente Botvin (1999) ha presentado el denominado “modelo integrado general de la conducta del uso de drogas”. Botvin, que ha desarrollado un programa preventivo efectivo (Botvin, 1995), había en años previos esbozado los elementos que sostenían el mismo, pero no los había organizado formalmente en un modelo. En él parte de varias aproximaciones, como la de la influencia social, la de la mejora de la competencia y la de la evaluación empírica de los programas preventivos de drogodependencias. Su modelo se presenta como eminentemente descriptivo para fundamentar su programa preventivo. Lo fundamenta en la teoría del aprendizaje social, en la teoría de la conducta problema, en el autodesprecio, la comunicación persuasiva, la teoría del clúster de iguales y el constructo de búsqueda de sensaciones. En él hay tres componentes centrales: los históricos y formativos, los sociales y los personales, todos los cuales explican la conducta de consumo de drogas. Dentro de cada uno de ellos a su vez diferencia varios elementos: factores demográficos, biológicos, culturales y ambiente para los componentes históricos y formativos; factores de la escuela, la familia, los medios de comunicación e iguales para los factores sociales; y, las expectativas cognitivas, las competencias y habilidades personales, las habilidades sociales y los factores psicológicos para los factores personales. A su vez subdivide cada uno de los factores en distintos componentes, lo que facilita la operatividad de cada uno de ellos.

Calafat *et al.* (1992) han elaborado el programa “Tú decides”, el cual no sólo es el programa preventivo más utilizado en España hasta ahora, sino de los mejor evaluados. Este programa se basa de modo importante en los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas junto a la inclusión a lo largo de una década de componentes que han ayudado a incrementar su eficacia. Son importantes el modelo de estilos de vida y los factores de riesgo que lo condicionan, dado que “las causas o factores que hacen o facilitan que los individuos se interesen por las drogas tienen que ver con toda la dinámica personal y social anteriores al contagio con las 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 que se debe considerar. Para Calafat *et al.* (1992) esos múltiples elementos asociados al consumo de drogas se encuadran como factores de riesgo y factores de protección. En la 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). Uno de los componentes psíquicos que han estudiado específicamente ha sido la relación que existe entre la depresión, la depresividad y la adicción (Calafat y Amengual, 1991).

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

Como ya había apuntado Bandura (1986), 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 forma interactiva las decisiones sobre actuar o no de un cierto modo (p. ej., consumir o no una sustancia). Los elementos intermedios de influencia que considera son: 1) lo que el individuo extrae desde sus ambientes, situaciones y rasgos básicos; 2) las expectativas que tiene sobre la conducta y su evaluación de esas expectativas; y 3) sus cogniciones relacionadas con la salud. Esta teoría lo que pretende es considerar tanto los factores directos como los indirectos que afectan a la conducta. Igualmente pretende servir para explicar tanto las conductas habituales como las nuevas.

Un elemento final de la teoría que tiene una gran relevancia es la toma de decisiones. Según esta teoría, ésta 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 en las sucesivas decisiones sobre las mismas.

El modelo de autocontrol de Santacreu *et al.* (1991, 1992; Santacreu y Froján, 1992) ha sido elaborado para la génesis y el mantenimiento del consumo de drogas basado fundamentalmente en el autocontrol y partiendo del modelo bio-psico-social. Consideran que el desarrollo de la génesis del problema surge por el intento del adolescente de conseguir fuentes de refuerzo alternativas a las que ya tiene o le ofrecen, concretamente para buscar independencia del refuerzo paterno y, al mismo tiempo, conseguir una cierta capacidad de autocontrol. Por su propio desarrollo evolutivo, el adolescente busca refuerzos alternativos a los que hasta ese momento obtenía en la

familia. El autocontrol se aprende durante la adolescencia, cuando la persona tiene la posibilidad de elegir y puede organizar su tiempo y sus objetivos. El autocontrol lo puede adquirir para las respuestas aisladas o bien conseguir 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 una interacción con el medio en el que ésta se lleva a cabo. Algunas de las habilidades de autocontrol características son la resistencia a la agresión tras la frustración, la resistencia a la transgresión, la regulación de la autoadministración de refuerzos y la resistencia a la tentación.

Para los programas preventivos, proponen que, dado que la habilidad de autocontrol se aprende, este concepto resulta de gran utilidad en los mismos y se debe tener en cuenta tanto cuando se elaboran programas preventivos como cuando se implantan los mismos. Un programa de este tipo tendría que cumplir los siguientes requisitos: 1) definir las características de la población a la que va dirigido y la identificación de los factores de riesgo de la misma, 2) localizar 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 el mantenimiento del mismo.

Evaluación y aplicabilidad de cinco teorías y modelos

Dada la imposibilidad para analizar exhaustivamente cada una de las teorías y modelos explicativos expuestos en el capítulo anterior, en éste vamos a centrarnos en cinco de las teorías y los modelos que consideramos más relevantes para explicar el consumo de drogas. Éstos son el modelo evolutivo de Kandel, la teoría de la socialización primaria de Oetting y sus colaboradores, la teoría del aprendizaje social y cognitiva social de Bandura, el modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins y la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor. Las anteriores teorías y modelos, además, son de los que hay más consenso acerca de su relevancia, validez empírica y utilidad práctica. Además, en todos ellos, se han realizado un buen número de estudios que permiten sostener las bases teóricas que cada uno de ellos propone.

5.1. El modelo evolutivo de Kandel

El modelo evolutivo de Kandel se ha centrado en el conocimiento de la progresión en el consumo de drogas. Se basa en que el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales, donde se comienza por unas primeras sustancias de iniciación (drogas legales) que sirven de elemento facilitador para el posterior consumo de otras sustancias, especialmente marihuana, en un segundo paso, y luego se pasa a las drogas ilegales, en los que llegan a consumir finalmente éstas.

Los estudios realizados por Kandel, 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 la ausencia total de consumo y el consumo de marihuana, antes de pasar a consumir otras drogas ilegales. No es necesario que la secuencia anterior se dé en todos los sujetos

por igual. El consumo de una sustancia en una fase incrementa de modo importante y significativo la probabilidad de pasar a la siguiente fase de consumo. Esto es, el uso de una droga en la primera parte de la secuencia es una condición necesaria pero no suficiente para la progresión desde una etapa inferior a otra superior de consumo.

Para Kandel hay varias influencias básicas que se relacionan con el consumo o no de las drogas ilegales. Las dos principales son la familia y los iguales, y a estos dos grupos ha dedicado la mayor atención en sus estudios. Junto a ellos estarían los factores del individuo y otras conductas desviadas. Al mantener el contacto con las distintas sustancias también se tendrían dos tipos de influencia: la interpersonal y la intrapersonal o de 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 (p. 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 (p. 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 a todos los miembros que están presentes en esta interacción para así poder conocer los procesos de socialización de cada individuo. Éste es un salto cualitativo importante tanto para el estudio del fenómeno como a nivel metodológico, por la necesidad de reclutar no sólo a la muestra de la población diana, sino la de sus padres y la de sus amigos más cercanos. En esta línea, considera (p. 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 cobre gran relevancia el papel de los iguales y el de los adultos, especialmente el de los padres. Esta teoría considera que hay dos procesos a través de los cuales las personas más 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 sea de ambos. Por ejemplo, si el padre o los padres consumen marihuana o abusan del alcohol, tienen más probabilidad de consumir estas sustancias (p. 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 disuadirlos de que la consuman. Por ello, las conductas y los valores son componentes importantes de la influencia interpersonal. Igualmente se otorga una 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 actitudes y los valores de los padres. Nótese que en todo este proceso los factores sociales desempeñan un papel más importante en las primeras etapas, mientras que los factores psicológicos lo hacen en las últimas (Kandel, 1980a).

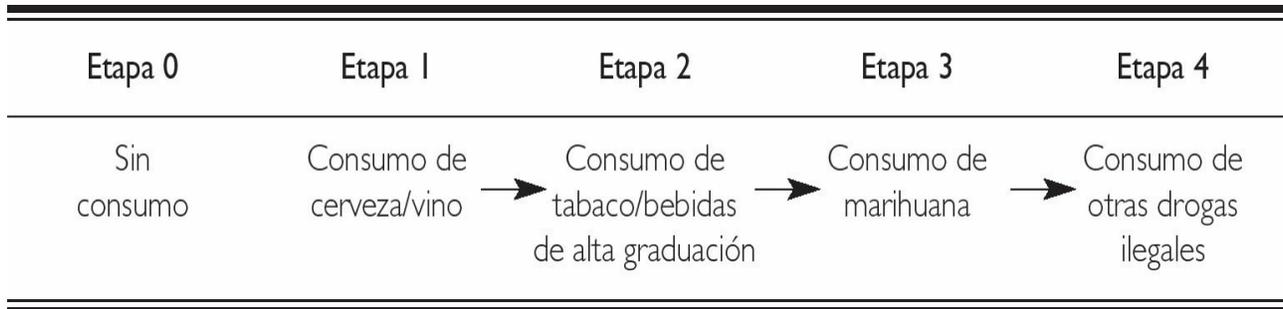


Figura 5.1. Modelo de Kandel de las etapas del consumo de drogas.

Kandel ha comprobado su modelo con la *New York State Follow-Up Cohort Study*, un estudio de seguimiento de 13 años desde la adolescencia hasta la edad adulta (p. ej., Kandel y Yamaguchi, 1975; Kandel y Davies, 1992; Kandel, 1996). La cohorte fue reclutada cuando tenían 15-16 años de edad, 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, de 1.222 personas, siendo además representativa de los estudiantes de la escuela pública de Nueva York que estaban estudiando en 1971 los grados 10.º y 11.º de la enseñanza estadounidense (equivalentes al segundo ciclo de la ESO y al Bachillerato impartido en España). En cada momento les 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 cómo las personas pasan desde el uso o la 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 en tratamiento por problemas emocionales. Estas relaciones se encuentran tanto para hombres como para mujeres.

De lo anterior concluyen que, en general, la gente joven en riesgo de iniciar el

consumo de marihuana realiza más conductas desviadas que sus iguales y viene 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 este nivel, mayor es a su vez el riesgo de consumir marihuana.

La escalada al uso regular de marihuana es explicada en este estudio a través de 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), de dependencia del alcohol (fundamentalmente en el padre) y bajo rendimiento académico años antes. Esto es consistente tanto en hombres como en mujeres. Ajustando las tasas, y cuando se controlan los otros factores, los hombres tienen un 40% más de probabilidades que las mujeres de convertirse en consumidores casi diarios de marihuana. Tener un padre con problemas con la bebida o cuando es un alcohólico incrementa el riesgo en más de un 50% y tener un familiar de primer grado tratado de un trastorno emocional, lo hace 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 perjudiciales. Cuanto más temprano es el primer consumo de la marihuana mayor es el riesgo de progresar a un patrón regular e intensivo de consumo. Además, la historia familiar es importante cuando en ésta se padecen trastornos mentales o hay un bebedor 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 sobrestimado en relación a la importancia de los padres. Apunta que, 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 de este modo poder diseñar programas preventivos eficaces. Esto se ha analizado 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 los padres. A diferencia de ello, tanto Kandel como algún otro autor han recogido datos no sólo 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 trabajos, 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 aspectos 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 algunos aspectos importantes de las conductas parentales y de las interacciones padre-hijo, que llevan a asociarse con los iguales con conductas desviadas, son que el padre realice conductas de este tipo, 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 las normas apropiadas, los iguales lo harán también a través del modelado como indirectamente a través de las 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 ésta ha apuntado de la sobrestimación que hasta el momento se ha realizado de la importancia de los iguales en contra de la importancia de los padres.

Recientemente, como una síntesis de sus resultados con respecto a la marihuana, Kandel (1996) concluye que es posible indicar los distintos grupos que son importantes para 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 con 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.

5.2. Teoría de la socialización primaria de Oetting y sus colaboradores

La teoría de la socialización primaria de Oetting y sus colaboradores (Oetting y Donnermeyer, 1998; Oetting, Deffenbacher y Donnermeyer, 1998a; Oetting, Donnermeyer y Deffenbacher, 1998b; Oetting, Donnermeyer, Trimble y Beauvais, 1998c) se centra en las conductas problema entre ellos el consumo de drogas. Su premisa fundamental 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 delito y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. La desviación no es simplemente una situación defectuosa que se produce cuando hay una ruptura en los vínculos y las 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). La socialización es el proceso de aprender normas y conductas sociales. En toda sociedad hay un modo de aprender las normas, 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 donde se determinan las conductas normativas y desviadas del individuo. Desde la infancia hasta el final de la adolescencia o adultez temprana, se encontraría 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 aprende unas u otras normas.

Esta teoría considera a la escuela como un elemento de la socialización primaria y, conforme hay familias disfuncionales, hay también escuelas disfuncionales o que tienen otros problemas que reducen la habilidad de aprender o transmitir normas prosociales, como pueden ser el tamaño de la escuela, su disciplina, los roles poco definidos, el profesorado poco preparado, la carencia de recursos, los prejuicios sociales, 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 este último, y será más indirecta la de los otros grupos de iguales. El *cluster* de iguales son las díadas de los mejores amigos, pequeños grupos de amigos cercanos o parejas. Dependiendo de los iguales con normas prosociales o implicados en conductas desviadas, van a influir claramente en la conducta de esa persona.

De modo interesante, indican cómo la selección del grupo de iguales puede ser debida a causas externas (p. ej., género, lugar donde se vive), aunque las más importantes serían la similitud en actitudes, habilidades sociales, intereses y aptitudes. Una vez dentro del grupo, la similitud entre ellos es lo característico.

Esta teoría propone que si los vínculos entre el niño, la familia y la escuela son fuertes, éste desarrollará 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, es importante tener en cuenta las características que definen a cada cultura.

Sobre el papel que desempeñan los rasgos personales, 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 de protección con respecto al uso de drogas y a la conducta desviada. Por ejemplo, los jóvenes más inteligentes es más probable que tengan éxito en la escuela, que ésta les refuerza y que formen una buena vinculación con ella. 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 en el proceso de socialización primaria, pero que no inciden directamente en la misma. Esto les lleva a poder explicar rasgos como la ira, la agresividad, la autoestima y la búsqueda de sensaciones.

Respecto al paso de la socialización primaria al consumo de drogas, esta teoría indica que se puede producir por dos vías: 1) la adicción a las drogas aparece 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 su grado de aceptación. Piénsese, por ejemplo, en la distinta valoración que hace el individuo si el consumo es de drogas legales, como 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 desde el punto de vista 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 este tipo de problemas y con ello facilitar el paso del uso a la dependencia. Y explican el paso del uso de drogas al abandono de su consumo mediante cambios (de ambiente, lugar, iguales), cuando el entorno 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 se lleve a cabo, mejorar o empeorar la vinculación con las fuentes de ésta e influenciar las normas que son comunicadas a través de ella.

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 en general y los medios de comunicación. Dentro de las características de la comunidad consideran todo el ambiente físico y social en el que el individuo vive. Así, incluyen el vecindario, la ciudad y el 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 se da 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, dado que es a través de ellos como se organiza y gobierna la comunidad; y 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 la comunicación de las normas prosociales a los niños. De modo semejante, los grupos que forman asociaciones de distinto tipo, como profesionales, sociales (p. ej., de vecinos), políticos, etc. También están 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, un club escolar, etc., y son distintos del *cluster* de iguales, aunque en muchos casos éste se forma a partir de alguno de los grupos de este ambiente de iguales en general. Finalmente, están como fuente de socialización secundaria los medios de comunicación. Esta teoría afirma que son una importante fuente de socialización para muchas personas en la adquisición de normas culturales, siendo la exposición muy grande por parte de todas a través de periódicos, revistas, televisión, vídeos, discos, libros, etc. La 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, la escuela y los iguales, aunque reconoce que puede también ejercer una información normativa que puede afectar a las normas y a la conducta de modo directo, aunque éstas se hayan inculcado desde estos tres factores. De ahí que se considere una 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 en el caso de 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, influye directamente en 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 también influye en 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.

Cuadro 5.1. *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.
-
-

Los conocimientos y las 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 contribuyen a ello las fuentes de socialización secundaria ya vistas. Un problema importante aparece cuando surgen subculturas, que 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.

5.3. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura

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 el que lleva a cabo la conducta. Su relevancia la muestra el hecho de que distintas teorías sobre el consumo de drogas se han fundamentado en la teoría del aprendizaje social, como uno de sus elementos, o han utilizado componentes de la misma, para fundamentarlas. Por otra parte, esta teoría ofrece un modo idóneo de poder conceptualizar el problema de la dependencia a las distintas sustancias, considerando los diferentes elementos que llevan a su inicio, al mantenimiento o al abandono de las mismas.

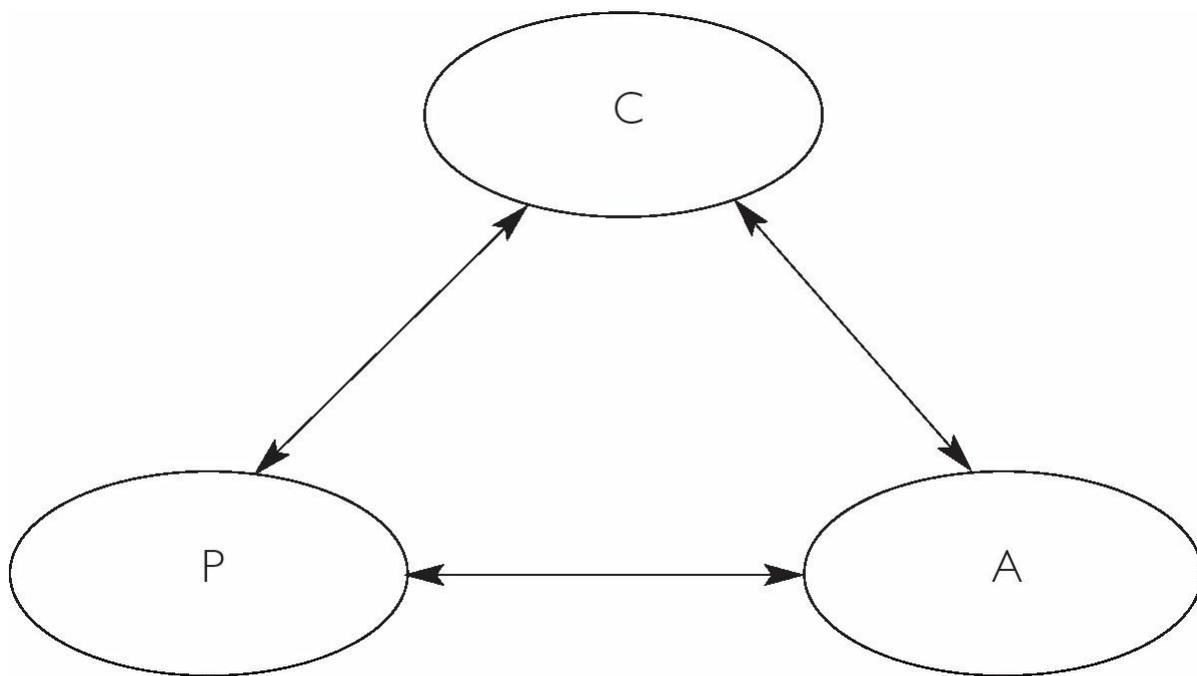
La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Bandura (1977b, 1986), que realizó la gran aportación de incluir el aprendizaje social, vicario o de modelos, junto a la técnica del modelado, que como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas. Más recientemente, el propio Bandura ha redenido a la teoría del aprendizaje social como teoría cognitiva social (Bandura, 1986, 1995, 1997), en la cual el elemento central es el concepto de *autoeficacia*, como elemento cognitivo fundamental para poder explicar la conducta, aunque sin dejar de considerar al tiempo las otras variables ya indicadas.

De modo semejante a la teoría de la socialización de Oetting, la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social se fundamenta en datos empíricos, especialmente los principios del aprendizaje, clásico, operante y vicario, las cogniciones, las características de la persona y la cultura, así como los elementos básicos que explican la conducta de un individuo.

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 del 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 del condicionamiento operante o instrumental; y 3) el tercero lo constituirían los procesos cognitivos 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 5.2).

Junto a los procesos de aprendizaje mediante el condicionamiento clásico y el operante, Bandura introduce al mismo nivel el aprendizaje vicario o mediante modelos. Basándose en él ha realizado estudios de gran relevancia (p. ej., Bandura y Walters, 1963), especialmente en el aprendizaje de la conducta violenta y agresiva. El aprendizaje vicario, observacional o mediante modelos es un tipo de aprendizaje que se define como “el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo –el modelo– actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo” (Perry y Furukawa, 1987, p. 167). Para que pueda producirse el aprendizaje por observación es necesario que se produzca también la adquisición de esa conducta simbólica. Esto acontece si la persona presta atención y tiene capacidad para 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 esta probabilidad disminuye. 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 de 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 (p. ej., mediante películas de vídeo).



C = Conducta
P = Factores personales y cognitivos
A = Influencias ambientales externas

Figura 5.2. Componentes de la teoría del aprendizaje social y de la teoría cognitiva social.

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 cada uno de estos elementos opera de modo interactivo como determinantes de los demás. 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 funcionan 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 distintos.

La relativa influencia ejercida por los tres tipos de factores interactuantes variará para diferentes actividades, diferentes individuos y diferentes circunstancias. Por 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 solo de ellos. Los tres factores no interaccionan 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 factores ambientales la que ha recibido una 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 la 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 la 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 reflexiona 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 integradas en 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 cognitiva social es la teoría de la autoeficacia de Bandura (1977a, 1977b, 1982, 1995). Este autor (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 sería la autoeficacia. Bandura (1977a) distingue dos tipos de expectativas: las de resultado y las 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 cognitiva social tiene que ver con las técnicas que utiliza. Como ya se ha apuntado, Bandura ha destacado, entre otras muchas cosas, por sus estudios sobre el aprendizaje vicario y, deducidas del mismo, las técnicas de modelado. Pero, aparte, su teoría ha integrado el condicionamiento operante, condicionamiento clásico, y ha abierto el camino cognitivo (p. 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 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. Especialmente en los últimos años, Bandura (1995) ha insistido en el concepto de autoeficacia, como el elemento central, más importante y explicativo de la adquisición, el mantenimiento y el cambio de la conducta. 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. Esta teoría tiene como núcleo central las percepciones que poseen 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.

Esta teoría 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 alusión a la autoeficacia percibida.

Bandura (1977a) le ha dado mucha importancia a la distinción entre percepciones de autoeficacia y expectativas de resultado. Las primeras se refieren a aquellas percepciones de las que uno es capaz de realizar un tipo dado de ejecución, mientras que las segundas 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 humanos (Bandura, 1989).

Una vez que uno toma parte en una actividad, las percepciones de autoeficacia afectan al grado de esfuerzo y a la persistencia de la tarea. Las personas con un sentido de la 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 autoeficacia afectan a las atribuciones que se hace la gente sobre los resultados logrados. 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).

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 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 por el hecho de 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).

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 solo 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 cómo la autoeficacia es un determinante de la conducta, ya que a partir de la misma es posible predecirla. Por ejemplo, distintos estudios han mostrado cómo la autoeficacia influye en la motivación y en la ejecución.

Como resumen de todo lo anterior, se puede decir que 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 la otra; 3) los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo (p. 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 habilidades de afrontamiento alternativas.

5.4. Modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins

El modelo del desarrollo social, enunciado 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 del control, la del aprendizaje social y la de la asociación diferencial. Hipotetiza que los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial son similares (Catalano y Hawkins, 1996; Hawkins y Weiss, 1985).

El objetivo del modelo es explicar y predecir el comienzo, escalada, el mantenimiento, la desescalada y el abandono o desistir de llevar a cabo aquellas conductas que causan una preocupación para la sociedad, como la delincuencia y el uso de drogas ilegales. Las denomina conductas antisociales 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.

Otorga una 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 dentro del individuo, en la familia, en la escuela, en el grupo de iguales y en la 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 se sabe 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 se sabe que hay importantes factores de protección que funcionan de modo semejante e independiente de los factores de riesgo.

Los tres elementos básicos que incorpora el modelo de desarrollo social son la inclusión tanto de la conducta delictiva como la del uso de drogas en un mismo modelo; una perspectiva de desarrollo, lo que lleva a submodelos específicos para las distintas edades: Educación Infantil, Primaria y Secundaria; 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, los individuos 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 sirve para las acciones futuras. Esto se basa en la teoría de la asociación diferencial. La segunda 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, cuando fue formulado por Hawkins y Weis (1985), integraba la teoría del control y la del aprendizaje social. Esta primera formulación daba una gran relevancia al proceso de socialización, donde no sólo le otorgaba peso a la familia sino también a los iguales y a la escuela, los cuales influirían en la conducta tanto directa como indirectamente. Los procesos de oportunidades para implicarse, habilidades y reforzamientos llevan o no al apego y al compromiso con la sociedad convencional. En sus formulaciones más recientes (p. ej., Catalano *et al.*, 1996; Catalano y Hawkins, 1996) consideran al modelo del desarrollo social como el resultado de la síntesis de la teoría del control (p. ej., Kornhauser, 1978), la del aprendizaje social (Akers, 1977, Akers *et al.*, 1979; Bandura, 1973, 1977) y la de la asociación diferencial (Matsueda, 1988). De ello se deduce que la familia, 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 de la conducta de ajuste (conformarse). La teoría del aprendizaje social se aplica 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 se usa para identificar los 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, su grupo de iguales y otras instituciones comunitarias. 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, se desarrolla un vínculo social entre el individuo y el agente de socialización. Cuando este vínculo está fuertemente establecido, él mismo tiene el poder de afectar a la conducta de forma independiente, creando un

control informal sobre la conducta futura. Este control inhibe las conductas desviadas a través del establecimiento de una apuesta individual para conformarse con las normas y los valores de la unidad socializante.

Para el modelo del desarrollo social, hay dos posibles vías, una prosocial y otra antisocial. En la [figura 5.3](#) puede verse un ejemplo del modelo aplicado a la predicción del consumo de drogas desde los 9-10 años hasta los 17-18. En este caso, el modelo predice adecuadamente el consumo de una a otra edad. Como el mismo expone, si predominan las influencias prosociales, resulta la conducta prosocial; cuando predominan las influencias antisociales, resulta la conducta antisocial. Los elementos que las modulan son las habilidades para la interacción, la creencia en el orden moral, los refuerzos y el vínculo, en este caso prosociales. En el caso de la vinculación antisocial las variables predictoras son las contrarias. Las vías son, por tanto, separadas para uno y otro tipo 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 al nivel en el que el sujeto se implicará en la misma. También asume que la implicación e interacción preceden a 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 el que las implicaciones e interacciones sean reforzadas positivamente o sean vistas como reforzamientos percibidos. El cuarto, atañe al apego y compromiso para los otros y las actividades prosociales. Dado que ésta depende del nivel de reforzamiento percibido, entonces los factores que mejoran el reforzamiento y la percepción del mismo 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. Éstas incluyen la habilidad de identificar, expresar y manejar sentimientos; el control de impulsos; el afrontamiento del estrés; la lectura y la interpretación de los indicios sociales; la solución de problemas y la toma de decisiones; el conocimiento de las normas de conducta; la ejecución de tareas tales como el trabajo académico; y la comunicación verbal.

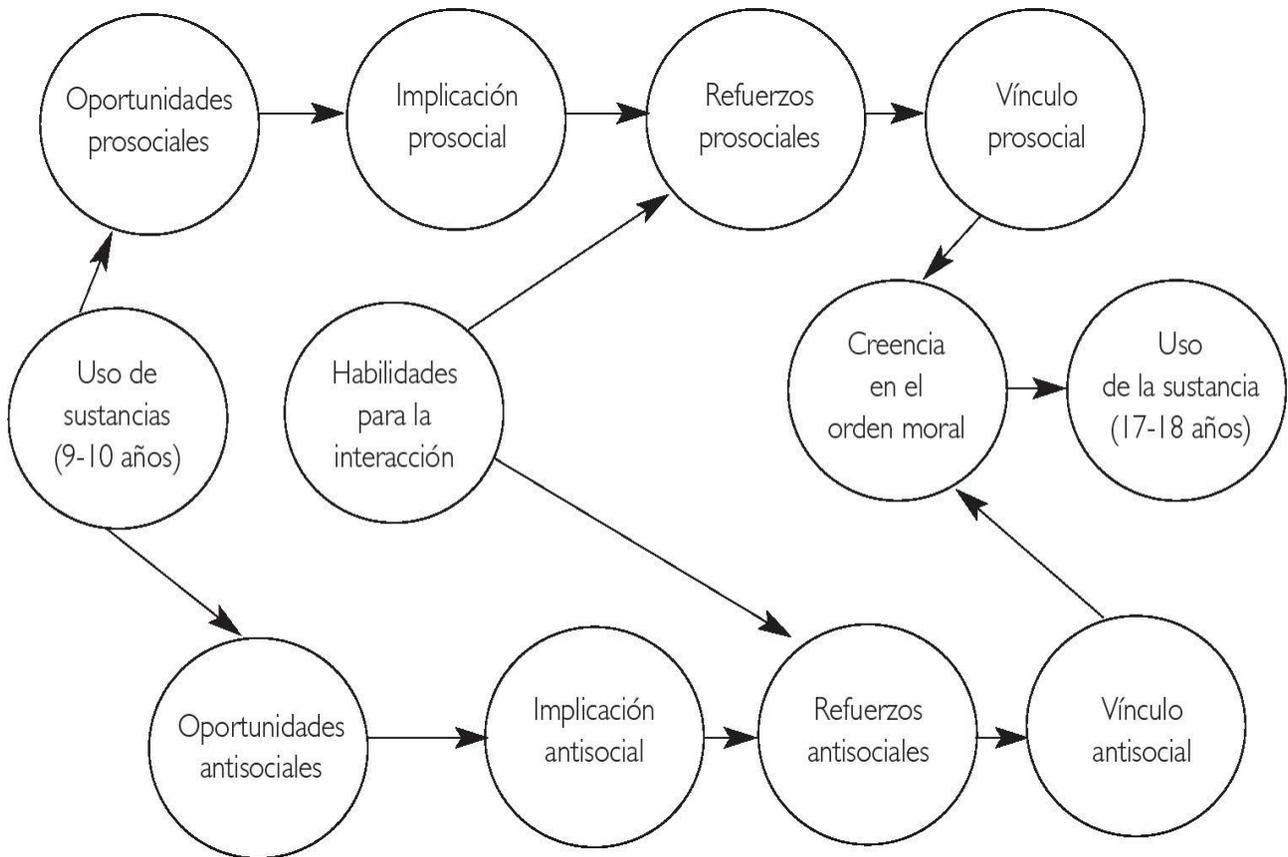


Figura 5.3. Cómo se llega a consumir o no drogas según la teoría del desarrollo social.

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

La teoría hipotetiza que la conducta del individuo será prosocial o antisocial dependiendo de las conductas, las normas y los 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 bien 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 como la familia, la escuela, la comunidad o los iguales, que tienen creencias o valores antisociales. Esto le llevará a creer de una manera consistente en las normas y los valores de estos grupos.

En la otra vía, la conducta antisocial, los pasos son semejantes pero inversos a los anteriores. Mientras que en los primeros se inhibe la conducta antisocial, con los que se van a tratar a continuación 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: 1) los refuerzos percibidos para la interacción y la implicación en conductas antisociales seleccionadas, 2) el apego y el 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 examinada, en la antisocial, el primer concepto es el de las 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 cómo 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 a la hora de 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 el compromiso antisocial tendrían un efecto directo, positivo, sobre su implicación en la conducta antisocial. Esto lleva luego a interiorizar la aprobación normativa de la conducta antisocial. Y más tarde a generar en los individuos normas de conducta que abogan por comportamientos 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 considera como un elemento conductor, es que incorpora una perspectiva de desarrollo. Otorga un peso muy importante al proceso de socialización y al contexto donde se produce, desde el nacimiento, la etapa preescolar, la escolar y así en adelante. Además, existen evidencias de efectos recíprocos de que las conductas pasadas afectan a las futuras actitudes y de conductas, y de 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 los cambios en los ambientes sociales más que por las etapas del desarrollo cognitivo o moral. Estos períodos de desarrollo incluyen la etapa de la Educación Infantil, la Educación Primaria y la Secundaria. Cada cambio implica transiciones, con mantenimientos y modificaciones, y se va ejerciendo 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, ya que es posible que los eventos vitales específicos y el ajuste a contextos sociales cambiantes durante la adolescencia y la adultez puedan modificar el curso de la conducta antisocial a lo largo del tiempo. 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.

Los datos empíricos de este modelo son buenos. Por ejemplo, Catalano *et al.* (1996) evaluaron la eficacia de su modelo en chicos de 17 y 18 años de edad sobre el consumo de drogas. Éstos 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). Mediante la técnica de pathanálisis, encontraron que el consumo previo y las variables de su modelo predecían significativamente el consumo posterior casi diez años más tarde.

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 (p. ej., Catalano *et al.*, 1996) llegan a afirmar que es posible intervenir en todos los pasos del mismo, aunque ello exija intervenciones múltiples al incluir variados 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 campo potencial de intervención; 2) puede ser necesario tener que utilizar intervenciones múltiples debido a que hay multitud de 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 fomentar los procesos que promuevan la conducta prosocial así como interrumpir aquellos que lleven a la conducta antisocial; 4) la influencia del vínculo previo y la conducta sobre la futura actitud sugiere la importancia de intervenir tempranamente en el desarrollo; 5) las intervenciones deberían ser apropiadas a cada etapa de desarrollo (ellas deben afectar a las unidades de socialización primaria operativas en el período 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 se obtendrá en la conducta posterior. Éste es el objetivo básico que pretende la prevención tanto en éste como en otros problemas.

5.5. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor y teoría de la conducta de

riesgo de los adolescentes de 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 en el campo de las drogodependencias, y recientemente ha realizado algunas reformulaciones, a partir de las cuales ha elaborado una nueva teoría, la de la conducta de riesgo de los adolescentes (p. ej., Jessor, 1992, 1993). En uno y otro caso, constituyen teorías de gran importancia 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 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 abuso de drogas. Por conducta problema entienden aquella que está socialmente 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, 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 externo por ser socialmente desaprobada por las instituciones de autoridad, por medio de 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 manifestación 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 este tipo de conducta o la probabilidad de que ésta ocurra (Jessor y Jessor, 1977) (véase [figura 5.4](#)). 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 la experiencia social. Por ambiente consideran los apoyos, influencias, controles, modelos y expectativas de otros, y que tienen como característica que pueden ser conocidos o percibidos, adquiriendo así 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 se incluyen en los tres sistemas explicativos. En ellas se integran tanto las características demográficas como el proceso de socialización.

Dentro de las características demográficas se considera la educación de los padres, la ocupación de los mismos, su religión 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 se incluyen las creencias tradicionales de los padres, su religiosidad y la tolerancia o intolerancia frente a la desviación por parte de la madre. Dentro del clima familiar se 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 televisión.

El sistema de personalidad está formado por tres componentes: la estructura de instigación-motivacional, la de las creencias personales y la del control personal. Por la primera se refieren a la orientación decisional de la acción, o a 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 (véase la [figura 5.4](#)). 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 el primero en relación con la segunda. 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 cercanas a la conducta real.

Según esta teoría, es clave la relación entre instigaciones y controles. Del equilibrio o desequilibrio entre unas y otras va a depender llevar a cabo o no la conducta problema. Los elementos que facilitarían con más probabilidad el que se produjese esta conducta serían el bajo rendimiento académico, dar un alto valor a la independencia, dar más valor a ésta que al rendimiento académico, tener bajas expectativas con respecto a este último, mayor crítica y alienación social, una baja autoestima, un locus de control externo, una mayor tolerancia actitudinal hacia 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 cómo la persona capta ese ambiente, distinguiendo una estructura distal y otra próxima, según la conducta esté más cercana o más lejana a la realización práctica de una conducta concreta. Dentro de la estructura distal considera los apoyos y los controles percibidos de los padres y de los amigos, la compatibilidad y la influencia entre estos dos grupos. Estos seis elementos se relacionan con la conducta problema dependiendo de cómo se perciban

los apoyos y controles, la mayor influencia de los padres o de los amigos, y la concordancia o conflicto entre padres y amigos tal y como es percibida por el 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 uno 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 ese tipo de conducta.

De lo anterior es fácilmente deducible quién se implicaría y quién no en las conductas problema, especialmente referidas al consumo de drogas. Concretamente, en la estructura distal se facilitaría el consumo posterior 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 éstos para 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 se expuso 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, rechazar 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 las 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 las más importantes, la asistencia a la iglesia y el buen rendimiento académico.

Esta teoría ha recibido apoyo para el consumo de marihuana, especialmente para aquellos que comienzan o no a consumirla, considerando que el elemento que mejor distingue a un grupo de otro es el de “convencionalidad-no convencionalidad” (Jessor, 1980). En una publicación reciente (Jessor, 1998) pueden verse los estudios más representativos acerca de la misma.

Cuadro 5.2. *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 hacia 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 hacia 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

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 facilitará 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 trabajado para extender su teoría a distintas conductas y problemas (p. ej., Donovan, Jessor y Costa, 1991), revisa la evidencia empírica de la teoría de la conducta problema a lo largo de los últimos veinte 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 modelo, explican del 47% al 62% de la varianza explicada en la frecuencia del consumo de marihuana. A su vez, de esas variables, 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 u otras drogas ilegales no explican mayores porcentajes. Por ello, Donovan (1996) reconoce que quizá con la inclusión de alguna variable adicional de factores de riesgo hoy conocidos (p. ej., búsqueda de sensaciones, impulsividad, estrés, ira, ansiedad, depresión, estilo de educación, etc.), podrían mejorar el valor de predicción de esta teoría. De modo semejante, reconoce la necesidad de evaluar los factores previos a la realización de la evaluación, a partir de los 12 o 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 se conozcan estos factores y se tengan claramente delimitados y definidos más fácilmente será posible intervenir en ellos.

Sí es relevante apuntar que tanto en adolescentes como en adultos jóvenes hay importantes relaciones entre las distintas conductas problema y modelos como este y otros así lo han demostrado, de ahí que hayan sido útiles para evaluar de modo genérico este tipo de conductas, varias de ellas, más que una específicamente. En esta línea, la nueva teoría propuesta por Jessor, 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 desde el punto de vista predictivo.

Más recientemente, Jessor (1991) ha propuesto, a partir de la anterior, la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes. Se basa en la ciencia conductual del desarrollo (véase 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.

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 también de riesgo (véase la [figura 5.4](#)). 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 para mantener a 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 una 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 determinante factor de riesgo, superando viejas dicotomías como la insistencia únicamente en los factores de riesgo biológicos, dado que la conducta que llevan a cabo muchas personas (p. ej., fumar) es la causa de enfermedades específicas (p. ej., cáncer de pulmón) o tiene una importante relación con su aparición (p. ej., trastornos cardiovasculares). De ahí que conocer la conducta que actúa como factor de riesgo, sus antecedentes y sus consecuentes, se convierta en una tarea esencial para evitar la morbilidad y mortalidad posteriores.

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. Por ejemplo, es necesario conocer las funciones sociales y personales que cumple el consumo de drogas y qué alternativas existen para el abandono del mismo. Conociendo esto se verá si es posible o no el cambio en aquellas personas que presentan un mayor riesgo de consumo.

Una definición que llega a dar Jessor (1991) para la conducta de riesgo 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 lo buscan deliberadamente. Por ello, cree que con ellos 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 un 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 comportamiento que esté relacionado con el desarrollo del adolescente. Esto conduce, entonces, a una visión más general desde el punto de vista conceptual.

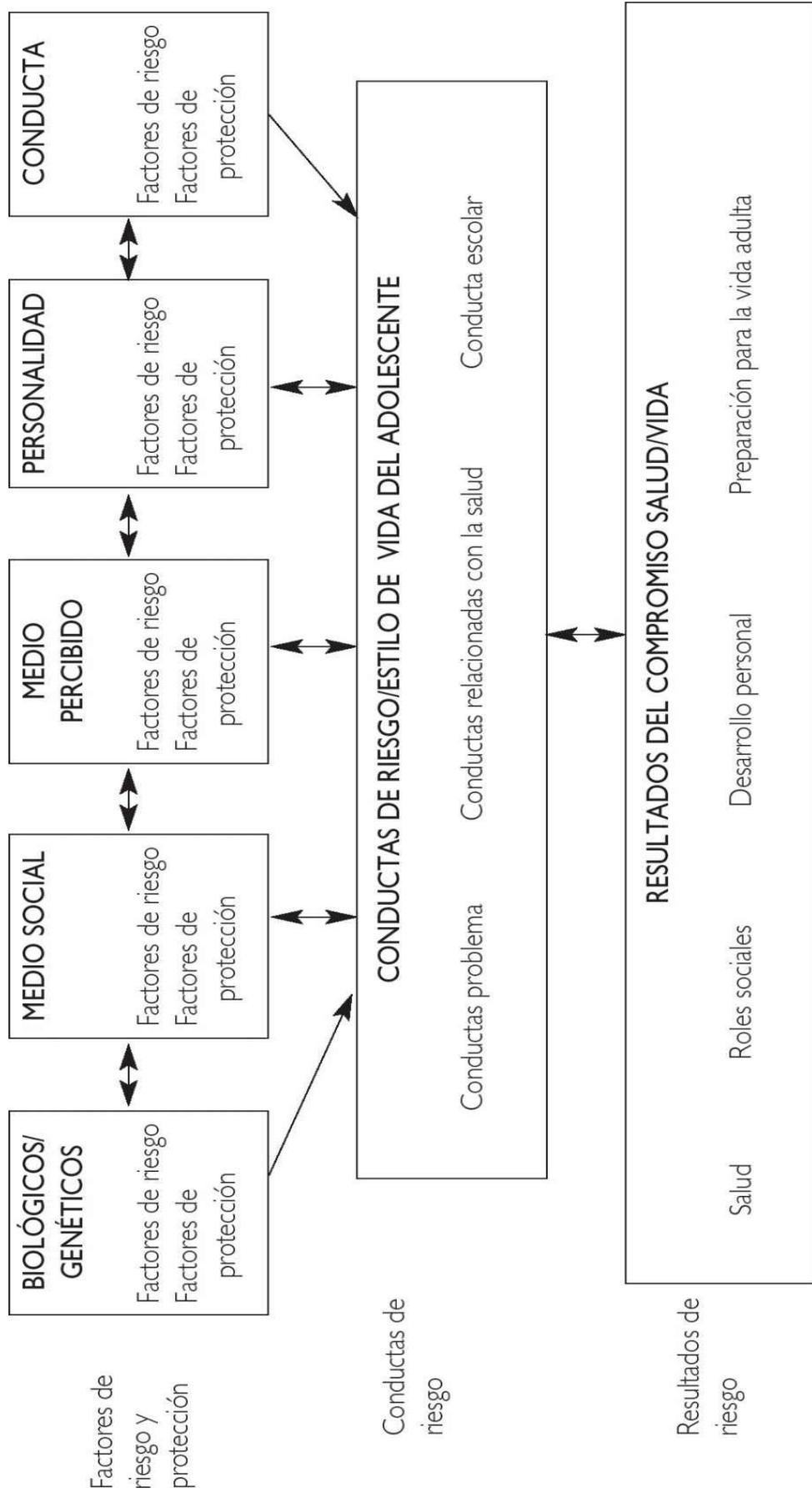


Figura 5.4. Marco conceptual para la conducta de riesgo en adolescentes, considerando los factores de riesgo y protección, las conductas de riesgo y los resultados del riesgo, en el modelo de Jessor (1992).

Otro aspecto que Jessor considera, en la línea de lo anterior, es la estructura y la organización de las distintas conductas de riesgo en la adolescencia. El hecho de que aparezcan separadas 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, el abuso de alcohol, la delincuencia y la sexualidad precoz (Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa y Turbin, 1995). Realmente, estas estructuras de conducta, consideradas en conjunto, 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 él considere 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 biológicos/genéticos considera la historia familiar de alcoholismo y, de los de protección, la alta inteligencia. Dentro del medio social considera como factores de riesgo la pobreza, la anomia normativa, la desigualdad racial y las oportunidades ilegítimas; de protección, las escuelas de calidad, la familia cohesionada, disponer de recursos vecinales y contar con 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 los altos controles de la conducta desviada. Dentro de la personalidad, como factores de riesgo considera la percepción de pocas oportunidades, la baja autoestima y la propensión a correr riesgos; 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 figuran los problemas con el alcohol y el bajo rendimiento escolar; de protección, la asistencia a la iglesia y la participación 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 los 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 este tipo. 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 (p. 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 bibliografía científica sobre ellos (p. 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 sí 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 el 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, el absentismo escolar, el abandono de la escuela y el consumo de drogas en la misma.

Finalmente, la teoría de Jessor presenta los resultados del riesgo, que conceptúa como los del compromiso salud/vida, donde considera la salud (dolencias/enfermedades, baja condición física), los roles sociales (fracaso escolar, aislamiento social, problemas legales y 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 y 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 quizá 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, en concreto de 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 (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 su tráfico. Para él es básica 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 debiera 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 ofrece su teoría son cuestiones de política económica y 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 integradora de varios saberes que han hecho aportaciones relevantes al campo de la etiología y la prevención de las drogodependencias en las últimas décadas.

5.6. Modelos, teorías y base empírica: un buen camino para el futuro

En los últimos años se ha dado un gran salto en lo que atañe a la elaboración de modelos y teorías para explicar el consumo de drogas. Éste ha sido un hecho sumamente positivo, porque los mismos se han basado en datos empíricos, no en meras conjeturas. También, la existencia de distintas teorías ha facilitado saber más adecuadamente qué investigar, cuáles son las variables más relevantes que hay que buscar y cuál es el camino más idóneo para poder explicar mejor la conducta del consumo de drogas y, en contraposición, el no consumo de drogas. Este camino parece que va a ser una de las líneas más relevantes para los próximos años, como lo reflejan los datos de los últimos tiempos.

Hoy está claro que disponer de una buena teoría, o seguir una teoría que tenga un adecuado apoyo empírico tiene muchas ventajas, como han indicado, entre otros, Becoña (1999), Flay y Petraitis (1995), Jessor (1992), etc. Por ello, en los últimos años hemos asistido a una etapa de gran desarrollo de modelos y teorías explicativas aplicadas al campo de las drogodependencias y a otros campos. Con ello se ha facilitado la guía de la investigación y la obtención de resultados consistentes en estos años. Así se ha podido conocer mejor la etiología del consumo de drogas y ha sido posible desarrollar programas preventivos orientados a metas concretas y con objetivos claros. De ahí que hoy podamos afirmar sin ningún tipo de dudas que disponemos de programas preventivos eficaces, facilitados en grado importante por este movimiento de sistematización que ha dado claros frutos en estos últimos años.

Quizá el aspecto más relevante que ha llevado a todo lo anterior es el aumento de la

aplicabilidad de los modelos y las teorías explicativas, tanto para la realización de estudios epidemiológicos, como para los trabajos sobre los factores de riesgo y protección y, lo más importante, que con ellos podamos tener un marco conceptual para la aplicabilidad de los programas preventivos. O, a través de ellos, poder mejorar los existentes. También, de cara al tratamiento, la disponibilidad de teorías y modelos bien evaluados permite conocer mejor la etiología de los trastornos adictivos que padecen las personas que acuden a tratamiento, facilitándose también su curación y el desarrollo de nuevas terapias, especialmente las psicosociales.

Por ejemplo, hoy se sabe que tener varios factores de riesgo para el consumo de drogas incrementa el riesgo de consumirlas. Al mismo tiempo, se sabe que el disponer de varios factores de protección guarda a la persona de consumirlas. Este hecho que hoy nos puede parecer de lo más evidente, no lo era así hasta hace escasos años o incluso no se ha generalizado del modo que se debía este tipo de conocimiento, especialmente por la dificultad existente, incluso hoy, para disponer de adecuados instrumentos para evaluar los factores de riesgo y de protección. Los modelos teóricos han facilitado el disponer del marco que ha llevado a descubrir y organizar los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Con ello se han realizado estudios empíricos, se han detectado distintos factores de riesgo y protección, tanto de tipo individual, como escolar, social, familiar, etc., y, con ello, se ha podido abordar más efectivamente el modo de potenciar los factores de riesgo y disminuir los de protección. Los resultados a partir de los mismos, hasta el momento, han llegado a ser útiles y de gran aplicabilidad.

En los próximos años es necesario seguir profundizando en esta cuestión, mejorando los modelos y las teorías existentes, investigando más detenidamente los distintos componentes propuestos en los diferentes modelos y contrastar en la práctica, desde el punto de vista preventivo especialmente, la adecuación de cada uno de los modelos disponibles. Porque los modelos tienen que ser una adecuada representación de la realidad, no una realidad abstracta. De ahí que los datos empíricos y los modelos vayan unidos y estos últimos lleven a ser comprobados mediante los primeros y los resultados empíricos faciliten cambios en los modelos para adecuarlos al mundo real.

5.7. Resumen

En los últimos años se han propuesto distintos modelos y teorías explicativas en el campo de las drogodependencias. Éstos se han validado mediante trabajos de campo para explicar el consumo de drogas, tanto a corto como a largo plazo, en estudios de seguimiento. Se analizan los más relevantes en el campo de las drogodependencias, como son el modelo evolutivo de Kandel, la teoría de la socialización primaria de Oetting y sus colaboradores, la teoría del aprendizaje social y la teoría cognitiva social de Bandura, el modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins y la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor y la teoría de la conducta problema de los adolescentes de Jessor. Junto a

la descripción de cada una de ellas, se expone el apoyo teórico y práctico de las mismas. Se concluye indicando que éste es un buen camino, que hasta ahora ha dado importantes frutos, y que en los próximos años es previsible que los siga dando, tanto para conocer mejor la etiología del consumo de drogas como para el desarrollo más efectivo de los programas preventivos en drogodependencias.

Caso práctico: “Un programa de prevención comunitaria de drogodependencias en el ámbito municipal”

A continuación se presenta un caso práctico basado en un programa de prevención comunitaria de drogodependencias en el ámbito municipal. Se ha elegido un programa preventivo comunitario por diversas razones entre las que destacan tres: en primer lugar, la prevención constituye hoy día la máxima prioridad de intervención para la práctica totalidad de las instituciones nacionales e internacionales que trabajan en el campo de las drogodependencias; la segunda razón es la complejidad de análisis y toma de decisiones que exige un programa de esta naturaleza, lo que posibilita la convergencia en un mismo caso de un gran número de conocimientos, recursos y estrategias que han sido tratados a lo largo de este manual, y, finalmente, la escasa bibliografía existente en nuestro país sobre la planificación, el desarrollo y la evaluación de este tipo de programas, por lo que esperamos contribuir a la mejora y al incremento de la formación en esta área.

El método del caso es un procedimiento pedagógico que ofrece interesantes posibilidades: desde el análisis riguroso de la realidad concreta de los hechos que configuran una situación hasta la habilidad para descubrir lo que hay que hacer ante esa situación y la generación de alternativas coherentes con las cuestiones planteadas. En esta ocasión la resolución del caso se ha organizado siguiendo el proceso lógico que se lleva a cabo en la planificación de un programa preventivo convencional. Para ello se han utilizado diferentes fuentes existentes en la bibliografía sobre prevención (p. ej., Cazares y Beatty, 1994; CSAP, 2001; Kröger, Winter y Shaw, 1997; NIDA, 1997; Plan Nacional sobre Drogas, 1996; Alvira, 1991, etc.). De ellas queremos destacar principalmente dos, tanto por su interés técnico como por su valor como modelos de referencia institucional: la “Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias” (Kröger, Winter y Shaw, 1997) editada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y los “Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias” (Plan Nacional sobre Drogas, 1996)

aprobados por el Plan Nacional sobre Drogas en el seno de la Comisión Interautonómica del mismo. En ambos documentos se recogen y se explican las diferentes fases que ordenan la resolución del siguiente caso práctico y una parte nada desdeñable de las consideraciones que las acompañan.

Sin embargo, a pesar de sus indudables ventajas, esta metodología de caso tiene también claras limitaciones; así, restringe lógicamente el número de opciones que se pueden elegir en cada momento en función de las necesidades y las exigencias del caso específico y sesga la naturaleza de las actuaciones. Para minimizar estas limitaciones, hemos elegido una estrategia que, aunque resta alguna agilidad al estudio del caso, ayuda en su contextualización. Consiste en introducir cada fase con una serie de reflexiones de carácter general donde se contemplan gran parte de las posibles alternativas que pueden barajarse en cada momento. Después, lógicamente, se profundiza exclusivamente en aquella que se ha elegido como más adecuada al caso.

El supuesto en el que se sustenta el caso ha sido extraído de un municipio español real, de tamaño mediano y con una problemática notable en cuanto a consecuencias generadas por el problema de las drogodependencias. Obviamente, también se han introducido algunos datos y precisiones que facilitan el objetivo pedagógico que se persigue.

La estructura del estudio de caso se atendrá al siguiente esquema de trabajo:

1. Definición del problema y actuaciones que se pueden poner en marcha para solucionarlo.
 - 1.1. ¿Cuál es el problema?
 - 1.2. ¿Qué podemos hacer?
2. La explicación del fenómeno: ¿Por qué se consumen drogas?
 - 2.1. La explicación del consumo de drogas
 - 2.2. Factores responsables del consumo continuado de drogas
3. La necesidad de una intervención preventiva
4. La delimitación del grupo o grupos objetivo
5. Objetivos de nuestra intervención
6. Métodos y técnicas específicas de intervención
7. Recursos disponibles
8. Evaluación
9. Difusión de resultados
10. Análisis de todo el proceso, detección de puntos fuertes y débiles del programa y nuevas propuestas de actuación

6.1. Definición del problema y actuaciones que se pueden poner en marcha para solucionarlo

6.1.1. ¿Cuál es el problema?

Villafuerte es una ciudad española situada en el centro de nuestro país. Con una población de 113.000 habitantes, aproximadamente dos veces y media más de los que tenía en 1960, se desarrolló con el crecimiento económico, la industrialización y la inmigración a principios de los años setenta.

La ciudad posee varios núcleos de población dispersos, alguno de ellos hasta cinco kilómetros del centro urbano.

Los Servicios Sociales de la ciudad surgen a mediados de los años ochenta y, tras pasar una etapa de definición y articulación de sus funciones, comienzan a finales de esta década a planificar medidas globales de actuación.

Entre sus primeras tareas, en el año 1989 se llevó a cabo un estudio amplio de la realidad social del municipio, que dio pie a la puesta en marcha de medidas de atención a la población en condiciones desfavorables (parados, población marginal de un asentamiento chabolista del barrio, tercera edad, etc.). En 1995 se implantó un programa de educación para la salud en centros educativos, entre cuyos fines estaba la prevención primaria del consumo de drogas.

Debido a la evolución del fenómeno de las drogas en los últimos años, la aparición de patrones específicos de consumo de ciertas sustancias y el surgimiento de nuevos tipos de drogas entre la población juvenil, a finales del año 1997 se propuso la realización de un estudio de consumo más amplio y específico que arrojara datos para planificar acciones más rigurosas y efectivas en este terreno. Esta prioridad se estableció teniendo en cuenta que la tasa de población entre 10-18 años representaba el 30% de la población total del municipio.

Partiendo de los datos de un estudio que se realizó en el año 1990 sobre toda la Comunidad Autónoma, aparecía como una de las poblaciones con mayor indicación de riesgo alcohólico. El porcentaje de población que consume más de 70 cc de alcohol puro al día es superior a la media de la Comunidad Autónoma (a partir de esta cifra se considera el consumo de riesgo o de alto riesgo).

Respecto al consumo en el ámbito juvenil, estudiadas las variables de frecuencia e intensidad de consumo de alcohol, también se encuentra por encima de la media en ambas respecto a los datos globales autonómicos. El consumo de tabaco está en la media de la Comunidad Autónoma, siendo de un 24% en la franja de edad de los 15 a los 19 años y de un 41% en los de 20 a 24 años, sin diferencias por sexos.

El consumo de otras drogas ilegales se sitúa en la media, como es el caso del cannabis, y por debajo de ésta en el caso de la heroína y la cocaína. Sin embargo, la existencia de un punto de venta de heroína y cocaína en un asentamiento marginal de la

ciudad, al que acuden drogodependientes de distintos puntos de la Comunidad Autónoma, hace que la percepción del riesgo por parte de la población adulta sea muy alta y la alarma social se centre casi en exclusiva sobre estas drogas.

El estudio de patrones de uso del alcohol entre la población juvenil aporta la siguiente información:

- El consumo se produce casi en exclusiva durante el fin de semana en la población de menor edad (14 a 17 años), manteniéndose entre semana sólo en la franja de edad de 18-25 años.
- El consumo afecta casi por igual a ambos sexos, aunque se muestra ligeramente superior en cantidad bebida/noche en los varones.
- El contexto de uso se circunscribe a espacios de ocio, especialmente en una zona del centro que agrupa a la mayoría de los bares para jóvenes, pubs y discotecas de la localidad. Generalmente se trata de un consumo grupal, con estándares concretos de bebida compartida en grandes recipientes a bajo coste, que se toma en muchas ocasiones fuera de los locales, en la calle, y combina diversos tipos de alcohol (cerveza y combinados de vino o bebidas de alta graduación con refrescos).
- En cuanto a la percepción de riesgos, de un total de 150 jóvenes entrevistados de entre 14-25 años, el 75% no cree que su consumo de alcohol sea problemático o pueda derivar en una dependencia alcohólica en el futuro.
- Las motivaciones que se señalan en orden de importancia para justificar el consumo de alcohol son: para divertirse; porque lo hace la mayoría; porque te hace sentir mejor, facilita las relaciones y desinhibe en el contacto con los otros; por ausencia de otras alternativas; por ser un comportamiento diferenciador de la sociedad adulta; no sabe muy bien por qué.
- Se detecta que un porcentaje reducido de esta población (un 10%), especialmente el grupo de mayor edad dentro del colectivo (jóvenes entre 18-25 años) manifiesta que usa otras drogas como cannabis, drogas de síntesis y, en menor medida, cocaína.
- El 19% ha tenido en alguna ocasión problemas derivados del abuso de alcohol (intoxicación grave, accidentes de tráfico, riñas y peleas) y al 30% le gustaría beber menos.

En cuanto a las familias, la mayoría (78%) dice conocer de las drogas por los medios de comunicación, no habiendo recibido ninguna formación especializada en este tema. La percepción y las actitudes hacia ellas se resumen en lo siguiente:

- Las drogas realmente peligrosas son las ilegales.
- Un porcentaje importante de padres y madres fuman (35%) y beben alcohol (45%) en casa.

- El alcohol no se percibe como una droga.
- Los padres de hijos comprendidos en las edades del estudio precedente, no creen que sus vástagos abusen del alcohol, aunque la mayoría desconoce el número de copas que pueden tomar en una noche.
- No son demasiado restrictivos por norma general en el cumplimiento de horarios de llegada a casa los fines de semana, y aunque reconocen que cada vez se vuelve más tarde, se acepta porque los amigos de los hijos llegan a las mismas horas.
- La mayoría opina que la prevención del consumo de drogas debería hacerse en la escuela, donde hay profesionales formados para transmitir información sobre los peligros derivados de consumirla.

El medio escolar del municipio está constituido por diez colegios de Enseñanza Primaria y seis centros de Enseñanza Secundaria. En secundaria están matriculados el 80% de la población de esta edad. El 20% restante se considera población de riesgo en la medida en que se desmarcan de la actividad educativa después de procesos de desadaptación y fracaso escolar. La información con la que cuentan los Servicios Sociales Municipales indica que estos jóvenes no poseen ninguna actividad definida (la mayoría no trabaja o colabora en algún negocio familiar) y pasan la mayor parte del día en la calle con otros amigos en situación similar.

En los centros de secundaria, sólo en uno de ellos se han realizado el curso pasado algunas sesiones informativas sobre el tema de las drogas, llevadas a cabo por la orientadora del centro, persona motivada por este asunto porque asistió a un curso de prevención escolar. La falta de implicación de la dirección y el claustro de profesores no le permitió realizar un programa más amplio.

En cuanto a los equipamientos de la ciudad, además de los ya nombrados, cuenta con una Residencia Sanitaria privada y dos Centros de Salud, dirigidos y formados por sendos equipos de profesionales interesados en poner en marcha medidas de salud comunitaria, pero que no han encontrado la fórmula para establecer contactos con la comunidad.

Dispone desde hace años de un centro asistencial para drogodependientes en la citada Residencia Sanitaria, en las dependencias destinadas a las especialidades. Está compuesto por un médico, un psicólogo, un DUE y un trabajador social. Atienden a una media de 120 pacientes anuales.

También existe un centro cultural, un gran edificio construido recientemente con fondos de la Unión Europea. La amplitud de sus instalaciones y el hecho de que cuente con una población que lo utiliza formada casi exclusivamente por personas de la tercera edad y un gran porcentaje de mujeres que asisten a diversos talleres de manualidades, hace que aún se encuentren infrautilizadas muchas de sus aulas. Entre su personal se encuentran monitores de temas tan diversos como deportes, música, actividades de tiempo libre, informática, horticultura y jardinería, etc.

El movimiento asociativo y vecinal es más bien escaso. Existen tres Asociaciones de

Vecinos. La superación de etapas precedentes en las que fueron mucho más reivindicativas en cuestiones como vivienda y mejora de servicios, ha generado cierto vacío en sus actividades y el número de socios desciende progresivamente cada año. A pesar de ello, las asociaciones existentes y los miembros más activos de las mismas han expresado su deseo de trabajar coordinadamente en programas con otras instituciones.

En el ámbito de las drogodependencias, existe una asociación de familiares de afectados por la “epidemia” de la heroína de los años ochenta, que actualmente lleva a cabo talleres de formación prelaboral para jóvenes que se encuentran en programas de rehabilitación.

6.1.2. ¿Qué podemos hacer?

No cabe duda de que, desde una perspectiva sanitaria, educativa y preventiva, el consumo de drogas es un grave problema en nuestra sociedad actual, tanto por sus consecuencias a corto como a medio y largo plazos. En la situación presente es claro que hay un consumo de alcohol problemático, un alto consumo de tabaco y un consumo de heroína y cocaína que, sin ser superior al de las ciudades limítrofes a la que nos estamos refiriendo, tampoco tiene un nivel reducido. De igual modo, podemos concluir que existe un sector muy importante de la población que está compuesto por jóvenes de 10 a 18 años y que añade a estos consumos determinados factores de vulnerabilidad y ciertos patrones de uso problemáticos. Dado este análisis de situación realizado por los Servicios Sociales Municipales de Villafuente, se pueden poner en marcha múltiples medidas con el objetivo de reducir la problemática asociada al consumo de drogas en esas edades juveniles: retrasar el inicio de su uso en los que no han consumido, enseñarles algunos de los riesgos del abuso de ciertas drogas para que si las utilizan no tengan problemas asociados con ellas, detectar y remitir al centro de tratamiento de drogodependencias a aquellas personas que tengan problemas de abuso y dependencia, etc.

Para poder efectivamente conseguir lo que estamos planteando está claro que el objetivo genérico consistiría en intervenir sobre este colectivo para que el problema no vaya a más, disminuya y esta disminución se mantenga a largo plazo. También que con ello se reduzcan los riesgos y problemas producidos por las drogas, como los que ya en este momento están presentando, sobre todo debido al consumo de alcohol. También cabría involucrar a distintos agentes sociales para que con ellos pudiéramos conseguir poner en marcha un programa comprensivo y que se mantenga en el tiempo; esto es, que no sea una acción puntual sino una acción sostenida.

Por lo tanto, con este diagnóstico de situación, los Servicios Sociales Municipales están en condiciones de dar pasos concretos con un conocimiento del problema que les va a facilitar la intervención. Pero, para que ésta pueda comenzar a realizarse, es necesario que propongan un programa concreto a su propio organismo o a otras instituciones competentes en la materia que puedan incluirlo en sus prioridades y sostener

su financiación. El órgano más indicado es, sin lugar a dudas, el Plan Autonómico sobre Drogas, que posee la competencia y los recursos técnicos y económicos necesarios para impulsar este tipo de iniciativas.

Una vez que está demostrado que hay un problema claramente identificado, que precisa una alternativa y que exista una financiación mínima para hacerlo, deberán proceder a la planificación del programa para su posterior puesta en marcha y evaluación del mismo. Para ello han de comenzar con la explicación del fenómeno para, a través de dicha explicación, poner en marcha las medidas adecuadas para su control; en función de ella deberán justificar la necesidad de una intervención preventiva y la extensión que quieran darle, delimitar el grupo o grupos objetivo a los que van a dirigir la intervención, presentar los objetivos del modo más operativizado posible, los métodos y técnicas para lograr esos objetivos, los recursos disponibles (materiales, personal, infraestructura, etc.), explicitar cómo llevarán a cabo la evaluación, cómo se difundirán y a quién los resultados obtenidos y cómo elaborar un informe de la actividad realizada. A continuación se verán todas estas fases de manera pormenorizada (figura 6.1).

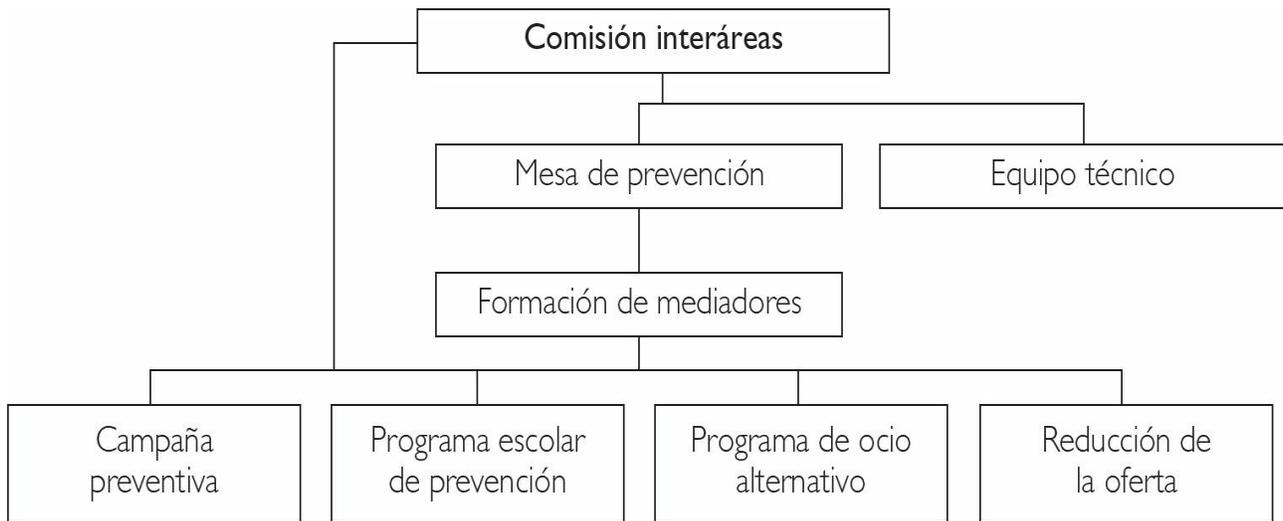


Figura 6.1. Organigrama del programa.

6.2. La explicación del fenómeno: ¿Por qué se consumen drogas?

Para explicar el fenómeno del consumo de drogas deberán partir de un modelo teórico que tendrán que elaborar, basado en la evidencia existente sobre los factores que llevan a consumir drogas o a mantenerse sin hacerlo y en la información de la que disponen sobre las personas y la población a la que van a dirigir la intervención. En nuestro caso concreto han de considerar dos aspectos: el primero, qué factores explican el consumo de drogas; el segundo, los factores responsables de seguir consumiendo.

Unos y otros son distintos y es necesario diferenciarlos claramente para realizar una intervención preventiva más adecuada. A continuación se exponen ambos tipos de factores.

6.2.1. Explicación del consumo de drogas

Como se recoge gráficamente en la [figura 6.2](#), el consumo de drogas está influido por un gran número de componentes. Éstos van a actuar en distinto grado en cada individuo. Cuantos más factores facilitadores tenga el individuo (factores de riesgo) mayor probabilidad habrá de que consuma drogas; cuantos menos de estos factores estén presentes y más incidamos en los que son capaces de reducir su vulnerabilidad (factores de protección) menos probabilidad habrá de que consuma drogas.

Inicialmente hay que considerar que existen varios elementos que facilitan posteriormente el consumo o no de drogas, como son los factores de predisposición, el ambiente social, la socialización y la personalidad del individuo. Estamos refiriéndonos, en este caso, más bien a los jóvenes y adolescentes, con edades comprendidas entre 12 y los 21 años, fundamentalmente. Cuando hablemos de los factores responsables de seguir consumiendo una droga nos referiremos desde estas edades hasta las siguientes.

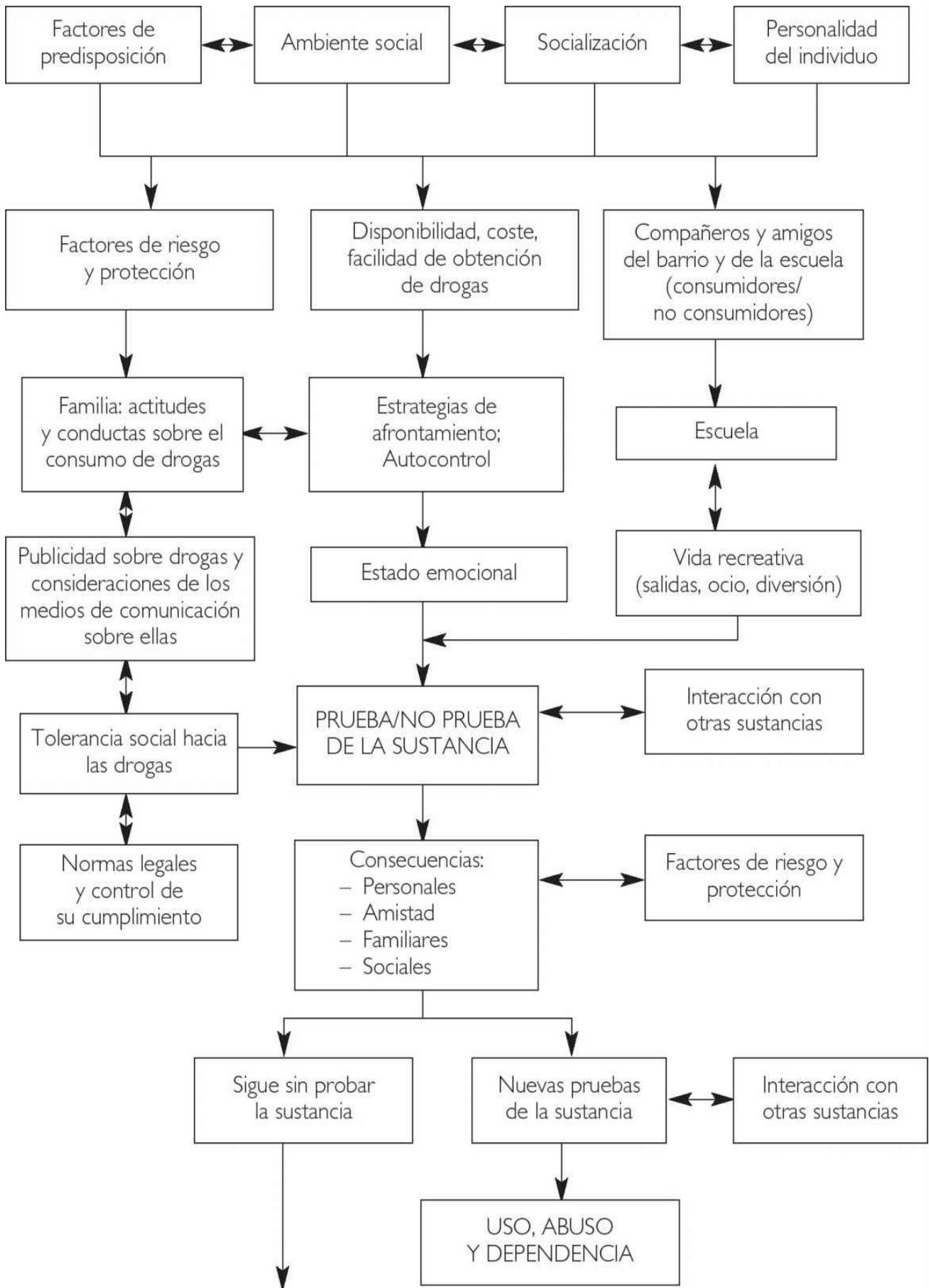


Figura 6.2. ¿Por qué las personas consumen drogas?

Entre los factores de predisposición tenemos que considerar la vulnerabilidad biológica que tienen ciertos individuos si sus padres han tenido o tienen problemas de dependencia de sustancias, especialmente el consumo abusivo de alcohol y el alcoholismo. De igual modo la inteligencia del individuo, la capacidad para aprender, entre los más importantes, son factores que predisponen o impiden el comienzo del consumo. El ambiente social es otro elemento de gran relevancia de cara al consumo. Un entorno tolerante hacia el consumo lo facilita más que otro que lo sancione. Las creencias culturales sobre una determinada droga, la desorganización social de la comunidad donde vive el individuo e incluso las mismas leyes son elementos que van a incidir en un mayor o menor consumo.

La socialización y la personalidad del individuo son dos elementos de gran relevancia para un eventual consumo de drogas. Mediante la socialización el individuo aprende su visión del mundo a partir de las creencias, valores, ideas, pensamientos y sentimientos que le transmiten, primero la familia, luego las personas cercanas (fundamentalmente otros familiares y amigos de la familia), los iguales, la escuela y los medios de comunicación. A través de la socialización el individuo tendrá una personalidad que se irá manifestando con una serie de rasgos comunes a lo largo de la vida y otros que pueden cambiar. Sabemos que ciertos rasgos de la personalidad, como por ejemplo la extraversión, la búsqueda de sensaciones y la impulsividad, facilitan la experimentación y el posterior consumo de drogas.

Todo lo anterior, más estructurado, suele concretarse hoy día en factores de riesgo y protección. En nuestro modelo éstos aparecen después de los anteriores y son más fácilmente operativizables. Los más importantes que nos muestran actualmente la bibliografía científica y la investigación se indican en el [cuadro 6.1](#).

Muy relacionada con los factores de riesgo y protección, en nuestro modelo, hay una línea conductora entre éstos y la familia, en forma de actitudes y conductas que se tienen hacia las drogas, su publicidad y las consideraciones que tienen los medios de comunicación sobre las mismas. Nótese que es importante centrarse no sólo en los grandes medios de comunicación, como son la televisión o la prensa diaria. También es de gran relevancia la información que reciben los jóvenes a través de lo que ellos leen, más de lo que lee toda la población. Así, cobra relevancia conocer los mensajes y la información que reciben a través de sus revistas juveniles, cómics, acceso a ciertas páginas web por medio del ordenador, foros de discusión por Internet, etc. Tenemos que estar lo más cerca posible de ellos para conocer lo que hacen. Y, junto a todo lo dicho hasta ahora, está el nivel de tolerancia social ante las drogas. Es evidente que el nivel de tolerancia ante el consumo de ciertas sustancias como el alcohol y el cannabis es muy alto actualmente. También el del número de consumidores y la relevancia del problema.

Una tolerancia social importante hacia el consumo, tanto de drogas legales como ilegales, es un elemento favorable a dicho consumo, y un componente clave que se debe considerar cuando se aplica un programa preventivo.

Cuadro 6.1. *Principales factores de riesgo y protección para el consumo de drogas*

| Dominio | Factores de riesgo | Factores de protección |
|-------------------|---|---|
| Individual | Rebeldía. Amigos que se implican en conductas problema. Actitudes favorables hacia la conducta problema. Iniciación temprana en la conducta problema. Relaciones negativas con los adultos. Propensión a buscar riesgos o a la impulsividad. | Oportunidades para la implicación prosocial. Refuerzos/reconocimiento por la implicación prosocial. Creencias saludables y claros estándares de conducta. Sentido positivo de uno mismo. Actitudes negativas hacia las drogas. Relaciones positivas con los adultos. |
| Iguales | Asociación con iguales delincuentes que consumen o valoran las sustancias peligrosas. Asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad. Susceptibilidad a la presión negativa de los iguales. | Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras. Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas. Difícilmente influenciable por los iguales. |
| Familia | Historia familiar de conductas de alto riesgo. Problemas de manejo de la familia. Conflicto familiar. Actitudes parentales e implicación en la conducta problema. | Apego. Creencias saludables y claros estándares de conducta. Altas expectativas parentales. Un sentido de confianza básico. Dinámica familiar positiva. |
| Escuela | Temprana y persistente conducta antisocial. Fracaso académico desde la escuela elemental. Bajo apego a la escuela. | Oportunidades para la implicación prosocial. Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial. Creencias saludables y claros estándares de conducta. Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro. Clima instruccional positivo. |
| Comunidad | Disponibilidad de drogas. Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas. Deprivación económica y social extrema. Transición y movilidad. Bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria. | Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. Descenso de la accesibilidad a la sustancia. Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad. |
| | Empobrecimiento. Desempleo y empleo precario. Discriminación. Mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación. | Mensaje de los medios de comunicación de resistencia al uso de drogas. Descenso de la accesibilidad. Incremento del precio a través de los impuestos. Aumentar la edad de compra y acceso. Leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas. |

Fuente: CSAP (2001).

Relacionados con todo lo anterior hay otros dos elementos que en el modelo son de gran relevancia. Uno de ellos es la disponibilidad, el coste y la facilidad de obtención de drogas. Y, el otro, la vida recreativa. En el momento actual ambos son factores que permiten explicar los altos niveles de consumo en los jóvenes. El primero, porque hoy es fácil conseguir distintas drogas, las legales, aunque la persona no tenga la edad legal de consumir, y las ilegales, porque se sabe en cada ciudad dónde conseguirlas. En la actualidad son relativamente baratas y acceder a ellas es posible. Todo ello se relaciona con otro elemento nuevo que ha surgido en los últimos años y que ha transformado el problema de las drogodependencias y otros aspectos de la vida social, con claras repercusiones económicas. Nos referimos a la vida recreativa. Ésta se ha incrementado de modo acusado en las últimas décadas, con un formato nuevo, en locales grandes, cambiantes y con un espíritu renovado. El consumo de alcohol y ciertas drogas ilegales va en gran parte unido a la misma, especialmente en determinados días, zonas y momentos del año. La presencia de amigos consumidores o no consumidores en este ambiente es un elemento preventivo o facilitador del consumo, junto a los demás que se han venido exponiendo.

Como se ha podido constatar, en el supuesto que nos ocupa se describen de forma somera pero lo suficientemente clara estos patrones de uso recreativo. Se trata de un consumo que se concentra en el fin de semana; en aquellas ciudades con una elevada disponibilidad de alcohol, ya que se caracteriza por la concentración de diferentes lugares de dispensación (bares, discotecas, pubes...); siguiendo una pauta de consumo grupal; con motivaciones ligadas a la diversión, a la desinhibición hacia las relaciones interpersonales, etc. y con episodios frecuentes de intoxicación alcohólica. Incluso se explicita la existencia de un porcentaje de jóvenes que simultanean el consumo de alcohol con otras drogas de uso recreativo como el cannabis, las drogas de síntesis y la cocaína.

Otros dos elementos intermedios que explican que la persona pruebe o no una sustancia son las estrategias de afrontamiento que tiene. Con unas estrategias adecuadas la persona puede ir resolviendo sus problemas; sin estrategias adecuadas, y si no ve solución a ciertos problemas, las sustancias psicoactivas pueden ser vistas como un modo de afrontar esas situaciones y salir de ellas exitosamente. Desarrollar estrategias de autocontrol es de gran relevancia aquí. Un mayor autocontrol facilita el evitar o controlar el consumo; sin autocontrol la probabilidad de consumo es mayor. Y, junto a ello, y a veces como una consecuencia de los elementos anteriores, está el estado emocional. Si éste es negativo, la posibilidad de tener problemas es alta. Las drogas pueden parecer una solución para el mismo.

Todos los elementos vistos hasta aquí llevan a una persona en un momento concreto a probar o no probar una sustancia concreta. Dado que en el momento actual la probabilidad de probar distintas sustancias es muy grande, también es de gran relevancia la interacción con otras sustancias. Así, las personas consumen alcohol, pero ya dentro

del alcohol hay varios tipos, desde cerveza, vino, combinados, etc. Con el alcohol una parte de ellos fuma. Y, junto a ello, otros prueban o pueden consumir éxtasis, cocaína, cennabis, etc.

Una vez que la persona ha consumido o no una determinada sustancia, el continuar consumiendo o seguir sin consumir va a depender de las consecuencias que ello tenga, tanto de tipo personal como de sus amigos o de su familia. Aquí cobra una gran relevancia toda la historia de aprendizaje del individuo hasta ese momento, ya sea individual como social. En este sentido, los factores de riesgo y protección siguen aquí incidiendo de modo directo y se ven, a su vez, afectados por este hecho puntual que puede ser un consumo o seguir sin consumir.

Teniendo en cuenta que la vida es un continuo, el hecho de consumir o no una sustancia en un momento dado no significa que se haya finalizado el proceso. Por el contrario, éste continua. En esa continuación, algunas personas seguirán sin probar una determinada sustancia. Otros que no han probado las probarán, otros que las han probado seguirán probándolas y, finalmente, otros que las han probado, por las consecuencias, dejarán de seguir probándolas. En aquellos casos donde siguen nuevas experimentaciones con la sustancia es más probable que se dé el proceso de pasar del uso al abuso y a la dependencia. Como ocurría anteriormente, la interacción con otras sustancias es de gran importancia, porque unas facilitan la prueba de otras y un posterior aumento del consumo de distintas sustancias en general.

6.2.2. Factores responsables de seguir consumiendo drogas

Como ya se ha comentado, son distintos los factores que llevan al inicio del consumo que los que mantienen dicho consumo. En un programa preventivo de tipo comunitario tendremos que tener en cuenta a los que nunca han probado una sustancia, así como a los que ya la han probado e incluso a los que tienen problemas de abuso y dependencia, para los cuales lo más adecuado sería acudir a un centro de drogodependencias o establecer estrategias de detección para remitirles al mismo.

Después de la prueba de la sustancia, o el uso de la misma, hay tres tipos posibles de efectos: fisiológicos, psicológicos y sociales (véase la [figura 6.3](#)). Los fisiológicos pueden ser los de intoxicación, si es una primera prueba, y si éstas siguen se darán los procesos de tolerancia y síndrome de abstinencia, los cuales van a facilitar que se mantenga el consumo, dados los efectos psicológicos paralelos que ello produce, como es el reforzamiento positivo en los primeros consumos y el reforzamiento negativo en los siguientes, cuando la persona padece síndrome de abstinencia y se ve obligada a seguir consumiendo para así evitar los efectos negativos que le produce la falta de droga en su organismo. También lo anterior va acompañado de efectos cognitivos, como pueden ser, en algunos casos, un incremento de la autoestima del individuo, bienestar, euforia, relajación, expectativas ante la droga y sus efectos, etc., que mantienen la conducta de

consumo. Y, a nivel social, considerando a los amigos, la familia, los vecinos, la policía, etc., el efecto más habitual es sentirse perteneciente a un grupo. Los consumos suelen producirse en un contexto social. En muchos casos puede verse como un rito de paso, de convertirse en adulto, en una persona que ya puede hacer todo lo que quiera, al que no le pueden poner delante ninguna barrera, que puede saltarse las normas sociales imperantes, que puede permitirse el lujo de ser rebelde, que está en el momento de serlo, etc.

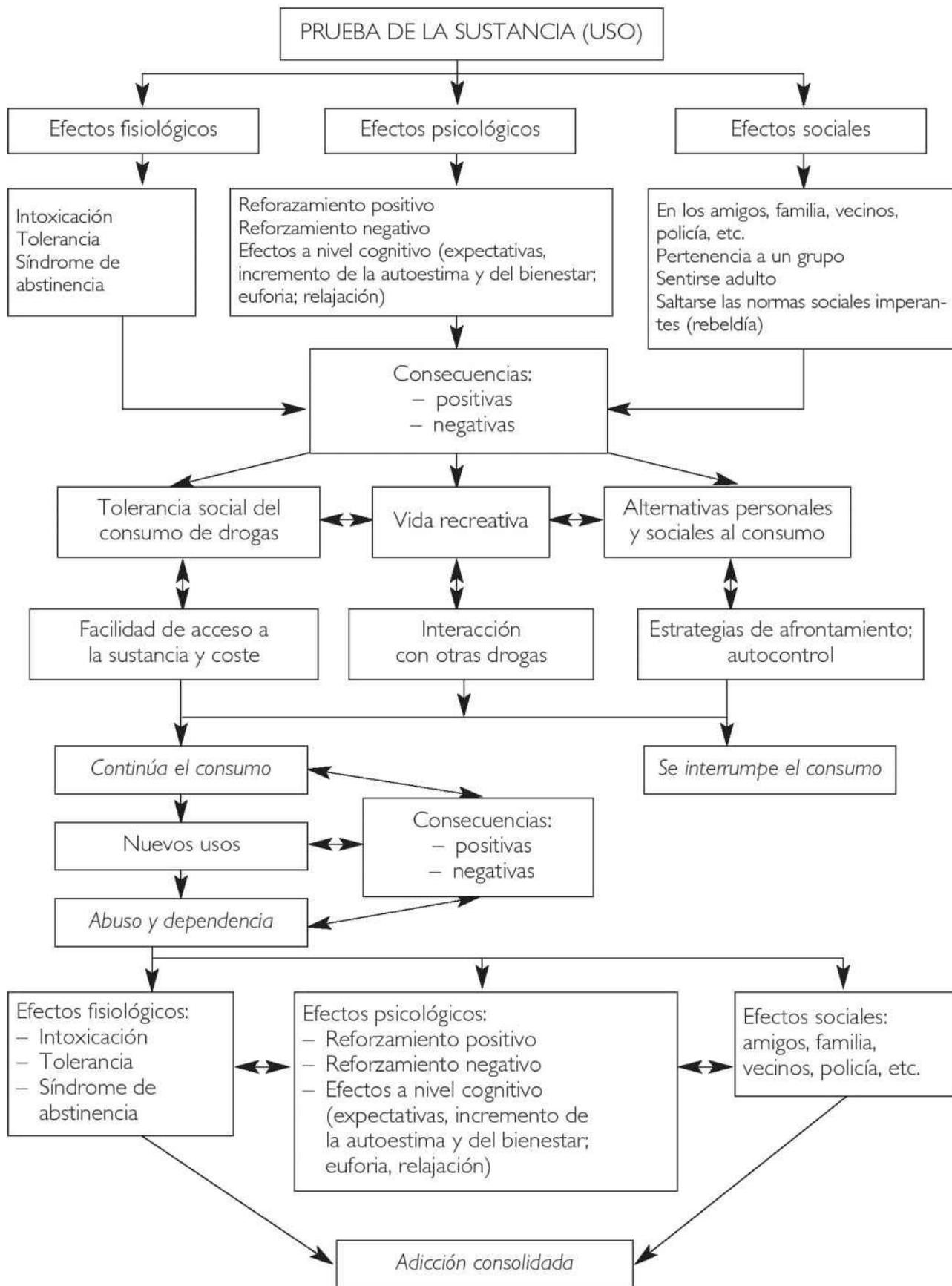


Figura 6.3. Factores responsables de seguir consumiendo una droga.

Todo lo anterior, los efectos, va unido a las consecuencias que acarrea el consumo. Éstas pueden ser tanto positivas como negativas, en las esferas ya comentadas previamente de tipo personal, amigos, familia y social. En función de ellas la probabilidad de seguir consumiendo o detener el consumo son importantes. En la práctica suele manifestarse claramente el consumo delante de amigos y de otras personas, y silenciarse para la familia y para otros del entorno o contexto social (p. ej., la policía). El objetivo aquí es obtener una consecuencia positiva (refuerzo) y evitar una negativa (castigo). El mantenimiento del consumo viene acompañado a partir de aquí de varios elementos característicos del momento presente, como son la tolerancia social hacia las drogas, en forma de facilidad de acceso a la sustancia en cuestión; la vida recreativa, junto a la interacción con otras drogas en la vida de la noche; y las alternativas personales y sociales al consumo junto a disponer o no de adecuadas estrategias de afrontamiento ante el mismo.

En función de todos los elementos considerados hasta aquí, la persona que viene consumiendo puede seguir consumiendo o puede detener el consumo. Si se detiene, esto suele ser debido a que dispone de estrategias de afrontamiento adecuadas personales y sociales hacia el consumo, o por las consecuencias negativas que le ha acarreado esta experiencia. Si continúa el consumo, esto significa que hay nuevos usos de la droga. Éstos siguen produciendo tanto consecuencias positivas como negativas. Si este uso se va haciendo más frecuente la persona va pasando de una utilización ocasional, a un consumo más regular, con lo que llegará seguramente al abuso y a la dependencia. Ésta tiene tres tipos de efectos, ya mencionados: los fisiológicos, en forma de intoxicación cuando se toma la sustancia, necesidad de tomar cada vez una mayor dosis o en mayor cantidad para conseguir el mismo efecto que se obtenía al principio (tolerancia) y evitar el síndrome de abstinencia volviendo a consumir; a nivel psicológico hablaríamos de reforzamiento positivo, reforzamiento negativo y efectos a nivel cognitivo, y, a nivel social, aunque los efectos se producen fundamentalmente en el contexto de sus iguales, en este caso probablemente también consumidores. Pero también la familia, que empieza a notar una conducta distinta a la habitual; los vecinos, que van apreciando en algunos casos que algo raro ocurre; incluso en ocasiones la policía, a la que tiene que evitar cada vez más conforme se incrementa el consumo, etc. A diferencia de lo anterior, aquí el problema está en que a nivel social, conforme se desarrolla más la conducta de consumo, se alcanza un mayor grado de deterioro (p. ej., bajo rendimiento en los estudios, pérdida de trabajo o buscar sólo trabajos ocasionales), lo que con el tiempo lleva a un nivel superior de marginación, aislamiento de la sociedad más normalizada y finalmente, según va pasando el tiempo, y si no pide ayuda y se centra en la adicción como su estilo de vida, a un proceso de autoexclusión y marginalidad, entrando en una espiral de deterioro

importante. Estaríamos así en la fase de adicción consolidada. Por suerte, aun en este estado, muchas personas acuden en busca de ayuda voluntariamente, o presionadas por su familia o por el sistema judicial, lo que facilita una contención del problema y la posibilidad de un mayor control de su adicción o de poder acabar con ella.

6.3. La necesidad de una intervención preventiva

Aunque por la descripción hasta aquí realizada parece claro que en el supuesto presentado es necesaria una intervención preventiva, se precisa describir más adecuadamente los términos de dicha necesidad; es decir, que debe plantearse de modo operativo y a poder ser cuantitativo, y analizar si se dispone de los medios adecuados para hacerle frente de un modo proporcionado o sólo se podrá afrontar el problema de forma superficial sin poder contar con los recursos necesarios. Éste es un aspecto muy importante en el campo preventivo, ya que en muchas ocasiones la eficacia de la prevención se ha visto desgraciadamente resentida por no poner en marcha una acción o un programa preventivo con la intensidad que verdaderamente necesitaba.

En el caso concreto que nos ocupa, se dispone de una estimación basada en datos objetivos y cuantitativos del número de personas afectadas por el consumo de las distintas drogas, así como de los efectos más inmediatos que producen. Las evidentes carencias podrán ser completadas con datos adicionales obtenidos de las fuentes que manejan el municipio u otros organismos (p. ej., Plan Autonómico sobre Drogas), recurriendo a entrevistas con informantes clave de la comunidad, revisando la prensa diaria acerca de algún aspecto relevante del problema, acudiendo a estudios disponibles sobre otras cuestiones relacionadas (juventud, violencia, accidentalidad de tráfico...), etc.

En cualquier caso, con todos los datos anteriores, se puede apuntar ya lo que justificaría una intervención preventiva:

- Un consumo de tabaco del 24% para la edad de 15-19 años y del 41% para la de 20-24 años. De no descender dicho consumo se incrementa el riesgo de que estas personas utilicen otro tipo de drogas y, a corto y a largo plazo, se incrementen los problemas de salud en esa comunidad.
- Un consumo de alcohol que es superior al que se realiza en su entorno. Por ejemplo, un 19% de los jóvenes ha tenido en alguna ocasión problemas debidos al abuso de alcohol, como intoxicación grave, accidentes de tráfico, riñas y peleas. A muchos de ellos les gustaría beber menos. El consumo se produce básicamente en fin de semana, unido a la diversión, y son los hombres los mayores consumidores. Empieza a surgir el problema de que consumen fuera de los locales, con las consiguientes molestias para los vecinos.

Estos datos están indicando que una parte de los que consumen tienen

importantes problemas con el alcohol. Y que su consumo abusivo produce problemas personales y sociales claramente visibles (borracheras, peleas, accidentes de tráfico). Sin intervención se pueden agravar estos problemas y desembocar en mayores conflictos de dependencia del alcohol o de alcoholismo a corto y a medio plazo.

- Un consumo de drogas ilegales semejante al de su entorno. Sin embargo, existen dos datos que conviene tener en cuenta. El primero es que un 10% de los jóvenes comprendidos entre los 18 y los 25 años reconocen consumir, además de alcohol, otras drogas como cannabis, drogas de síntesis y cocaína. Por otra parte, los que lo hacen sufren las graves consecuencias que se asocian directa o indirectamente a su consumo, especialmente la heroína, seguida de la cocaína (el centro de tratamiento de drogodependencias ha tratado a 120 personas en el pasado año). Además, existe el problema social añadido de un centro específico de venta de heroína en el municipio, que hace que la percepción de la población sobre el consumo de drogas ilegales, y los problemas acarreados por las mismas, sea superior al que es realmente. Quizá en este tipo de consumo es donde está la mayor alarma social y el mayor interés por parte de la población, y a veces de los políticos, en poner en marcha acciones concretas para solucionar el problema que tienen a la puerta de su casa.

Lo que sí nos indica el anterior análisis es que las personas afectadas son jóvenes. Los consumidores asocian el consumo de alcohol, tabaco y drogas a la diversión, ocio y el tiempo libre. Tienen una baja percepción del riesgo sobre las sustancias consumidas y sobre sus efectos. De hecho, el 75% no considera peligroso su consumo de alcohol.

En este caso se dispone también de información sobre las familias. Éstas tienen poco conocimiento sobre las drogas. El que tienen proviene fundamentalmente de los medios de comunicación de masas, que no siempre es el más adecuado. Al tiempo, los padres y las madres llevan a cabo conductas de consumo de tabaco (35%) y alcohol (45%) importantes, aunque ellos no las consideran como drogas ya que piensan que éstas son realmente las ilegales. Son tolerantes con los horarios de salida de sus hijos, no creen que éstos tengan problemas con el alcohol o con las drogas ilegales, pero consideran que debe ser la escuela el lugar en donde se les enseñe a los jóvenes todo lo relacionado con las sustancias psicoactivas.

Con este análisis de la situación de Villafuerte podemos afirmar que, si no se interviene en un plazo razonablemente corto, el problema se mantendrá y probablemente se agravará en unos años. Si se actúa se podrá conseguir un cierto control sobre el mismo, al menos en los que ya están consumiendo. Y para que los que aún no consumen o empiezan a consumir, no padezcan el problema o no se agrave éste. En estos casos un adecuado programa preventivo podría lograr una ausencia de consumo del mismo en el futuro.

Además, lo que justifica una intervención preventiva de tipo comunitario es que se

precisará intervenir en múltiples instituciones y colectivos que se desenvuelven en distintos escenarios y que, para acceder a todos ellos, resulta imprescindible la participación activa de muy diversos mediadores de la comunidad. En efecto, el programa se dirigirá a personas que ya consumen, mayores de edad en muchos casos, así como a aquellas que aún no han empezado a consumir o que son consumidoras ocasionales. Esto significa que se deberá intervenir en los lugares en donde se producen los consumos problemáticos (donde acuden a consumir drogas durante el día, lugares de copas y diversión, en fin de semana y por la noche) para conseguir una reducción de la demanda, por parte de los jóvenes, y una reducción de la oferta por parte de los vendedores de alcohol (aplicación de la legislación sobre la venta a menores, prohibición de beber en la calle, etc.). Pero, aún más importante, para el caso del alcohol, es concienciar a los jóvenes de que no beban, que beban de un modo menos peligroso o que sepan qué hacer en situaciones donde pierden el control. Aunque estas estrategias de reducción de daños sirven igualmente para el tabaco y para las drogas ilegales (hachís, drogas de síntesis, heroína, cocaína, etc.).

Junto a la intervención en los lugares donde se producen directamente los consumos, también será preciso intervenir en las diferentes instituciones de la comunidad donde se desenvuelven los jóvenes y donde residen los mediadores sociales que están en permanente contacto y tienen influencia sobre ellos: las escuelas e institutos, las asociaciones familiares (como las de padres de alumnos y la de afectados por el problema de las drogas), los medios de comunicación social –emisora de radio y televisión municipales–, otros colectivos como las tres asociaciones de vecinos y el centro cultural, etc. Un papel muy especial lo tendrán el personal técnico del centro de drogodependencias, de la residencia sanitaria y de los centros de salud. No hay que olvidar también la importancia de la policía, tanto local como nacional, y del sistema judicial, ya que ambos están muy relacionados con el mundo de las drogodependencias, a nivel de identificación, detenciones, prestar ayuda, vigilancia, etc. De este modo se producirían las sinergias adecuadas para conseguir los objetivos sin fricciones sociales, de modo realista y con un importante consenso.

A nivel operativo, se constituirán los siguientes mecanismos de coordinación que garanticen la participación de las instituciones, organizaciones y grupos de la comunidad:

1. *Comisión Interáreas*. Es absolutamente imprescindible crear un mecanismo de coordinación de las distintas áreas municipales que estudie las aportaciones de cada una de ellas al programa, rentabilice al máximo los recursos disponibles y evite posibles duplicidades. Esta comisión será impulsada por la Concejalía de Servicios Sociales, que asume la presidencia en cuanto gestora del programa, y estará compuesta por representantes de las áreas municipales implicadas (Juventud y Deportes, Sanidad y Consumo, Educación y Policía Municipal). En este nivel sus componentes no precisan disponer de unos conocimientos en materia de prevención de drogodependencias, sin embargo sí resulta determinante su capacidad para tomar decisiones que doten al programa de

mayores recursos o faciliten su desarrollo.

2. *Mesa de Prevención*, que actuará de hecho como estructura estable de coordinación del programa. En ella estarán representados todos los frentes de entrada comunitarios citados anteriormente, tanto institucionales como sociales (colegio, centro cultural, residencia sanitaria, centro de atención a drogodependencias, asociaciones vecinales y de padres, etc.). Presidida por el responsable del programa de la Concejalía de Servicios Sociales, incorpora también a diversos técnicos municipales y a un representante del Plan Autonómico sobre Drogas. Los miembros que forman parte de esta Comisión lo hacen desde una perspectiva de *implicación comunitaria*, esto es, entendida como una integración activa en el proceso de definición de los problemas y en la toma de decisiones que exige cada fase de intervención.

Por lo tanto, un aspecto central en todo el proceso es planificar cuidadosamente, reflejándolo en informes claros y concisos, el modo de presentar adecuadamente a los responsables institucionales la necesidad de la prevención para convencerles de que se trata de la mejor solución ante este problema. A este convencimiento contribuirá sin duda la certeza de que el proyecto que se va a aplicar tiene una buena base teórica, técnica y ha demostrado su utilidad. En este sentido puede ayudar mucho la exposición de otros ejemplos de programas semejantes.

Finalmente, hay que considerar que un proyecto de este tipo precisa financiación. Sin financiación no hay programa. Si los responsables de dotar económicamente al programa piensan que la idea es buena es más probable que se decidan a financiar el proyecto, especialmente si además tienen detrás una clara presión social para que lo hagan o para que solucionen ese problema.

En todo este proceso de toma de decisiones no hay que olvidar que es necesario planificar desde el principio una adecuada evaluación. Con ella comprobaremos si lo que afirmábamos se cumple efectivamente. Ambas cuestiones serán abordadas más adelante.

6.4. La delimitación del grupo o grupos objetivo

Cuando vamos a aplicar un programa preventivo es imprescindible saber a quién nos vamos a dirigir o, dicho de otro modo, quién es nuestro grupo o grupos objetivo. Cuando se escucha decir que se quiere aplicar una estrategia de prevención para toda la población, muy probablemente se está tratando de expresar simplemente que se pretende dotar de información sobre drogas a la misma. En el campo preventivo es necesario ser más concretos y precisos. Hoy sabemos que hay que delimitar claramente el grupo al que dirigimos la intervención preventiva, aparte de definir qué objetivos vamos a perseguir, indicar qué tipo de prevención vamos a aplicar, cómo la vamos a implantar y cómo realizaremos su evaluación.

En el caso concreto que nos ocupa se han distinguido dos tipos de grupos objetivo:

- *Grupo objetivo final*, es decir, el grupo de personas que se benefician en última instancia de la intervención. Aquí resulta claro que el grupo objetivo final es el compuesto por los jóvenes de 12 a 25 años. Este grupo sería el objetivo final porque es el que concentra un mayor riesgo. Sin embargo, este intervalo de edad es muy amplio y ello nos exige una variedad de estrategias que van más allá de la meramente escolar, de ahí que optemos por una intervención comunitaria que contemple un conjunto de grupos, escenarios e instituciones que conformen los diferentes entornos de estos jóvenes. Así, hay un subgrupo de ellos que está escolarizado, los de 12 a 16 años (Enseñanza Secundaria Obligatoria); en Secundaria está matriculado el 80% de la población joven del municipio. Por ello, para este subgrupo la intervención escolar, apoyada desde otras perspectivas como la familiar y la comunitaria, va a ser fundamental. Para los demás, los no escolarizados y los que ya han abandonado la escuela, la intervención preventiva centrará su aplicación en los propios lugares de diversión, medios de comunicación, accediendo a través de mediadores sociales, etc. También dedicaremos una especial atención a los que están habitualmente en la calle sin hacer nada.
- *Grupo objetivo intermedio*. Hemos seleccionado también otro grupo objetivo, denominado grupo objetivo intermedio (Kröger *et al.*, 1998), que actuará como “mediador” en la transmisión del contenido de la intervención dirigida al grupo objetivo final. En nuestro caso está formado básicamente por los siguientes componentes: profesores y padres de los alumnos escolarizados; profesionales del centro asistencial de drogodependencias y de los centros de salud; monitores del centro cultural, y miembros de las asociaciones de vecinos y de la asociación de familiares. Sin embargo, debido a las características del programa que se está diseñando, se ha considerado relevante también el interés de orientar determinadas estrategias a la sensibilización de la población de Villafuerte en su conjunto.

Un aspecto básico que hay que considerar es la determinación del número de personas a las que alcanzará la intervención. Por ello precisamos saber algunos datos estadísticos como el número de personas que tienen de 12 a 25 años, el número de escolarizados a esas edades, los que trabajan y los que están en paro, etc. Se ha recurrido a diferentes fuentes de información destacando especialmente: el Padrón Municipal, la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma y la oficina del Instituto Nacional de Empleo.

En el [cuadro 6.2](#) se recogen algunos datos estadísticos en los que puede apreciarse que, tal y como se indicaba en la descripción general del caso, la población infantil y juvenil comprendida entre los 12 y los 25 años representa prácticamente el 40% de la

población total del municipio.

Cuadro 6.2. *Datos estadísticos de los jóvenes de 12 a 25 años*

| Grupo | Número |
|---|--------|
| Personas de 12 a 25 años: | 45.023 |
| de 12 hasta 16 años: | 16.351 |
| – hombres: | 7.763 |
| – mujeres: | 8.588 |
| de 16 a 25 años: | 28.672 |
| – hombres: | 14.010 |
| – mujeres: | 14.662 |
| Personas escolarizadas de 12 hasta 16 años: | 13.081 |
| Personas escolarizadas de 16 hasta 25 años: | 16.226 |
| Personas trabajando de 18 hasta 25 años: | 18.456 |
| Personas en paro de 18 hasta 25 años: | 7.161 |

Por lo tanto, el grupo objetivo final al que se dirige el programa alcanza una cifra total de 45.023 niños y jóvenes que se encuentran en una situación formativa y laboral muy diferenciada. Esta diversidad de situaciones tendrá una gran importancia para definir las distintas estrategias de intervención del programa. Así, los que están escolarizados permiten un acceso más fácil y permiten la continuidad de las actuaciones que se lleven a cabo. Más difícil es llegar a los que están en paro, a los que no hacen nada y a los que trabajan y salen a divertirse los fines de semana.

Una vez que tenemos claro cuál es nuestro grupo objetivo y cuáles son sus características, que hemos ido exponiendo hasta aquí, tenemos que saber si podemos llegar a todos ellos o sólo a una parte. Esto va a depender de nuestros objetivos, de nuestros medios y de la colaboración que obtengamos de otras fuentes, instituciones y personas. Como ya hemos indicado, en nuestro caso el objetivo es llegar a todo el grupo de esta población de 12 a 25 años, aunque con distintos tipos de intervención y con diferente intensidad en función de la edad, de sus conductas de riesgo y de su disposición a participar. Éste es un aspecto de gran importancia. Por ello, los materiales que se utilicen, las personas que accedan a ellos y el programa en su conjunto tiene que ser cercano a ellos, aceptable, asumible y que lo valoren como útil y de ayuda.

6.5. Objetivos de la intervención

¿Qué son los objetivos y cómo se definen? Entramos con este apartado en una fase de la planificación especialmente sensible. Aquí se concentran las más importantes

limitaciones de los programas comunitarios de prevención. De hecho, podríamos afirmar que, si los propósitos genéricos que plantean los programas no se concretan en objetivos, no será posible llevar a cabo una intervención con sentido ni evaluar su eficacia. Esto se evidencia en muchos programas que, aun superados los requisitos hasta ahora mencionados –esto es, la identificación de las necesidades y los grupos destinatarios–, adolecen de una doble indefinición: la estandarización y la parcialidad de los objetivos planteados. Ambas limitaciones incapacitan al programa no sólo para conocer exactamente los propósitos que persigue la intervención, sino también para evaluar con exactitud los logros del mismo.

Así, podemos afirmar que existe un amplio consenso sobre los objetivos que persigue la prevención con carácter general, sin embargo, muy a menudo estas grandes metas se convierten en los únicos objetivos de referencia que orientan programas y actuaciones de muy diversa índole. Se produce así una cierta uniformidad de los objetivos que conduce inevitablemente a una uniformidad de los programas que, a su vez, impide cualquier intento de evaluación de resultados o de impacto.

La otra dificultad que, como se exponía anteriormente, surge también con frecuencia es la parcialidad de los objetivos, o dicho de otro modo, la existencia de objetivos parciales sin solución de continuidad. Consiste básicamente en definir objetivos de una o varias partes del programa pero sin afectar a todas las actividades y destinatarios del mismo, y sin estar integrados coherentemente en la globalidad de la intervención.

Si realizamos una aproximación general al caso que nos ocupa, llegaremos a plantear una serie de objetivos tales como la reducción de la prevalencia del consumo de drogas entre los jóvenes y el retraso de la edad de inicio, especialmente en aquellos que nunca han consumido drogas o las han probado ocasionalmente. En la práctica esto tiene una gran relevancia en los primeros años (p. ej., de 12 a 16 años) para el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Pero también perseguiremos otro objetivo, no menos importante, como es reducir la frecuencia del uso de drogas en aquellos que ya las utilizan y reducir la mezcla de otras drogas con alcohol entre aquellos que lo hacen actualmente. En este caso, esto es de la máxima relevancia en los que tienen 16 o más años, aunque ya lo pueden hacer a edades más tempranas.

Las intervenciones preventivas que utilicemos se van a centrar, más que en transmitir mensajes sobre la abstinencia, en que tengan un conocimiento correcto y objetivo sobre las distintas sustancias y sobre las consecuencias que producen las diferentes elecciones sobre el uso de drogas, además de reducir la percepción distorsionada que tienen sobre su consumo (suelen pensar que casi todos sus amigos o casi toda la población consume drogas, cuando los datos observacionales y los estudios epidemiológicos muestran un cuadro bien distinto) y proporcionarles mensajes que incorporen la reducción de daños para el consumo de varias drogas y cómo afrontar situaciones de emergencia o peligro si es que las consumen (p. ej., con las drogas de síntesis).

Lo que pretendemos con los objetivos que nos planteamos es que, con la intervención preventiva, el consumo de drogas descienda a corto, medio y largo plazo. Y

no sólo el consumo, evaluado conductualmente como consumo y no consumo, sino la percepción sobre el consumo de drogas, sus conocimientos, actitudes e intenciones hacia él. Pero también que los pacientes mejoren en ciertas habilidades, que conozcan alternativas distintas a las drogas, que sepan solventar más adecuadamente los problemas personales, que puedan organizar más ajustadamente su vida; en suma, que se puedan potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo.

En nuestro caso concreto, junto a las personas jóvenes que consumen, también consideraremos la escuela, la familia, los medios de comunicación y el mundo laboral (tanto los que trabajan como los que están en paro). Esto es, se plantearán objetivos no sólo dirigidos a la población objetivo final sino también a la población objetivo intermedia.

Respecto a la escuela, un objetivo básico es que los profesores y directivos adquieran más información sobre las drogas, que desempeñen un papel de modelado ante sus alumnos con respecto a su propio consumo (alcohol y tabaco), que modifiquen sus actitudes hacia las drogas y que el ambiente escolar sea un ambiente libre de drogas. Todo ello facilitará una mejor aplicación de los programas preventivos escolares. Para lograrlo habrá que formar a los profesores, motivarles, convencerles y seguirles a lo largo del tiempo en la aplicación del programa.

En cuanto a la familia, es bien sabido que la intervención en este ámbito es más difícil. Puede hacerse tanto a través del propio centro escolar como mediante la escuela de padres, folletos y medios de comunicación de masas. Como ejemplo del tipo de intervención que se debe realizar en la familia, en el [cuadro 6.3](#). presentamos las características más relevantes de una familia con un buen funcionamiento. Nuestra intervención tiene que orientarse a conseguir esto, especialmente en aquellas familias que tienen factores de riesgo, problemas de manejo familiar u otros problemas que pueden incidir o están incidiendo en el consumo de drogas de sus hijos o incluso en el de ellos mismos.

Cuadro 6.3. Características de una familia con un buen funcionamiento

-
-
- Establecen límites adecuados
 - Tienen normas y pautas de funcionamiento claras
 - Se rigen por valores
 - Participan activamente en las tareas familiares y en actividades sociales
 - Tienen confianza entre sí y en el exterior
 - Se brindan ayuda y apoyo
 - Se aceptan unos a otros
 - Existe acuerdo entre los padres
 - Se quieren
-
-

Fuente: Ríos, Espina y Baratas (1997).

Respecto a colectivos concretos como los hosteleros y las asociaciones de vecinos,

se buscará el logro de un adecuado entendimiento para un buen funcionamiento cívico, preservar que los negocios vayan bien, cumpliendo para ello con la ley y con las normas municipales, y que haya un clima de entendimiento y respeto mutuo. La participación de la policía municipal podría ser de gran ayuda.

En relación con otros colectivos como el sanitario y los profesionales del centro de drogodependencias, deberán establecerse mecanismos de colaboración con ellos para que podamos derivarles a las personas con problemas que detectemos además de participar activamente en el programa. Cuando esto no fuera posible, sigue siendo necesario conseguir su colaboración para que nos faciliten el acceso a las personas de esas edades que acuden en su ayuda. También es importante crear un sistema fluido de derivación de las personas que tienen problemas a los servicios sanitarios o sociales para su atención.

En cuanto a los medios de comunicación municipales (radio y televisión), cabe elaborar mensajes objetivos, fuera del sensacionalismo, centrados en casos concretos, siempre en positivo, no como rechazo frontal a las drogas (para no crear reactancia), sino mediante la potenciación de hábitos saludables. Coordinarse bien con los técnicos es de gran relevancia. Que aparezcan actitudes y comportamientos hacia el no consumo de drogas en estos profesionales facilita también nuestra labor que, en caso contrario, pueden entorpecerla.

Lo que se pretende en última instancia con toda la intervención es algo parecido a los proyectos de ciudades saludables, con un elemento adicional en este caso, una ciudad saludable sin drogas o con un bajo consumo de ellas. Esto significa un lugar adecuado, agradable, ecológico, en donde la persona vive y satisface sus necesidades personales, afectivas, materiales y de todo tipo. O, como ya hemos indicado previamente, que la persona finalmente tenga un gran número de factores de protección y un escaso número de factores de riesgo, tanto para el consumo de drogas como para otro tipo de conductas problema.

Ahora bien, una vez enumerados con carácter general todo un conjunto de objetivos susceptibles de ser formulados en nuestro caso concreto, entramos en una fase más operativa. Una estrategia de prevención por objetivos debe estar orientada a la consecución de unos resultados (Martín, 1995). Para ello se precisa una descripción de objetivos que tenga en cuenta los siguientes requisitos:

- Consisten en declaraciones específicas y medibles relativas al *resultado final* que quiere alcanzarse en el programa preventivo. Deben contemplar también el *período de tiempo* en el que es necesario alcanzar esos resultados así como las *condiciones* que exigen la realización de los objetivos que afectan a los medios utilizados para lograrlos.
- Deben referirse a todas y cada una de las fases, estrategias, medidas y destinatarios del programa, por lo que es necesario que se presenten siguiendo una *gradación y una secuencia* que van desde lo más general a lo más específico.

Por lo tanto, conviene precisar algunos conceptos para facilitar la siempre compleja labor de definir objetivos. En primer lugar, hay que diferenciar entre:

- *Meta*: Se trata de un enunciado más amplio que el objetivo que otorga la dirección al plan del programa, sin especificar aspectos concretos.
- *Objetivo general*: Es un enunciado que describe los resultados esperados antes que el procedimiento o los medios para alcanzarlos.
- *Objetivo específico*: Son aquellos que matizan y concretan el objetivo general.

En síntesis, podríamos afirmar que la formulación de objetivos es un “proceso de jerarquización descendente” que constituye esencialmente un proceso de gestión dirigido a iniciar la acción y, evidentemente, a evaluar el efecto. Para lograr desarrollar esta tarea eficazmente es importante detenerse en el análisis de ese proceso así como en sus características y exigencias:

1. *Proceso*. Los objetivos deben presentarse “en forma de árbol”: los más generales se desdoblarán en ramas más pequeñas que indicarán gradualmente su importancia y niveles de concreción. Así, la descomposición gradual de un objetivo en sub-objetivos deberá ir acompañada de un aumento progresivo de la precisión. Las especificaciones se harán en:
 - los comportamientos (utilizando verbos de acción cada vez más precisos),
 - los contenidos (una descripción cada vez mayor de los objetos) y
 - las circunstancias (una mejor descripción de las situaciones)

Todos los objetivos, desde el más general al más específico, se expresarán con formas verbales (si fuera posible, con verbos de acción o relacionados cada vez más con el comportamiento o comportamientos esperados).

Por lo tanto, el árbol de objetivos aparece como el resultado de un análisis ordenado y homogéneo de las actitudes, los conocimientos y las capacidades que se pretenden conseguir.

2. *Características*. La primera y fundamental característica de los objetivos es que sean realizables, por lo tanto, alcanzables y realistas. A menudo se piensa que una virtud de un objetivo es su carácter maximalista, que aborde cuantos más aspectos mejor. Por el contrario, el planteamiento de objetivos de difícil logro contribuye a frustrar las posibilidades de la prevención y a desanimar a los que aplican el programa. Lógicamente esto significa asumir una toma de decisiones que será preciso explicar a todas las instancias interesadas. No obstante, eso no conlleva renunciar a otros objetivos más ambiciosos que se pueden considerar deseables e incluso abordables en el medio y largo plazo.

Otras características que deben reunir son: ser medibles, poseer plazos

bien delimitados, incluir la movilización de recursos que conlleven y ser acordes con la estrategia general que se persigue.

3. *Exigencias.* Para evitar algunos de los errores más frecuentes en la formulación de objetivos, se considera que deben tenerse en cuenta las siguientes exigencias básicas:
 - No confundir los objetivos generales con las metas, tal y como se expresaba anteriormente.
 - No confundir los objetivos específicos con las actividades, aunque es bien cierto que en el proceso de operativización de los objetivos se llega a un punto en el que se alcanza una sutil línea divisoria entre ambos.
 - No confundir los objetivos específicos con los recursos.

 - Mantener la máxima coherencia entre los objetivos generales y los específicos que se les derivan.

Finalmente, conviene distinguir claramente también entre los “objetivos de resultados”, es decir, los relacionados con los objetivos esperados, y los “de proceso” que tienen que ver con los medios, procedimientos o métodos utilizados para lograr los resultados.

A la luz de todos los datos disponibles y de las consideraciones expuestas, en el caso de Villafuerte se plantea con carácter prioritario la persecución de objetivos dirigidos al problema del alcoholismo en la población juvenil. Esto no significa excluir una serie de problemas relacionados con otras drogas y que revisten una indudable importancia, pero el equipo impulsor del programa y los órganos asesores valoran la adopción de esta decisión tanto por razones estratégicas como de viabilidad dada la actual disponibilidad de recursos.

Los objetivos que esta estrategia requiere son muy diversos y numerosos. Sin ánimo de agotar todas las posibilidades, se enuncian a continuación algunos de los más relevantes en función de las poblaciones destinatarias. Sin embargo, es preciso plantear en primer lugar cuáles son las *metas globales del programa*:

- Rebajar las prevalencias de consumo y las tasas de alcohol consumido entre la población objetivo final.
- Retrasar las edades de inicio al consumo de alcohol del grupo objetivo final de drogas.
- Reducir los daños asociados al consumo de alcohol entre los jóvenes.
- Dotar a los adolescentes y jóvenes que componen el grupo objetivo de los conocimientos y las competencias necesarios para enfrentarse a la presión de la oferta de alcohol.
- Fomentar un ocio saludable entre los jóvenes que sea incompatible con el consumo de alcohol y otras drogas.

- Limitar la disponibilidad de bebidas alcohólicas para esta población adolescente y juvenil.
- Sensibilizar e implicar al grupo objetivo intermedio y a la población general en la problemática y en las acciones que se lleven a cabo.

En cuanto a los *objetivos generales* que se derivan de estas grandes metas, deben agruparse en función de la población específica a la que vayan dirigidos. Entre los más relevantes podemos destacar aquellos que van:

1. *Dirigidos al grupo objetivo final*

- Aumentar la percepción del riesgo, es decir, que el consumo de alcohol favorece la aparición de consecuencias negativas importantes.
- Incrementar la percepción de que un estilo de vida y un uso del ocio libre de alcohol y otras drogas tienen consecuencias positivas importantes.
- Adquirir conocimientos y modificar actitudes, creencias y estereotipos sobre el alcohol.
- Aumentar las habilidades personales y sociales que fomenten estilos de vida y tipos de diversión saludables.
- Incidir en el patrón de consumo de fin de semana para modificar hábitos, reducir ingestas y abordar precozmente las dificultades que se planteen.

2. *Dirigidos al grupo objetivo intermedio*

- *Padres:*
 - Aumentar en los padres la percepción del daño asociado con el consumo de alcohol por los adolescentes.
 - Hacerles conscientes de que sus hijos están en riesgo de consumir alcohol y otras drogas y son vulnerables a las consecuencias negativas producidas por estos consumos.
 - Aumentar la percepción de la eficacia personal para prevenir el consumo de alcohol por los adolescentes (por ejemplo, permitir a los familiares conocer cómo sus comportamientos pueden marcar la diferencia).
 - Desarrollar estrategias familiares simples y efectivas, incluyendo habilidades de comunicación y autoridad en la familia, que

- ayuden a prevenir el consumo de alcohol entre los adolescentes.
- *Dirigidos a la comunidad:*
 - Sensibilizar y concienciar a los diferentes mediadores acerca del consumo inadecuado de alcohol en los jóvenes modificando sus conocimientos y actitudes sobre el tema.
 - Promover la participación de los servicios y las organizaciones sociales en las acciones específicas que se desarrollen en la comunidad.
 - Ordenar y coordinar la participación de los distintos frentes de entrada de la comunidad.
 - Potenciar alternativas saludables al consumo de alcohol para este sector de la población mediante el aprovechamiento de los recursos comunitarios.
 - Adecuar los servicios públicos y los establecimientos de ocio para reducir los daños asociados al consumo de alcohol de fin de semana.
 - Fomentar estrategias para limitar la exposición a riesgos e incidiendo en la responsabilidad de los promotores y expendedores.
 - Disminuir la siniestralidad en la conducción provocada por el consumo juvenil de alcohol durante el fin de semana.
 - *Dirigidos a la población general:*
 - Sensibilizar a la población general de Villafuerte sobre la importancia del consumo de alcohol en los jóvenes.
 - Hacer llegar al conjunto de los ciudadanos las medidas que se aplican para la prevención de esta problemática.

Siguiendo esta secuencia que se señaló anteriormente, se procederá a la elaboración de los objetivos específicos. Como recordaremos, se trata de matizar y concretar los objetivos generales introduciendo los plazos, indicadores objetivos y recursos que se precisan movilizar. Muy importante también es situarles correctamente en el lugar que ocupan en el proceso de planificación: esto es, deben ser coherentes con los objetivos generales que acabamos de enunciar y, a su vez, deben facilitar la aproximación a las actividades que se definirán en una fase posterior. Finalmente, es preciso insistir una vez más en el interés esencial que tienen los objetivos específicos de cara a la evaluación; de su grado de precisión y su susceptibilidad a la medida dependerá básicamente la viabilidad de la evaluación del programa.

Para llevar a cabo adecuadamente la definición de los objetivos específicos es recomendable incorporar, en un apartado adjunto, una descripción del estado de situación de la realidad sobre la que se pretende introducir los cambios o mejoras; lo deseable sería utilizar indicadores que nos permitieran cuantificar cada objetivo y aportaran validez, fiabilidad y comparabilidad a la información. Asimismo es importante la identificación de las fuentes de información de las que proceden los datos utilizados. Cuando no exista

información disponible, es necesario establecer previamente a la intervención –y consiguientemente a la elaboración de los objetivos– algún procedimiento de valoración.

Sin ánimo de agotar toda la gama de *objetivos específicos* que admite el programa (lo que excede los límites de este capítulo) y a efectos más bien ilustrativos, recogemos algunos de los fundamentales.

1. *Dirigidos al grupo objetivo final*

- Elevar, durante el primer año de aplicación del programa, la proporción de alumnos escolarizados entre 12 y 16 años que reciben información sobre el alcohol, sus efectos y problemas asociados, en un 30%.
 - *Indicador:* Porcentaje de alumnos escolarizados entre 12 y 16 años que declaran disponer de una información suficiente sobre el alcohol, sus efectos y sus consecuencias.
 - *Fuente de información:* Estudio sobre drogas de 1997. Según este estudio, declararon disponer de esta información únicamente el 35% de los alumnos de 12 a 16 años, lo que representa un total de 4.578 alumnos sobre una población escolar de 13.081 comprendidos en este intervalo de edad. Un incremento del 40% significaría trabajar con 1.831 alumnos en esta primera fase.
- Proveer a los jóvenes de las competencias y de las habilidades personales y sociales para la vida capaces de ser aplicadas en situaciones directamente relacionadas con el uso de drogas. Se incidirá en los adolescentes y jóvenes escolarizados de 12 a 16 años y, durante el primer año de implementación del programa, se intervendrá con el 20% del grupo destinatario final.
 - *Indicador:* Número de escolares de 12 a 16 años que han recibido entrenamiento en habilidades para la vida.
 - *Fuente de información:* Como no existen precedentes de este tipo de intervenciones en la población escolar de Villafuerte, se plantea comenzar con un porcentaje inicial del 20% del alumnado de estas edades, lo que representa un total de 2.616 alumnos.
- Fomentar la participación de los jóvenes en actividades de ocio saludable de fin de semana gestionando la apertura de equipamientos públicos y privados en horario de tarde y noche y ofertando actividades atractivas (deportivas, lúdicas y culturales) en las que las drogas no sean necesarias como elemento de relación entre los jóvenes. Se orientará a los de 12 a 16 años en el programa de tarde y a los de 16 a 25 años en el programa nocturno.
 - *Indicador:* Porcentaje del total de 16.351 adolescentes de 12 a 16 años que participan en el programa de tarde y de los 28.672

jóvenes que lo hacen en el de noche.

- *Fuente de información:* Ficha de participación que recoge el número y características de los que participan en las actividades.

2. Dirigidos al grupo objetivo intermedio

- Capacitar a un 15% de los padres con jóvenes escolarizados durante el primer año del programa para incrementar sus conocimientos sobre el alcohol, reducir las actitudes tolerantes y promover actitudes saludables hacia el mismo.
 - *Indicadores:* Porcentaje de padres que reconocen haber sido formados en esta materia, y grado de conocimientos y modificación de actitudes alcanzados en el proceso formativo.
 - *Fuentes de información:* Estudio sobre drogas de 1997. El 78% de los padres dice conocer de las drogas por los medios de comunicación sin haber recibido formación especializada sobre el tema. Sobre una población escolarizada de 13.081 alumnos podemos estimar unos 26.000 padres, por lo que el 15% representa un total de 3.924 personas.

En cuanto al nivel de formación adquirido por los padres y el previsible cambio de actitudes producido se valorará con la utilización de un cuestionario pre y un cuestionario post que evidenciarán los logros alcanzados en las acciones formativas.

- Promover la participación, implicación y coordinación de las organizaciones sociales que operan en la comunidad en los principales barrios de la ciudad durante los primeros seis meses de aplicación del programa.
 - *Indicadores:* Número de asociaciones implicadas y número de reuniones de coordinación celebradas a lo largo del primer semestre.
 - *Fuente de información:* Sistema de registros del equipo responsable del programa.
- Ofrecer al conjunto de la población del municipio una información básica sobre los objetivos y las actividades del programa en los dos primeros meses de aplicación del mismo.
 - *Indicadores:* Número de entidades que colaboran en la difusión; número de materiales distribuidos y porcentaje de ciudadanos que han retenido los mensajes.
 - *Fuente de información:* Encuesta telefónica aplicada tras la finalización de la campaña.
- Fomentar el cumplimiento de la normativa existente sobre la distribución de alcohol a menores potenciando el control de los establecimientos de dispensación e incrementando los controles de alcoholemia.

- *Indicadores:* Número de locales de dispensación inspeccionados y número de controles de alcoholemia realizados.
- *Fuente de información:* Registros protocolarios que rellenarán los miembros de la policía municipal.

6.6. Métodos y técnicas específicas de intervención

Para conseguir los objetivos que nos hemos propuesto tenemos que poner en práctica un programa preventivo. Éste, a nivel operativo, se compone de una serie de métodos y técnicas de intervención para lograrlos. Son muchos los métodos y técnicas que podemos utilizar en un programa de la naturaleza del que planteamos. A continuación describiremos los más importantes.

Para el contexto escolar los métodos y las técnicas que vamos a utilizar deben seleccionarse en función del nivel de eficacia y eficiencia que tengan. En este momento, los programas psicosociales de entrenamiento en habilidades son los más adecuados. Esto significa que, dentro del programa escolar específico que les apliquemos a los adolescentes y jóvenes, utilizaremos técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales, proporcionar información objetiva sobre las drogas según la edad de las personas a las que va dirigida la intervención, conocimiento de la percepción distorsionada sobre el consumo, conocimiento e inmunización ante la influencia de la publicidad para el consumo de drogas y otras conductas no saludables, juego de roles para escenificar el ofrecimiento y rechazo de distintas sustancias, selección de líderes de grupos para que el trabajo en común sea más adecuado y se acerque lo más posible a la situación natural, etc.

Para implementar efectivamente todo lo anterior es necesario formar a los profesores, que son los que van a aplicar el programa, en conocimientos básicos sobre las anteriores técnicas y familiarizarlos con el programa que van a llevar a cabo. También es importante que asuman los principios que subyacen a dichas técnicas y métodos de intervención y que estén de acuerdo con los mismos por su eficacia y facilidad de utilización. Un buen consenso sobre lo que se va a hacer facilita el trabajo posterior de los profesores con los alumnos.

Igualmente estas técnicas van a utilizarse, si ello es posible, en la escuela de padres, que se puede formar en la propia escuela, en el barrio o en un centro cultural, entre otros posibles ejemplos, donde se añadirán además las nociones básicas de salud, el abordaje de los problemas más relevantes de sus hijos, la problemática más habitual en la adolescencia y cómo afrontarla, el consumo de drogas con un hijo y cómo manejarlo adecuadamente, solucionar posibles problemas y, si fuese el caso, derivarlos al dispositivo específico asistencial de la ciudad (p. ej., si el padre o la madre tienen problemas de alcoholismo). Los métodos y las técnicas que se van a aplicar en el ámbito escolar son los más conocidos y en España disponemos de varios programas preventivos

eficaces y susceptibles de ser utilizados, como hemos analizado en capítulos anteriores. Prácticamente todos ellos incluyen las anteriores técnicas de forma pormenorizada; sin embargo, si se quiere conocer más sobre sus características y potencialidades se pueden ampliar en manuales técnicos sobre la materia (p. ej., Martínez y Salvador, 1999, 2001).

Respecto al ámbito comunitario, los medios de comunicación de masas y los colectivos específicos, hay que utilizar otros métodos y técnicas basados en proporcionar información objetiva, concienciarlos de qué es una droga, qué es un individuo con problemas de drogas y a qué nos referimos cuando hablamos de las drogodependencias y al complejo fenómeno que las envuelve. Aparte de proporcionar información objetiva, fiable, sin sensacionalismos, adecuada lo más posible al receptor, también hay que analizar cómo la reciben, la procesan y finalmente la asumen. Esto exige reuniones con grupos concretos, bien sean de trabajo, seminarios, cursos, talleres, etc. En ellos se les puede además entrenar en técnicas específicas como las anteriormente citadas si fuese necesario o mostrar la dinámica del consumo de drogas no sólo en los jóvenes sino en el resto de la sociedad, como se puede ejemplificar también en ellos mismos (p. ej., el consumo abusivo de alcohol en ciertas celebraciones con el riesgo de accidentes de tráfico, problemas físicos por fumar cigarrillos, su tolerancia ante el consumo de drogas ilegales, etc.). La utilización de folletos o material escrito es de una gran ayuda para proporcionar información objetiva sobre la cuestión. Igualmente servirían vídeos, conferencias de expertos en drogodependencias (p. ej., del centro de drogodependencias, del centro de salud o del hospital), etc.

Pero, en cualquier caso, no debe olvidarse nunca que la información es necesaria pero no es suficiente. Por ello hay que contextualizar todo lo que aprenden, sean profesionales de los medios de comunicación, ciudadanos normales, padres, miembros de una asociación, etc., de tal modo que ese conocimiento no quede únicamente en conocimiento. De poco sirve asumir que beber varias copas de más es peligroso si una persona que piensa así sigue haciéndolo. Por lo tanto, lo que se aprenda se debe aplicar en el contexto más inmediato donde vive esa persona. Se pretende finalmente lograr un efecto sinérgico que posibilite lo anterior. En esta línea, el entrenamiento en negociación puede ser una herramienta muy útil para dialogar entre los responsables de los locales de copas, las asociaciones de vecinos y miembros del ayuntamiento, así como entre éstos y los jóvenes que en ocasiones no están de acuerdo con las restricciones (p. ej., no poder sacar las bebidas fuera del local).

Entre los anteriores, consideramos de una gran relevancia los medios de comunicación de masas, aunque se han utilizado poco por falta de recursos, por la resistencia de los mismos a colaborar activa, amplia y sostenidamente o por carencia de interés por nuestra parte. Si aceptamos, como decimos a menudo, que estamos en la era de la información, los debemos tener muy en cuenta. En el [cuadro 6.4](#) exponemos los principios que deben seguirse con ellos. Junto a los principios, no menos importante es cómo se transmite el mensaje. Éste debe adecuarse a los perfiles sociales de una determinada población. Por ello hay que planificar aspectos tan variados como la hora a la que se emiten los mensajes, el grado de difusión, su audiencia, etc. En muchos casos,

los mensajes se elaboran para sensibilizar al máximo número de personas de una población. Es siempre mejor utilizar la potenciación o el reforzamiento de conductas incompatibles con las drogas. Si se apela al miedo, debe hacerse con mucho cuidado y utilizando los principios técnicos de cambio de conducta con el mismo. Por ejemplo, si se utiliza la apelación al miedo hay que combinarla necesariamente con mensajes que describan la sensación de vulnerabilidad y ofrezcan una solución fácil y efectiva para el individuo. La utilización de voluntarios es un elemento de gran relevancia en un programa como éste. Contactar con las ONG puede ayudar a ello. También contribuye el que puedan colaborar voluntariamente con el programa chicos (p. ej., para repartir folletos por las noches).

Cuadro 6.4. *Principios para una estrategia general a través de los medios de comunicación de masas*

-
-
1. La campaña debe ser dirigida a los jóvenes, a sus familiares y a otros adultos implicados para que así los esfuerzos preventivos tengan un mayor impacto.
 2. Los mensajes de la campaña deben reforzar los mensajes desarrollados en otros sectores como la escuela, las organizaciones comunitarias y el hogar. Deben estar directamente relacionados con las actuaciones preventivas en la comunidad.
 3. Para conseguir el máximo efecto la campaña deberá usar una gran diversidad de mecanismos propios de los medios de comunicación social, así como formatos distintos dentro de un marco integrado y consistente con la estrategia general de comunicación.
 4. Para asegurar la efectividad todos los mensajes deberán ser evaluados previamente con diversos miembros de la población diana, antes de su difusión. Además, si hubiera motivos para pensar que los mensajes dirigidos a una población pudieran tener efectos negativos sobre otros grupos deberían ser comprobados también previamente en estos otros grupos.
 5. La campaña debe mantenerse durante un período de tiempo suficiente para conseguir cambios que puedan medirse en las creencias y conductas de la población diana.
 6. El mensaje central de la campaña deberá repetirse con frecuencia en una variedad de formas distintas. La repetición es importante para asegurar la suficiente exposición y disponibilidad. La variedad es importante para conseguir llegar a la mayoría de los miembros de la población diana y así evitar que sean percibidos como algo extraño o minoritario.
 7. Los mensajes para las dos poblaciones diana, jóvenes y familiares/otros adultos, deberán estar dirigidos en gran medida a las situaciones de transición comunes que sabemos que influyen directamente en la vulnerabilidad del inicio del consumo de drogas para los adolescentes.
 8. Los objetivos de comunicación de la campaña estarán dirigidos a aquellas variables (conocimiento, creencias y conductas) que sabemos que tienen un impacto significativo para el consumo de drogas entre los adolescentes.
 9. La campaña deberá contar con una fuerte integración de todos sus elementos para construir una “imagen de marca” en la mente de los miembros de la población diana. La integración debe incluir el nombre y el logotipo de la campaña así como otros elementos identificativos. Esta integración o “marca” puede hacer creíbles e importantes los mensajes de posicionamiento de la campaña, y a su vez ésta es un vehículo del mensaje antidroga.
-
-

Estos principios se han adaptado del “The National youth anti-drug media campaign” (WhiteHouse, 1998).

En un programa como éste está claro que el trabajo que tiene que desarrollar el

equipo va a ser amplio. De ahí la importancia que tiene el que exista una buena coordinación dentro del equipo preventivo y de éste con las distintas áreas participantes en el programa preventivo comunitario. Por ello los técnicos tienen un gran papel a la hora de pilotar el proceso, aunque luego lo dejen ir conforme se van consiguiendo las pequeñas metas que se han planificado previamente. La coordinación es fundamental para poder ir avanzando sistemáticamente y al mismo ritmo, evitando también que surjan problemas innecesarios por descoordinación, tales como resistencias, desconocimiento u otros motivos, por parte de los elementos implicados en dicho programa.

Como antes comentamos, a nivel escolar es donde probablemente mejor se pueda abordar la intervención, una vez que se ha entrado en contacto con los centros escolares y las relaciones son fluidas. Pero las relaciones con los medios de comunicación, asociaciones, empresarios de la industria del ocio y otros grupos sociales, son de gran relevancia para que las ideas fluyan rápidamente y se vayan convenciendo todos a un tiempo, con las naturales dificultades que irán surgiendo, hay que mentalizarse de que ir en una línea que al final va a beneficiar a todos y especialmente a los más jóvenes.

Relacionado con todo lo anterior es muy importante hacer un cronograma de la intervención (figura 6.4). Una intervención como ésta debe planificarse para varios años. En un solo año sería imposible no sólo por la probable imposibilidad material de tiempo, sino por los problemas no previstos que aparecerán con toda seguridad a lo largo del camino. Hay que contactar con muchas personas, grupos, intereses, puntos de vista, formas de ver las cosas, y esto puede ralentizar en ocasiones el avance. Esto es habitual entre grupos humanos y más en un tema como el presente. Con una planificación a varios años, y con una adecuada financiación, se podrá no solamente poner en marcha el programa sino también seguirlo cuidadosamente según lo planificado en el cronograma, haciendo las correcciones que fuesen necesarias, y posibilitando la evaluación de las medidas que se ponen en marcha a corto, medio y largo plazo.

En la práctica, en nuestro caso de Villafuerte vamos a llevar a cabo un programa multicomponente, es decir, que trata de realizar una aproximación con una visión comprensiva del problema, de ahí la utilización de diversas estrategias para abordar el fenómeno. Los cuatro elementos centrales del programa son: información, educación, ocio alternativo y reducción de la oferta. Veamos a continuación las características de cada uno de ellos:

- 1.^a) *Estrategia informativa*: Las actividades que se van a desarrollar en este ámbito responderán a los objetivos anteriores dirigidos a mejorar la información y sensibilización, tanto de la población objetivo final e intermedia como la comunidad en su conjunto. Utilizaremos al respecto los medios de comunicación de masas y se hará, fundamentalmente, mediante la radio y la televisión locales. También se recurrirá a soportes exteriores y sistemas de difusión convencionales (vallas, carteles, folletos, etc.).

En síntesis, se plantea la realización de una campaña informativa con una amplia estrategia de difusión. Por lo tanto, se establecerán contactos con los

mediadores sociales en su conjunto y especialmente con el periódico y la televisión local para que la incluyan en su dinámica habitual. Lo ideal es que un periodista objetivo e interesado por el tema sirviese de puente con el resto de los periodistas para una adecuada utilización de los mensajes y las noticias en los medios de comunicación.

| ACTIVIDAD | 2003 | | | | | | | | | | | | 2004 | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|
| | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| Mesa de prevención | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formación de mediadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Campaña preventiva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Programa escolar de prevención | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Programa de ocio alternativo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reducción de la oferta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nota: La temporalización de las distintas actividades va a depender del momento del año en el que se comience (mes) y de la continuidad de las actividades una vez que hayan comenzado (p. ej., septiembre es el mes ideal para comenzar el programa de prevención escolar para que éste tenga continuidad durante todo el curso académico).

Figura 6.4. Cronograma del programa.

2.^a) *Estrategia educativa*: A nivel operativo, los jóvenes escolarizados recibirán un programa preventivo que se aplicará en las horas dedicadas a tutorías. Para alcanzar esta fase de implantación del programa educativo, el equipo impulsor del programa llevará a cabo al menos los siguientes requisitos previos:

- Selección del programa que se va a aplicar.
- Presentación del programa municipal a los responsables educativos y de prevención de drogas (Plan Autonómico sobre Drogas) de la Comunidad Autónoma.
- Presentación del programa en los centros educativos (Dirección, Consejo Escolar, Asociación de Padres y Madres...).
- Planificación de la intervención escolar (formación y seguimiento del profesorado, evaluación previa, período de aplicación, distribución de materiales, evaluación al final del programa...).
- Cursos de formación del profesorado.
- Cursos de formación para padres.

En lo que se refiere a la selección del programa que se va a aplicar, en el [capítulo 3](#) se expusieron los programas escolares validados en nuestro país y consensuados en el seno del Plan Nacional sobre Drogas. En cualquier caso, en la mayoría de los programas encontraremos una serie de componentes comunes que abordaremos en nuestra intervención escolar, a saber: cognitivo, autoimagen y autosuperación, toma de decisiones, control emocional, entrenamiento en habilidades sociales, criterios de ocio, tolerancia y cooperación e intervención familiar.

El programa incluirá 15 sesiones de intervención con alumnos que llevarán a cabo los propios profesores a lo largo del curso escolar, más tareas para casa y otros trabajos complementarios. El profesorado recibirá previamente un curso de formación y capacitación específica en el programa de 25 horas.

Paralelamente, se iniciarán los cursos de formación para padres de 14 horas de duración donde se abordarán las siguientes temáticas: información

sobre el alcohol, sus patrones de consumo y consecuencias; identificación de factores de riesgo y protección; nociones sobre desarrollo evolutivo y adolescencia; técnicas de comunicación y técnicas para establecer acuerdos familiares.

3.^a) *Estrategia de promoción de ocio alternativo*. Basadas en el aprovechamiento de los recursos comunitarios durante las noches del fin de semana, se ofertarán una serie de actividades atractivas:

- Deportivas: piscina, baloncesto, fútbol sala, tenis de mesa, etc.
- De ocio: cine, bailes, talleres de yoga, etc.

- Cultura: música, exposiciones, lectura, etc.

Estas actividades sirven para complementar las otras que constituyen el programa preventivo. Se orientan a un grupo específico de personas y para una parte específica de la diversión, en el horario de la noche de los fines de semana, que es cuando todos los jóvenes tienen tiempo libre y es más probable que salgan. En ellas nos orientaremos a actividades que potencian comportamientos saludables, como son las elegidas: deporte, ocio y cultura.

4.^a) *Estrategia de reducción de la oferta*. Están encaminadas a limitar la exposición a riesgos y los daños vinculados a ellos. En este sentido, se solicitará la colaboración de la policía municipal en el seguimiento a establecimientos que incumplen la normativa de venta de alcohol a menores y en la realización de controles de alcoholemia tanto en las salidas como en el interior de la población durante las noches de los fines de semana.

Es una estrategia complementaria a las anteriores pero que tiene una gran relevancia para la asunción del cumplimiento de normas, el respeto cívico, el asumir las consecuencias de los riesgos, etc. Mientras que lo anterior sería visto desde la orientación del consumidor, desde la perspectiva social con dicha estrategia se consigue reducir la morbi-mortalidad que puede ocurrir en los menores causada por accidentes de tráfico, otros accidentes y desórdenes públicos.

5.^a) *Estructura de coordinación comunitaria*. Se creará un mecanismo de coordinación de la participación comunitaria en el programa. Se trata de una estructura estable de coordinación en la que participarán los recursos públicos y la iniciativa social de Villafuente que estén dispuestos a implicarse en el programa. Lo denominaremos “Mesa de prevención” y estará integrado por representantes de las asociaciones de vecinos y de familiares; de los centros de salud, de la residencia sanitaria, del centro cultural y del centro asistencial a drogodependientes; de los centros educativos y de las AMPAS; de las Concejalías más relacionadas con el tema (Servicios Sociales, Sanidad,

Consumo, Cultura, Deportes, Juventud y Policía Municipal) y un representante del Plan Autonómico sobre Drogas. La coordinación de la Mesa estará a cargo del Director del Programa de Prevención (figura 6.5). Este órgano es el único capaz de concentrar esfuerzos y articular iniciativas comunitarias, por lo que tiene las siguientes funciones principales:

- Puesta en común e intercambio de conocimientos sobre el problema que nos ocupa y experiencias previas en prevención.
- Organizar la formación teórica y metodológica de los “mediadores sociales” del programa sobre la problemática del alcohol y las estrategias de intervención comunitaria.
- Sensibilización a los “frentes de entrada” comunitarios que representan cada uno de sus miembros.
- Participación en el proceso de planificación, implementación y evaluación del programa.

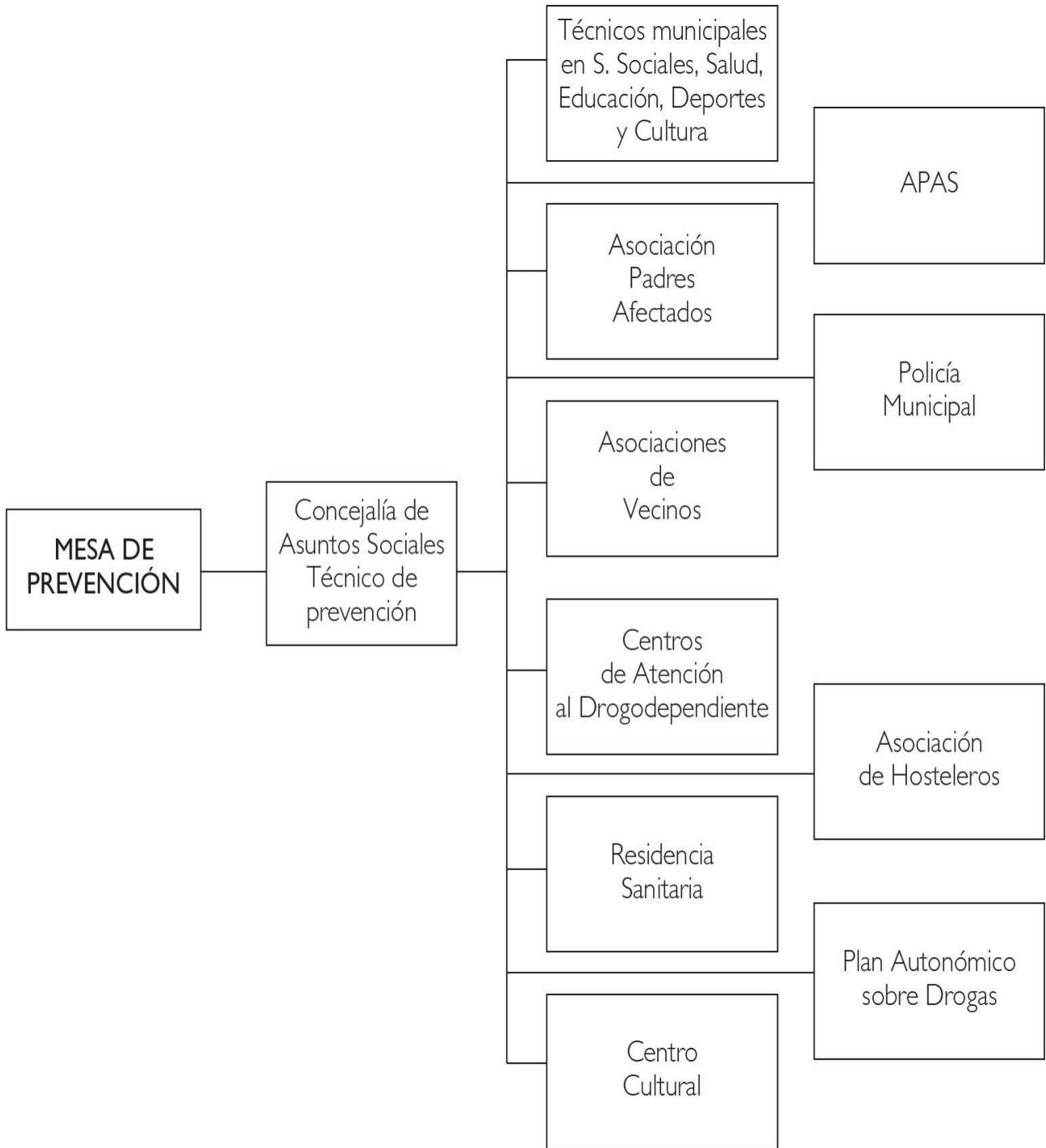


Figura 6.5. Miembros de la mesa de prevención.

6.7. Recursos disponibles

En nuestra consideración, un elemento que lleva con frecuencia al fracaso de

muchos programas preventivos, sean comunitarios, escolares, familiares o de otro tipo, es no disponer de los suficientes recursos para ponerlos en práctica. No hablamos de recursos ilimitados, sino de los indispensables para la puesta en práctica de un programa. Por desgracia esto ha ocurrido, y aún sigue ocurriendo, en muchos programas preventivos que se están realizando a lo largo de toda la geografía nacional, lo que lleva a un desprestigio de la prevención y de la labor de muchos de los profesionales que trabajan en ella. Aunque también es cierto que esto puede ocurrir porque no se alcanzan los recursos necesarios o porque se plantean programas que no están correctamente adaptados a los recursos disponibles.

En la ejecución de un programa de las características del que nos ocupa se consideran básicamente necesarios los siguientes tipos de recursos:

- Humanos.
- Económicos.
- Materiales.
- Técnicos.

A continuación desglosaremos cada una de estas categorías de recursos tal y como se plantean en nuestro caso.

1. *Recursos humanos.* Como ya hemos comentado, un programa de este tipo exige un mínimo equipo que se encargará del impulso, la coordinación y la gestión del programa al cual se dedicará a tiempo completo. Este “equipo de gestión” estará compuesto por un director técnico y un equipo interdisciplinar de tres técnicos (psicólogo, trabajador social y educador social) y un auxiliar administrativo. La figura del director debe ser seleccionada preferentemente de entre los profesionales de los servicios sociales municipales, aunque debe responder a un perfil y una titulación definidos (conocedor de técnicas de planificación y gestión, experiencia en dirección de equipos, conocimientos y experiencia en prevención de drogodependencias...). El resto de los profesionales se contratarán ateniéndose a criterios de méritos.

La función del director será la de dirigir al equipo, garantizar la interlocución con la Concejalía de Servicios Sociales como entidad impulsora, coordinar la “Mesa de Prevención” como estructura de participación comunitaria y llevar a cabo todas las acciones de representación técnica del programa. También será el responsable último de la planificación técnica del programa y su implantación, gestión técnica y presupuestaria y de presentar los informes de seguimiento y evaluación.

Las funciones de los técnicos serán las exigibles a la planificación, gestión y evaluación del programa en el ámbito de sus competencias profesionales.

También contaremos con otros recursos humanos de una relevancia

fundamental para el buen resultado del programa, como son los profesores de los colegios, los técnicos de los servicios sanitarios y sociales, las asociaciones ciudadanas, los grupos de animación sociocultural, voluntarios y jóvenes que deseen participar en diversas partes del programa o en alguna de sus actividades, y cualquier otro grupo que nos ofrezca su participación. Con todos ellos dispondremos de un apoyo importante con escasos costes económicos. En cambio, son una parte fundamental del potencial humano para conseguir los objetivos que nos hemos planteado, ya que poseen una capacidad de mediación insustituible en las organizaciones de la comunidad y son los únicos capaces de garantizar la continuidad del programa.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que unos buenos recursos ayudan y mucho, pero sin ideas claras y bien organizadas puede desaprovecharse su eficacia. E incluso, con buenas ideas y recursos, si el equipo que coordina el programa no está bien cohesionado y no tiene las ideas bien claras, no es fácil conseguir los resultados previstos. Y, si tenemos todo lo anterior, pero no hay colaboración entre los distintos colectivos con los que contamos, difícil va a ser que funcione y se implante en la comunidad. Por ello, aquí se requiere una buena dosis de capacidad de negociación, de “mano izquierda” o “buen hacer” para ir poco a poco involucrando a los participantes y consiguiendo pequeñas metas para, con ellas, lograr el resultado final y no crear problemas, reactancia o resistencias a lo largo de ese proceso.

2. *Recursos económicos.* Son imprescindibles para la puesta en marcha del programa, el buen funcionamiento y el mantenimiento del mismo. Estos recursos económicos tienen que cubrir tanto el pago al personal del programa, como los materiales que van a utilizar (p. ej., material fungible, material impreso, aparatos si es el caso, pago a otros profesionales para la realización de tareas específicas, etc.). El presupuesto tiene que ser realista y adecuado a las condiciones sociales del medio en el que se va a aplicar el programa. Aunque nunca hay presupuesto suficiente, si partimos de un nivel ideal, tenemos que tener el presupuesto “necesario”, esto es, que permita conseguir los objetivos que nos hemos planteado. Si no hay concordancia entre los objetivos planteados y el presupuesto para dichos objetivos difícil va a ser conseguir las metas. Por ello, una buena adecuación entre presupuesto, objetivos y metas es de vital importancia en este tipo de programas. El pago del personal sigue los cánones estándares de pago a profesionales, aunque la cuantía va a depender del número de éstos que tenga el programa, profesionales que pueden ser del programa (a tiempo completo) exclusivamente o una combinación de expertos específicos del programa y otros de apoyo o la contratación de servicios externos. Elaborar un buen presupuesto y conseguirlo es la clave del éxito en muchos casos. Junto al pago del personal hay que incluir en el presupuesto los gastos de material que va a exigir la aplicación del programa. Este tipo de material puede ser diverso.

Como se muestra en el [cuadro 6.5](#), presentamos un ejemplo de presupuesto para el programa que nos ocupa.

3. *Recursos materiales.* Junto a los recursos humanos y económicos, resultan imprescindibles los recursos materiales. Éstos van desde el local hasta el distinto material al que tenemos acceso y del que ya disponemos, como mobiliario, ordenadores, teléfono, fotocopidora, papelería, material impreso, libros, etc. La ventaja de un equipo consolidado es que no sólo parte de su experiencia práctica, sino que tiene al mismo tiempo un amplio conjunto de recursos materiales que van unidos a ellos y a lo que han acumulado a lo largo de su historia. El disponer de este material facilita acceder rápidamente a información (p. ej., libros de los que disponen, ejemplares de programas preventivos) así como poder elaborar con mayor facilidad propuestas e informes. Todo ello facilita enormemente la labor de implantación del programa preventivo. Disponer de un local propio y específico para la actividad, con una cantidad mínima de metros cuadrados, adecuadas condiciones de habitabilidad y bien dotado en su interior, suele ser uno de los mejores indicadores externos que podemos tener para conocer los recursos materiales de los que se dispone antes de poner en marcha un programa preventivo.

Cuadro 6.5. Presupuesto del programa

| | |
|--|------------------|
| 1. Coordinación del programa | 15.000 € |
| 2. Personal | |
| – De plantilla | |
| – Vinculado por contratos | |
| • Trabajador social | |
| • Educador social | |
| • Auxiliar administrativo | |
| | 60.000 € |
| 3. Acciones formativas | |
| – Formación de “mediadores sociales” | |
| | 70.000 € |
| 4. Campaña publicitaria | |
| – Edición de material y documentación | |
| – Instalación de soportes publicitarios | |
| | 45.000 € |
| 5. Actividades preventivas | |
| – Ayudas directas a organizaciones sociales | |
| – Adaptación de locales y mobiliario | |
| – Prestación de servicios a entidades de animación | |
| | 115.000 € |
| 6. Mantenimiento | |
| – Material inventariable | |
| – Material fungible | |
| – Viajes y dietas | |
| – Gastos de representación | |
| | 85.000 € |
| TOTAL | 390.000 € |

4. *Recursos técnicos.* Son aquellos otros recursos a los que podemos acudir y que nos pueden resultar de gran ayuda en la implantación del programa

preventivo. No tienen que formar parte necesariamente del programa pero podemos acudir a ellos cuando los precisemos, o podemos establecer una colaboración fluida con ellos, o una relación formal, para que puedan participar en determinadas etapas del programa. Aquí se pueden considerar tanto personas como cosas.

Dentro de las personas el disponer de recursos técnicos de ayuda es a veces inestimable, como puede ser el poder acceder a los técnicos municipales para solventar un aspecto concreto que nosotros desconocemos, poder encontrar asesoramiento sobre problemas puntuales, etc. También el poder contar con personas concretas (p. ej., los técnicos del Centro de Drogodependencias), con expertos (p. ej., en prevención de riesgos, en informática, en el manejo de grupos, etc.) y con organizaciones que nos puedan ayudar (p. ej., organizaciones juveniles de la ciudad, asociaciones de padres, asociación provincial de hostelería, etc.). También las labores de gestión y de administración pueden ser de gran relevancia como recursos técnicos para descargarnos de este tipo de trabajo.

Dentro de los recursos técnicos materiales se incluyen desde una fotocopidora, un fax, un teléfono, programas preventivos, libros, revistas, y todo aquello que nos pueda ser de utilidad para el desarrollo, la implantación y la evaluación del programa preventivo.

6.8. Evaluación

La evaluación de una intervención, un proyecto o un programa, como afirman Kröger *et al.* (1998), supone la recogida, análisis e interpretación sistemáticos de la información relativa a su funcionamiento y a sus posibles efectos. Además, los datos recogidos suelen utilizarse para decidir cómo mejorar la intervención y si ésta debe ampliarse o abandonarse. Lo que pretendemos con la evaluación es contestar a la pregunta esencial de si con nuestra intervención conseguimos el resultado que nos proponíamos, si resultó tal y como estaba previsto y si se pudo incidir en el grupo objetivo tal y como habíamos planeado. En suma, la evaluación nos dirá si lo que hemos hecho es eficaz o no es; o, dicho de otro modo, si lo que hemos hecho funciona o no funciona.

Cuando diseñamos el programa es necesario delimitar si vamos a hacer la evaluación, lo cual consideramos imprescindible, y si se ha decidido hacerla qué tipo o tipos de evaluaciones vamos a hacer. Si se va a hacer hay que decidir quién la va a llevar a cabo, si el propio equipo o un equipo externo. También hay que incluir en el presupuesto el coste de la evaluación.

Son varias las razones por las que nos interesa llevar a cabo la evaluación de un proyecto preventivo (Murskin, 1993). Éstas son las de determinar la efectividad de los

programas en los participantes; comprobar que los objetivos del programa se han cumplido; proporcionar información sobre la prestación del servicio que será útil tanto para el *staff* del programa como para otras personas, y permitir a éste realizar cambios que mejoren la efectividad del programa en función de los resultados que se ha obtenido con el mismo.

También tenemos que tener claro para quién queremos la evaluación. En función de para qué o para quién la queramos así será el propósito de la misma y el tipo de evaluación que realicemos. El tipo de información que interesa recoger variará según vaya dirigida a, o sea solicitada, por los administradores, por una evaluación continua del personal externo al *staff*, si es una evaluación de la eficiencia, si es para los responsables del proyecto o si es para el desarrollo y la diseminación de programas. En el [cuadro 6.6](#) mostramos, en función de estos tipos de evaluación, qué información recogeremos.

Cuadro 6.6. *Tipo de evaluación en función de quién la solicita o del propósito de la misma*

-
-
- Administradores. Básicamente están interesados en la cantidad de actividades realizadas y en la extensión de las mismas o en las personas que han participado en ellas.
 - Evaluación continua para el *staff* del proyecto. Sirve para comprobar si se van cumpliendo los objetivos, así como para que haya una conexión entre metas, objetivos y servicios.
 - Evaluación de la eficiencia del proyecto. Se hace con el objetivo de proporcionar un mejor servicio o mejorar la coordinación entre varios componentes del programa, reduciendo el coste del servicio.
 - Evaluación para los responsables del proyecto. Se hace desde fuera del proyecto por parte de grupos de padres, los organismos o las asociaciones que lo financian, políticos, expertos, etc.
 - Evaluación para el desarrollo y la diseminación de nuevos programas. En estos casos es imprescindible la evaluación a largo plazo de los nuevos programas antes de pasar a la diseminación de los mismos.
-
-

Adaptada de Muraskin (1993).

En la evaluación de un programa se considera la evaluación del proceso, la evaluación del resultado y la evaluación del impacto.

La *evaluación del proceso* lo que pretende es conocer las reacciones de los participantes ante la intervención que hemos realizado con ellos. Esto incluye tanto cómo se hizo la intervención, dónde, a quién, la calidad de la misma y el grado de beneficio subjetivo obtenido por los participantes. Para hacer esta evaluación hay que delimitar qué vamos a evaluar, cómo lo vamos a evaluar, quién va a ser evaluado y quién va a realizar la evaluación. Por ejemplo, para conocer el resultado de una campaña nocturna destinada a que no se consuma alcohol fuera de los locales, en la que se han utilizado jóvenes voluntarios que han concienciado a grupos de jóvenes similares a ellos, se podría evaluar el proceso mediante una entrevista o un cuestionario breve, aplicado a los jóvenes que acuden un día de la semana, de 10 de la noche a 4 de la madrugada, a la calle “de marcha” de la ciudad, por parte de un encuestador, que va a aplicárselo a 100 jóvenes, para conocer si conocen la campaña, qué les ha parecido, si la información o los materiales proporcionados les han gustado, si recuerdan la última vez que se les dio

información o se les distribuyeron materiales, si conocen otras personas a las que les ha llegado esta información y si creen que la misma les ha servido para tener un comportamiento más cívico, disminuir el consumo de alcohol, conducir el coche sin beber alcohol en exceso, no consumir otras drogas, etc. Se centra, por tanto, en la evaluación de las actividades y de los materiales del programa.

La evaluación del proceso puede hacerse de un modo simple o de un modo extenso. Esto va a depender de los medios de los que dispongamos, del interés y la demanda de este tipo de evaluación, etc. Los resultados obtenidos en la evaluación del proceso deben analizarse para mejorar el programa, corregir déficit o elementos que se han pasado por alto, etc. Es conveniente comparar los resultados obtenidos con otros estudios equivalentes para conocer si la intervención ha resultado mejor, igual o peor que otras con las que las podemos comparar. Como afirman Kröger *et al.* (1998), una vez que hemos finalizado la evaluación del proceso de una intervención debemos tener una idea clara de cómo se prevé evaluar el proceso, qué ocurrió realmente durante la intervención, a cuántas personas afectó realmente ésta, a qué proporción del grupo objetivo alcanzó y cuál fue la “calidad” de la intervención. Con esta información conoceremos más adecuadamente lo que hemos hecho y cómo podemos corregir los puntos débiles del programa y potenciar los puntos fuertes del mismo.

Pero, a pesar de que este tipo de evaluación es importante, no hay que quedarse exclusivamente en ella. Es necesario dar un paso más allá y realizar también la *evaluación de resultados*; esto es, los logros y efectos conseguidos con el programa. La evaluación de resultados lo que hace es analizar los efectos de la intervención. Lo que nos tiene que mostrar claramente es si con la intervención conseguimos o no los objetivos que nos habíamos planteado. Realmente este tipo de evaluación es más importante y relevante que la anterior, la del proceso, aunque para la aplicación del programa y para saber lo que estamos aplicando la evaluación del proceso también es imprescindible.

La evaluación de resultados puede ser realizada por el equipo que aplica la intervención o por parte de un equipo externo al programa. Va a depender de los medios económicos disponibles y de la cualificación técnica del equipo el poder hacer una cosa u otra. Antes de realizar este tipo de evaluación hay que haberla decidido desde el principio y hay que disponer de un presupuesto específico para ella. En caso contrario va a ser difícil hacer este tipo de evaluación, que requiere una parte importante de planificación, tiempo, cualificación y dinero. Cuando ello no es posible suele caerse en hacer evaluaciones de tipo cualitativo, lo cual puede quedar más en una elucubración que en una realidad. La evaluación de resultados, como su propio nombre indica, debe medir los resultados con una metodología cuantitativa, aunque sí podría ser complementada con una metodología cualitativa.

Dado que la evaluación de resultados sigue unos cánones metodológicos más estrictos, para conocer el impacto de un programa como el presente, es necesario delimitar el grupo sobre el que queremos recoger la información, seleccionar una muestra (aleatoria a poder ser), aplicarle un método objetivo de recogida de información

(entrevista, cuestionario), recogida adecuada de esa información por parte de personal entrenado para ello, análisis de resultados y comprobación de la adecuación de los objetivos de los que parte el programa al resultado obtenido. Nótese que habitualmente la evaluación de resultados suele hacerse como muy pronto 6 o 12 meses después de la puesta en marcha del programa, pudiendo hacerse una evaluación anual sistemática de los resultados del programa cuando éste tenga una duración de varios años, como es nuestro caso.

El resultado que queremos evaluar tiene que estar muy claro y bien especificado. En nuestro campo el resultado que pretendemos conseguir es que los jóvenes no consuman alcohol o retrasen la edad de inicio. También que se reduzca el riesgo asociado al consumo en los que están ahora ya consumiendo. Por ello tenemos que evaluar el consumo de alcohol y cuantificarlo (p. ej., en los últimos doce meses, en el último mes, semanal o diario). Aunque podemos evaluar otras variables intermedias, como actitudes, intenciones, creencias, normas, etc., lo que nos interesa es la conducta que pone o no pone en práctica el individuo. Esto es de suma importancia, porque lo que nos importa al final es si nuestro trabajo consigue o no la meta que se propone. Nótese que en la evaluación anterior ya podemos deducir si hay un descenso del consumo o un retraso en la edad de inicio, si comparamos los datos recogidos, por ejemplo, un año después de comenzar el programa si lo comparamos con un grupo control o con el consumo antes del tratamiento. En este caso sería conveniente seguir cohortes de sujetos para conocer el impacto diferencial que vamos a encontrar a lo largo de los años en distintos grupos de edad.

Otro tipo de información que es para nosotros de gran interés la podemos recoger directamente de los registros existentes (p. ej., número de accidentes en el término municipal entre las 8 de la tarde y las 10 de la mañana los fines de semana, en jóvenes de 18 a 25 años, en el último año; número de personas internadas por urgencias debidas al consumo de alcohol; intervenciones policiales en locales nocturnos, etc.), que pueden ser comparadas con las equivalentes del año o años anteriores.

Tanto en la evaluación del proceso como del resultado, pero quizá más aquí, la utilización de las herramientas estadísticas adecuadas puede ser muy útil para encontrar diferencias significativas. Esto complementa la mera descripción de los resultados que, mediante cuadros y figuras, por ejemplo, nos puede mostrar ya visualmente qué es lo que ha ocurrido realmente con la aplicación del programa.

Con una evaluación adecuada podemos formarnos una idea clara de cómo se ha evaluado el resultado, cómo se ha llevado a cabo en la práctica la evaluación de resultados, de qué fuentes se obtuvo la información sobre los mismos, los efectos que ha tenido la intervención en la conducta del grupo objetivo y si la intervención ha alcanzado realmente su objetivo.

Todo lo anterior nos mostrará claramente si nuestra intervención está consiguiendo los objetivos que se propone o no. Si se van consiguiendo se va por el buen camino. Si no se consiguen es necesario revisar el programa y comprobar si hay algún punto débil que no permite avanzar en el mismo. Con la evaluación del proceso y del resultado tiene

que ser perfectamente posible conocer si hay algún elemento que impida que el programa consiga los objetivos propuestos.

Las preguntas que básicamente tenemos que contestar para comprobar si hemos conseguido nuestra meta son las siguientes:

1. ¿Cómo afectó la intervención a las conductas, actitudes, etc., del grupo objetivo global?
2. ¿Se obtuvieron los resultados previstos? Indicar los más importantes y representativos.
3. ¿Qué explicación puede darse a los resultados negativos?

Finalmente, tenemos la *evaluación del impacto* (resultados inmediatos y a largo plazo sobre política, educación o servicios, así como los efectos no deseados del programa), que se incluyen en el siguiente punto.

6.9. Difusión de los resultados

Hoy día la mayoría de los programas tienen que hacer una memoria de sus actividades. Lo normal es que, junto a dicha descripción, se pretenda también un análisis del proceso y del resultado. Con ello podemos contribuir en un paso inicial a lo que se conoce como el proceso de difusión de resultados. Con dicha difusión conseguimos que se conozca el programa, que se sepa que funciona, que los que lo financian vean su utilidad y todo el conjunto de la sociedad tenga claro que ha participado o participa en algo que tiene consecuencias positivas para el conjunto de los ciudadanos.

Un proceso de difusión de resultados debe tener claro a quién va dirigido. Puede ir dirigido a los medios de comunicación de masas, al público en general mediante un folleto, al organismo financiador, etc. Dependiendo de cada uno de ellos el lenguaje tiene que ser de un tipo u otro. Y lenguaje e información van unidos. En un caso el lenguaje tiene que ser muy simple y en otro muy técnico (p. ej., el informe para presentar a un congreso científico sobre prevención).

Cada vez se impone más elaborar informes con la suficiente información sobre los programas aplicados. Suficiente no significa una gran cantidad de información, de modo engorroso y poco comprensible. No, precisamente se pretende lo contrario. Como se suele decir, “Lo bueno, si breve, dos veces bueno”. Un informe de pocas páginas, legible, con alguna tabla o gráfica, puede ser más representativo e impactante que un volumen de 300 páginas que muy pocas personas van a leerse.

La difusión de resultados está relacionada con la evaluación del impacto. Si la vamos haciendo anualmente, entonces debemos incluir en ella la evaluación del impacto y, especialmente, junto a los resultados a largo plazo, cómo es aceptado el programa, qué

cambios ha producido el mismo en los distintos colectivos (p. ej., en los propietarios de los locales de copas, en los vecinos, entre el profesorado de las escuelas e institutos, entre el personal sanitario, etc.) y especialmente en las personas a las que va dirigido (población diana).

6.10. Análisis de todo el proceso, detección de puntos fuertes y puntos débiles del programa y nuevas propuestas de actuación

Todo lo dicho hasta aquí, y toda la información que tenemos hasta este momento, nos tiene que permitir mejorar el trabajo ya realizado para la labor que va a continuar en el futuro inmediato. Esto es, el análisis de todo el proceso, la detección de los puntos fuertes, los puntos débiles y las nuevas propuestas de actuación.

En función de los resultados que hemos obtenido, y gracias a la evaluación, sabemos qué es lo que ha funcionado bien y qué es lo que no ha funcionado o no ha funcionado tan bien como esperábamos. Para las nuevas acciones preventivas hay que retener aquello que ha funcionado bien y mejorar aquello con lo que no hemos obtenido los resultados adecuados. También viene bien en este momento revisar el modelo teórico del que hemos partido, el tipo de programa que hemos seleccionado, cómo se ha puesto en práctica el programa preventivo, la adherencia a la aplicación del mismo tal y como lo hemos diseñado, interferencias que han existido a lo largo de su aplicación y cualquier otro aspecto que pueda ser de interés en esta parte del análisis global y final. Con ello podremos extraer claramente aquellos puntos fuertes del programa que hemos llevado a cabo (lo que funciona) y los puntos débiles (lo que no ha tenido efecto o impacto o ha sido menor de lo previsto). Con todo ello podemos hacer nuevas propuestas de actuación bien fundamentadas. De ahí la relevancia de la evaluación como un elemento esencial en la mejora de nuestra intervención preventiva, pero sin olvidar que para llegar a una buena evaluación como la que hemos mostrado hasta aquí, hay que seguir todos los pasos, sin excepción, desde el primero hasta el último.

Bibliografía

- 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.
- Acero, A. (1997). Familia y factores de protección. *Revista de Estudios de Juventud*, 40, 61-75.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- Albee, G. W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist*, 32, 150-161.
- Alvira, F. (1999). *Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Antón, A., Martínez, I. y Salvador, T. (2001). *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias 2*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Salamanca, Sígueme, 1984).
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward an 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. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- 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. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- 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.
- Becoña, E. (1986). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela: Grial.
- Becoña, E. (1993). La utilidad de la teoría de la acción razonada en la predicción de la abstinencia en el tratamiento de fumadores. *Revista Española de Drogodependencias*, 18, 3-14.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M. P. (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Botvin, G. (1995). Principles of prevention. En R. H. Coombs y D. M. Ziedonis (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. A comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol and other drugs* (pp. 19-44). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Botvin, G. (1999). Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions. En M. D. Glantz y C. R. Hartel (Eds.), *Drug abuse: Origins & interventions* (pp. 285-308). Washington, DC: American Psychological Association.

- Botvin, E. y Botvin, G. (1990). Schol Based and Community Based Prevention Approaches. *Prevention and Education*, 6, 5-19.
- Bry, B. H. (1996). Psychological approaches to prevention. En Bickel, W. K. y DeGrandpre, R. J. (Eds.) (1996). *Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse* (pp. 55-76). Nueva York: Plenum Press.
- Burkhart, G. (2001). Una revisión de los programas escolares europeos recogidos por el sistema de información EDDRA. *Idea-Prevención*, 23, 64-74.
- Calafat, A. (1995). Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (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., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3.ª edición*. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.
- Casas, M., Pérez, J., Salazar, I. y Tejero, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencias. En M. Casas (Ed.), *Trastornos psíquicos en toxicomanías (I)* (pp. 291-303). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- 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.
- Cazares, A. y Beatty, L. A. (Eds.) (1994). *Scientific methods for prevention intervention research*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- 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.
- Chatlos, J. C. (1996). Recent trends and a developmental approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.
- Cleaveland, B. L. (1994). Social cognitive theory recommendations for improving modeling in adolescent substance abuse prevention programs. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 53-68.
- Comisión Europea (2002): *Marco e instrumentos de la Unión Europea en materia de drogas*. Bruselas: Dirección General de Justicia e Interior.
- Consejo de Europa (1996). *Estudio comparativo de legislación de drogas en Europa*. Bruselas: Informe Anual del Consejo de Europa.
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.

- CSAP-Center for Substance Abuse Prevention (2001). *Preventing works! A practitioner's guide to achieving outcomes*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services, Center for Substance Abuse Prevention.
- De Andrés, M. (1999). Daños a la salud ocasionados por el consumo de drogas endovenosas. En *Manual de Educación Sanitaria* (301-310). Zarautz: Plan Nacional sobre Drogas, Plan Nacional sobre Sida y Universidad del País Vasco.
- Díaz González, T., Espín, M., Gutiérrez, E., Montes, M. y Rodríguez, C. (1999). *Manual de los tratamientos de mantenimiento con opiáceos*. Oviedo: Lilly/Psiquiatría.
- 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.
- 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.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2000). *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. Belgium: EMCDDA.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flay, B. R. y Petraitis, J. (1995). Aspectos metodológicos en la investigación de medidas preventivas del consumo de drogas: fundamentos teóricos. En C. G. Leukefeld y W. J. Bukoski (Eds.), *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (pp. 83-108). Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud (original 1991).
- Giner, F. y Cervera, G. (2001). *Trastornos Adictivos*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- 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.
- González, C. (2000). Aspectos legislativos. En Igia y colaboradores: *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 189- 243). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Ayuntamiento de Barcelona.
- Green, L. W. y Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning. An educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfiel Publishing Company.

- Gual, A. y Díaz, R. (2000). *Programa Alfil: Manual para educadores y terapeutas*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- 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. 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.
- Insúa, P. y Grijalvo, J. (2000). Programas de reducción de riesgos. *Papeles del Psicólogo*, 77, 33-42.
- 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. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. En R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 499-517). Cambridge, RU: Cambridge University 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. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academic 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., 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.

- 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 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. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 345-377.
- Kaplan, H. B., Johnson, R. J. y Bailey, C. A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49, 110-128.
- Kavanagh, 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.
- 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.
- Kornhauser, R. R. (1978). *Social sources of delinquency: An appraisal of analytic models*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kröger, C., Winter, H. y Shaw, R. (1997). *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias*. Lisboa: EMCDDAOEDT (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías).
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction.

- Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la prevención por objetivos. En E. Becoña, I. Salazar y A. Rodríguez (Eds.), *Drogodependencias IV. Prevención* (pp. 51-73). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Martínez, I. y Salvador, T. (2001). *Catálogo de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Matsueda, R. L. (1988). The current state of differential association theory. *Crime and Delinquency*, 34, 277-306.
- Mitchell, M. y Jolley, J. (1992). *Research design explained* (2.^a ed.). Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Moskowitz, J. M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-87.
- Muraskin, L. D. (1993). *Understanding evaluation: The way to better prevention programs*. Washington, D.C.: U.S. Department of Education.
- NIDA-National Institute on Drug Abuse (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse and National Institutes of Health.
- NIDA-National Institute on Drug Abuse (2001). *Principles of drug addiction treatment*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Newcomb, M. D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- Observatorio Español sobre Drogas (2002). *Informe n.º 5*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- 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. (1998). Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between

culture and substance use. IV. *Substance Use & Misuse*, 33, 2075-2107.

- 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.
- 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.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- 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.
- Petraitis, J., Flay, B. R. y Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Prevención de las drogodependencias: Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Medios de comunicación y drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Guía para la prevención de drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas y Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) (2001). *Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas*. Bilbao: Edex.
- Plan Nacional sobre Drogas y Federación Española de Municipios y Provincias FEMP (2002). *Informe: Planes Municipales sobre Drogas*. Madrid: FEMP.
- Portella, E., Ridaó, M., Carrillo, E., Ribas, E., Ribo, C. y Salvat, M. (1998). *El alcohol y su abuso: Impacto socioeconómico*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- 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.
- Regier, D. A. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Rhodes, J. E. y Janson, L. A. (1988). *Preventing substance abuse among children and adolescents*. Nueva York: Pergamon.
- Ríos, J., Espina, A. y Baratas, M. D. (1997). *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la familia*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

- Rudner, R. S. (1966). *Philosophy of social science*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Sánchez, L. (1991). La inserción social de los drogodependientes en el marco del sistema público de servicios sociales. *Revista de Treball Social*, 121, 103-115.
- 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.
- 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.
- Sequeiros, F. (2000). *El tráfico de drogas ante el ordenamiento jurídico*. Madrid: La Ley-Actualidad.
- Sloboda, Z. y David, S. L. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- Stock, J. y Cervone, D. (1990). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5, 207-232.
- Thornberry, T. P. (1987). Toward an interactional theory of delinquency. *Criminology*, 25, 863-891.
- Thornberry, T. P. (1996). Empirical support for interactional theory: A review of the literature. En J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime: Current theories* (pp. 198-235). Nueva York: Cambridge University Press.
- Waldron, H. B. (1998). Substance abuse disorders. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 5, pp. 539-563). Oxford, RU: Elsevier Science Ltd.
- Werch, C. E. y DiClemente, C. C. (1994). A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.
- Werch, C. E., Meers, B. W. y Hallan, J. B. (1992). An analytic review of 73 collegebased drug abuse prevention programs. *Health Values*, 16, 38-45.

- Whitehouse (1998). *The national youth anti-drug media campaign*. Washington, DC: U.S. Printing Office, Superintendent of Documents.
- World Health Organization (1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI*. Yakarta: Indonesia: IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, OMS.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Ginebra: World Health Organization.
- 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. B. (1985). On the resolution of role incompatibility: A life event analysis of family roles and marijuana use. *American Journal of Sociology*, 90, 1284-1325.

Índice

| | |
|--|----|
| Portada | 2 |
| Créditos | 6 |
| Índice | 8 |
| Capítulo 1. Contextualización | 11 |
| Introducción | 11 |
| 1.1. El marco normativo | 12 |
| 1.1.1. La normativa internacional sobre drogas | 13 |
| 1.1.2. La legislación sobre drogas en Europa | 17 |
| 1.1.3. La legislación española en materia de drogas | 20 |
| 1.2. Marco institucional: El Plan Nacional sobre Drogas | 37 |
| 1.2.1. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas | 41 |
| 1.2.2. Los Planes Autonómicos sobre Drogas | 42 |
| 1.2.3. Los Planes Municipales sobre Drogas | 45 |
| 1.2.4. Papel de las ONG y las entidades privadas | 47 |
| Capítulo 2. Estado de la cuestión | 51 |
| 2.1. El Observatorio Español sobre Drogas (OED) | 51 |
| 2.1.1. Funciones del OED | 53 |
| 2.1.2. Configuración del OED | 54 |
| 2.1.3. El Sistema de Información del OED | 55 |
| 2.1.4. Indicadores del OED | 56 |
| 2.2. Situación actual y tendencias de los consumos de drogas | 57 |
| 2.3. Consecuencias del consumo de drogas | 61 |
| 2.3.1. Sobre la salud | 61 |
| 2.3.2. Sociales y económicas | 70 |
| Capítulo 3. Los programas preventivos y asistenciales | 75 |
| 3.1. Los programas de prevención de las drogodependencias | 75 |
| 3.1.1. Algunas consideraciones sobre la prevención y los programas preventivos | 76 |
| 3.1.2. Tipología de los programas de prevención | 77 |
| 3.1.3. Principales metas de los programas preventivos | 78 |
| 3.1.4. Estrategias de los programas preventivos | 79 |
| 3.1.5. Principios básicos de los programas de prevención | 81 |

| | |
|--|------------|
| 3.1.6. Los programas de prevención en España | 82 |
| 3.2. Los programas de atención a las drogodependencias | 89 |
| 3.2.1. Las redes de atención a las drogodependencias | 91 |
| 3.2.2. El circuito terapéutico de atención a drogodependencias | 92 |
| 3.2.3. Los programas de tratamiento a drogodependientes | 95 |
| 3.2.4. Los recursos especializados de atención a las drogodependencias | 100 |
| 3.3. La inserción social de los drogodependientes | 103 |
| Capítulo 4. Las teorías y los modelos explicativos del consumo de drogas | 109 |
| 4.1. Teorías y modelos parciales o basados en pocos componentes | 110 |
| 4.2. Teorías de estadios y evolutivas | 115 |
| 4.3. Teorías integrativas y comprensivas | 119 |
| Capítulo 5. Evaluación y aplicabilidad de cinco teorías y modelos | 126 |
| 5.1. El modelo evolutivo de Kandel | 126 |
| 5.2. Teoría de la socialización primaria de Oetting y sus colaboradores | 130 |
| 5.3. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura | 134 |
| 5.4. Modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins | 140 |
| 5.5. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor y teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor | 145 |
| 5.6. Modelos, teorías y base empírica: un buen camino para el futuro | 155 |
| 5.7. Resumen | 156 |
| Capítulo 6. Caso práctico: “Un programa de prevención comunitaria de drogodependencias en el ámbito municipal” | 158 |
| 6.1. Definición del problema y actuaciones que se pueden poner en marcha para solucionarlo | 160 |
| 6.1.1. ¿Cuál es el problema? | 160 |
| 6.1.2. ¿Qué podemos hacer? | 163 |
| 6.2. La explicación del fenómeno: ¿Por qué se consumen drogas? | 164 |
| 6.2.1. Explicación del consumo de drogas | 165 |
| 6.2.2. Factores responsables de seguir consumiendo drogas | 171 |
| 6.3. La necesidad de una intervención preventiva | 175 |
| 6.4. La delimitación del grupo o grupos objetivo | 178 |
| 6.5. Objetivos de la intervención | 180 |
| 6.6. Métodos y técnicas específicas de intervención | 190 |
| 6.7. Recursos disponibles | 199 |

| | |
|---|-----|
| 6.8. Evaluación | 204 |
| 6.9. Difusión de los resultados | 208 |
| 6.10. Análisis de todo el proceso, detección de puntos fuertes y puntos débiles del programa y nuevas propuestas de actuación | 209 |
| Bibliografía | 210 |